

## DERLEME / REVIEW

# Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar -Sentinel Olaylar-Sentinel Events in Healthcare

Seval Akgün

*Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Türkiye*

## Özet:

Bu makalede Hasta güvenliği ve hasta güvenliğinde istenmeyen ve beklenmeyen olay diye tanımladığımız JCI'da son derece önemli bir rol oynayan sentinel olay ve bu beklenmeyen-sentinel olayların araştırılmasında kullandığımız kök-neden analizi tartışılacaktır. Hasta güvenliği alanında bildirilmesi gereken en ciddi tıbbi hatalar beklenmedik olaylardır. Sağlık hizmetlerinde Beklenmedik Olaylar ulusal ve uluslar arası gündemde önemini hissettirecek derecede yerini almaya başlamıştır. Bu konuda başta ABD olmak üzere bir çok Avrupa ülkesinde çeşitli araştırmalar ve bir çok çalışma yapılmış ve olayın boyutlarının hiçte küçümsenmeyecek bir düzeyde olduğu görülmüştür.

Sağlık kuruluşları sistemleri içerisinde böyle bir olayla karşılaştıklarında izleyecekleri politikayı ve bu olayı yönelik uygulayacakları müdahaleleri sıralamak zorundadırlar. Sentinel olay hastanın genel durumunun veya hastalığının doğal gidişatıyla ilgili olmadan fonksiyonlarında büyük kayıplarla seyretmesi veya hastanede gerçekleşen beklenmedik bir ölüm vakası olarak tanımlanır. Sentinel olay hastaya hastanede hastalığı ile ilgili yanlış müdahalelerin uygulanması veya ameliyat hatası yada yanlış hasta ameliyatından dolayı meydana gelebilir. Bu olaylara sentinel olay denir çünkü bu olayların mutlaka araştırılması ve gerekiyorsa acil önlemlerin alınması gerekmektedir. "Sentinel Olay" ve "Medikal Hata" terimleri eşanlamlı değildir; sentinel olayında bir hata veya hepsi hatalı olmayanların sonucundan dolayı hepsi sentinel olayı olarak meydana gelmez. Ancak beklenmeyen olaylar sadece bunlarla sınırlı değildir. Hastaya zarar veren her türlü olay bu kapsamda değerlendirilmelidir. Örneğin; Yanlış tedavi, tedavinin yanlış planlanması, yanlış kan transfüzyonu, hastanın tedavisi ile ilgili olmayan, beklenmeyen ölümler veya ortaya çıkan büyük fonksiyon kayıpları, tedavi sırasında ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyonlar, sürekli ve ciddi fonksiyon kayıplarına yol açan düşmeler ve yaralanmalar, hastanede doğan bebeklerin kaybolması veya yanlış aileye verilmesi, tecavüzler veya cinsel tacizler ve personelin bilgisi dışında hastanın hastaneyi terk etmesi sonrası arzu edilmeyen durumlarla karşılaşma (kaza, suç işleme, intihar) beklenmeyen olaylara bazı örneklerdir. Kök Neden Analizi tanımlanmış sentinel olayın temel ve nedensel faktörlerini ortaya çıkarmak amacıyla uygulanan bir kalite iyileştirme yöntemidir. Bir kök neden analizi esas olarak bireysel performans üzerinde değil sistem ve süreçler üzerinde odaklanır.

## Abstract:

In this article we discussed Patient Safety and reporting of adverse events in healthcare organizations sentinel event and root-cause analysis, which already became an important component in the new version of JCI accreditation system. Sentinel Event is an unexpected occurrence involving death, serious physical or psychological injury or risk thereof, and any event that might cause embarrassment or risk to the hospital with potential legal ramifications and/or medical inquiries or coverage. The phrase "or the risk thereof" includes any outcome. Such events are called "sentinel" because they signal the need for immediate investigation and response. Serious injury includes but is not exclusive to: an unanticipated death or major permanent loss of limb or function, not related to the natural course of the patient's illness or underlying condition, infant abduction or discharge to the wrong family, patient suicide in hospital, rape of a patient, staff or visitor, significant hemolytic transfusion reaction involving administration of blood or blood products having major blood group incompatibilities, surgery on the wrong patient or body part and significant Medication errors. In a sentinel event identification and investigation, we must apply root-cause analysis. Root Cause Analysis is a process for identifying the basic or casual factors that underlies variation in performance, including the occurrence or possible occurrence of a sentinel event. It focuses primarily on systems and processes not individual performance. It progresses from special causes in clinical processes to common causes in organizational processes and identifies potential improvements in processes or systems that would tend to decrease the likelihood of such events in the future, or determines, after analysis, which no such improvement opportunities exist.

## GİRİŞ

Sağlık hizmet sunumunda kalite yönetiminin gözü ardı edilmemesi gereken önemli konularından biri hasta güvenliği ve dolayısıyla tıbbi hatalardır. Institute of Medicine, 'To Err Is Human' raporuna göre tıbbi hatalar sonucunda Amerika'da her yıl 44,000-98,000 kişi ölüyor...

Biliyoruz ki sağlık hizmet sunumu oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Aynı amaca hizmet eden birden fazla meslek grubunun dâhil olduğu bir

sürecin karmaşık olmaması düşünülemez. Günümüzde, Türkiye'deki hastanelere bakıldığında hekiminden hemşiresine, sekreterinden güvenlik görevlisine kadar otuzun üzerindeki çeşitlilikte olan meslek grupları tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri verebilmek amacıyla bir arada, uyum içinde çalışmak durumundadır. Hizmeti sunarken en önemli öncelik, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Sağlık hizmet sunucuları hastalara yansıyan birçok olayın neredeyse her gün yaşandığının bilincindedir. Bu olaylar görmezden

gelinmemeli, kayda geçirilmeli, ölçülmeli, analiz edilmeli ve iyileştirilmelidir.

Güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun ilk adımının liderlik ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasından geçtiği yadsınamaz. Ancak hasta güvenliği, tıbbi hataları azaltmak anlamına gelmez. Hasta güvenliği, hastalara yardım ederken onlara zarar vermeden kaçınma, zarar vermeme demektir.

### **Hasta Güvenliği = Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınma**

Tıp öncelikle hastaların sağlığına odaklanan ve mümkün olduğunda kişileri hastalıklardan koruyan bilim dalıdır. “Öncelikle zarar vermeyiniz” öğretisi ilk öğretilerden biridir. Tıpta bazı hatalar hastaya ulaşmadan önce önenebilir

“Institute of Medicine” 21. yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır:

1. Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınma

2. Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi

3. Hasta-odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti

4. Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik)

5. Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafin önlenildiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu

6. Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması.

Institute of Medicine tarafından tıbbi hataların önlenmesi için yapılan önerilerin başında;

- Ulusal Hasta Güvenliği Merkezinin kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmaların amaçlarını belirlemesi, liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması,

- Tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması,

- Sağlık hizmetlerini ödeyen kuruluşların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması,

- Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği” kültürünün yaratılması gelmektedir.

Kurumlarda oluşturulacak hasta güvenliği kültürü hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabilirdiği bir ortam yaratacak, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktıları önemli ölçüde iyileşecektir.

Eğer bir sağlık kurumu, güvenlik merkezli bir kültür oluşturmak istiyorsa;

- Cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi oluşturmalı,

- Proaktif sistem analizi yapmalı ve risk azaltma stratejileri geliştirmeli,

- Süreçleri ve ekipmanları standardize etmeli,

- Etkili iletişimi sağlamalı/desteklemeli

- Yeterli ve etkili personel alımı yaptığından emin olmalı

- Tüm çalışanlara ‘ekip çalışması eğitimi’ vermeli

- Hastanın katılımını teşvik etmeli ve desteklemelidir.

Tıbbi hatalar, sağlık sisteminin doğrudan bir kalite göstergesidir ve bu sebeptendir ki günümüzde kimi kurumlarda hataların azaltılması için ölçüm yapılmış, ölçümler sonrasında da iyileştirme çalışmaları planlanarak uygulanmıştır. Yapılan araştırmalar, tıbbi hatanın yanında “neredeyse hata” kavramının da oldukça önemli olduğunu, 300 benzer “neredeyse hata”nın bir hataya yol açtığını göstermektedir.

İlaç hataları ve transfüzyon hatalarına baktığımızda da benzer durumla karşılaşmaktayız. Büyük bir hata öncesinde, yaşanan neredeyse hatalar (near-miss) aslında yaşanacak olaya işaret etmiş, diğer bir deyişle “hata geliyorum demiştir”. Önemli olan bunu fark etmeyi, ortaya çıkarmayı sağlayacak altyapının, yani hasta güvenliği yaklaşımının benimsenmesi ve hemen her gün yaşanan hataların görmezden gelinmemesidir.

Hasta güvenliği yaklaşımını destekleyen uluslararası standartlar (JCI, HQS...), sistemi yeni oluşturacak olan kurumlara fayda sağlamakla birlikte var olan sistemleri de geliştirmeye ve süreçleri standardize etmeye katkı sağlamaktadır.

## SENTİNEL (BEKLENMEYEN) OLAY

Hasta güvenliği alanında bildirilmesi gereken en ciddi tıbbi hatalar beklenmedik olaylardır. Sağlık hizmetlerinde **Beklenmedik Olaylar** ulusal ve uluslararası gündemde önemini hissettirecek derecede yerini almaya başlamıştır. Bu konuda başta ABD olmak üzere bir çok Avrupa ülkesinde çeşitli araştırmalar ve bir çok çalışma yapılmış ve olayın boyutlarının hiçte küçümsenmeyecek bir düzeyde olduğu görülmüştür.

Sağlık kuruluşları sistemleri içerisinde böyle bir olayla karşılaştıklarında izleyecekleri politikayı ve bu olayı yönelik uygulayacakları müdahaleleri sıralamak zorundadırlar.

Sentinel olay olarak kabul edilen olaylar kısaca aşağıda özetlenmiştir;

➤ Beklenmedik, nadir ölümle sonuçlanan olaylar, ciddi nörolojik yaralanmalar veya onların riskini ve önemli fonksiyon ya da organ kaybını içerir.

➤ Bir sentinel olay beklenmeyen vakadır, ölümle veya ciddi fiziksel ve psikolojik yaralanma veya onların riskini içerir. Ciddi yaralanma bir uzuv veya fonksiyon kaybını içerir.

➤ Standartların, proseslerin, prosedürlerin, politikaların belirtildiği şekilde uygulanmaması veya, çevre bakımı ve onun yarattığı tehlikeleri ve riskleri içerir.

## BİR SENTİNEL OLAYININ TANIMI

Joint Commission International hastaneler için geliştirilmiş akreditasyon standartlarına baktığımızda sentinel olayın Kalite ve Hasta Güvenliği chapterının pek çok standardı ile ilişkili olduğunu ayrıca direkt sentinel olayı kapsayan pek çok ölçülebilir elementin olduğu da görülmektedir. Bu standardta sentinel olay ayrıntılı olarak tanımlanmış, hangi olayların sentinel olay olarak kabul edileceği sıralanmıştır böylece akredite olmuş her sağlık kuruluşu bu olayları bilir, izler ve ilgili yerlere bildirir.

Joint Commission International standartları gereği, akredite olmuş tüm sağlık kuruluşlarının akreditasyon sürecinde sentinel olaylarını saptaması ve mutlaka değerlendirmesi gereklidir. Bu nedenle sağlık kuruluşları organizasyon düzeyinde tüm aktivitelerini gözden geçirmek ve bu olayları hem akredite oldukları organizasyonlara hem de bağlı oldukları makamlara mutlaka bildirmek zorundadırlar, sağlık kuruluşları bu değerlendirmeleri yaparken şu noktalara dikkat etmek zorundadır;

• Sentinel olay hastanın genel durumunun veya hastalığının doğal gidişatıyla ilgili olmadan fonksiyonlarında büyük kayıplarla seyretmesi veya hastanede gerçekleşen beklenmedik bir ölüm vakası olarak tanımlanır.

• Sentinel olay hastaya hastanede hastalığı ile ilgili yanlış müdahalelerin uygulanması veya ameliyat hatası yada yanlış hasta ameliyatından dolayı meydana gelebilir.

• Bu olaylara sentinel olay denir çünkü bu olayların mutlaka araştırılması ve gerekiyorsa acil önlemlerin alınması gerekmektedir. “Sentinel Olay” ve “Medikal Hata” terimleri eşanlamlı değildir; sentinel olayında bir hata veya hepsi hatalı olmayanların sonucundan dolayı hepsi sentinel olayı olarak meydana gelmez.

Ülkemizde ise henüz kapsamlı verilere dayalı çalışmalar yapılmadığından bu konuda doğru ve gerçekçi bilgilere sahip değiliz.

## HANGİ OLAYLAR BİLDİRİLMELİDİR?

Joint Commission International (JCI) “Beklenmeyen Olay (Sentinel Event)” kavramını şöyle tanımlamaktadır: Ciddi fiziki, psikolojik travma veya ölümle sonuçlanan olay.

Yine JCI'ya göre böyle bir olay olmasa dahi, bu olaya yol açabilecek ihmalkarlıklardan kaynaklanan, son anda önlenmiş olaylar da “Beklenmedik Olay” gerçekleşmiş gibi değerlendirilmelidir. Bu olaylar o an için önlenmiş olabilir ancak, bir başka zamanda veya ilk fırsatta tekrar ciddi bir tıbbi hata olarak karşımıza çıkacaktır.

Joint Commission Accreditation on Healthcare Organizations tarafından sentinel event olarak tanımlanan olaylar, sistemi yeni kuracak olan sağlık kuruluşlarına yol gösterici olacak niteliktedir. Aşağıdaki olaylardan herhangi biri sentinel olay olarak kabul edilir

- Yanlış hasta veya yanlış organ ameliyatları
- Kalıcı olma eğiliminde olan beklenmeyen/açıklanamayan ciddi nörolojik yaralanmalar
- Hastanede yatarak tedavi gören hastalarda görülen intiharlar
- Operasyon sonrası yeniden ameliyat olma gerekliliği
- Anestezi veya ventilatora bağlanma sonucu ortaya çıkan oksijen azlığı, beyin hasarı

- Düşük riskli yaralanmalardaki, doğum veya doğumla birlikte ciddi yaralanma ya da annenin ölümü

Sentinel olay, hastalığın doğal seyri dışında meydana gelen beklenmeyen ölümler ya da kalıcı fonksiyon kaybıyla sonuçlanan olaylar olarak tanımlanabileceği gibi;

- Çocuk ve bebek kaçıırılması,
- Bebeğin yanlış aileye verilerek taburcu edilmesi,
- Sürekli ve ciddi fonksiyon kayıplarına yol açan yaralanmalar,
- Tedavi sırasında ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyonlar,
- Hastane içinde bir hasta veya çalışan tarafından tecavüz olayının yaşanması,
- Belirgin kan grubu uyumsuzluğu olduğu halde kan ve yan ürünlerinin verilmesi sonucunda hemolitik transfüzyon reaksiyonunun olması,
- Hastanın tedavisi ile ilgisi olmayan beklenmeyen ölümler ya da ortaya çıkan büyük fonksiyon kayıpları (beklenen komplikasyonlar hariç tutulmalı ve olası komplikasyonlar hasta ya da yakınına anlatılmış olmalıdır) bu bildirimlerin kapsamına girebilir.

Ancak beklenmeye olaylar sadece bunlarla sınırlı değildir. Hastaya zarar veren her türlü olay bu kapsamda değerlendirilmelidir. Örneğin;

1. Yanlış tedavi
2. Tedavinin yanlış planlanması
3. Yanlış kan transfüzyonu
4. Hastanın tedavisi ile ilgili olmayan, beklenmeyen ölümler veya ortaya çıkan büyük fonksiyon kayıpları
5. Tedavi sırasında ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyonlar
6. Sürekli ve ciddi fonksiyon kayıplarına yol açan düşmeler ve yaralanmalar
7. Hastanede doğan bebeklerin kaybolması veya yanlış aileye verilmesi
8. Tecavüzler veya cinsel tacizler
9. Personelin bilgisi dışında hastanın hastaneyi terk etmesi sonrası arzu edilmeyen durumlarla karşılaşma (kaza, suç işleme, intihar).

## BEKLENMEYEN OLAYLARIN NEDENLERİ:

Sistem hataları ve planlama yetersizlikleri beklenmedik olayların en önemli nedenleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

### 1-Performans Hataları

- İşlemden önce hasta hazırlığının yetersiz olması,
- Teknik hatalar,
- İşlemden sonra hastanın yeterince gözlenmemesi,
- Hastaya uygunsuz veya eski tedavi yöntemlerinin uygulanması
- Tedavide gecikme
- Hekimin veya diğer personelin kendi yetkinliklerinin dışındaki bir tedaviye kalkışmaları

### 2-Önem Alma Hataları:

- Kazaların oluşmasını engelleyici önlem alınmaması
- Yapılması gereken laboratuvar testlerinin yapılmaması
- Laboratuvar bulgularına göre hareket edilmemesi
- Uygunsuz veya modası geçmiş laboratuvar tetkiklerinin yapılması,
- Tedaviye geç başlama ,
- Hekimin veya diğer personelin kendi yetkinliklerinin dışındaki bir tedaviye kalkışmaları.

### 3-Tanısal Hatalar:

- Endikasyonu olan laboratuvar testlerinin yapılmaması (gerekli laboratuvar testlerinin yapılmaması),
- Laboratuvar test sonuçlarının dikkate alınmaması,
- Uygunsuz veya modası geçmiş tanısal testlerin kullanılması,
- Tanı koymada gecikme,
- Hekim veya diğer personelin kendi yetkinlik alanları dışında çalışması.

### 4-İlaç Uygulama Hataları:

- Hatalı doz, hatalı yol,
- İlaç-ilaç, İlaç-besin etkileşimlerinin bilinmemesi veya önemsenmemesi,

- Tedavi sürecinde hastanın yeterince izlenmemesi,
- Uygun olmayan ilacın reçete edilmesi,
- Tedaviye geç başlanması,
- Hekim veya diğer personelin kendi yetkinlik alanları dışında çalışması.

#### 5-Sistem Hataları:

- Cihaz veya sarf malzemenin bozuk olması,
- Olması gereken cihaz veya sarf malzemenin bulunmaması,
- Teknik donanımın yeterince izlenmemesi (arızaların farkında olunmaması) ,
- İletişim sorunları,
- Hekim veya diğer personelin eğitim ve denetim yetersizliği,
- Deneyimsiz personelin başarısız uygulamalarının sınırlandırılmaması,
- Hizmet sunumunda ve planlanmasında eksiklikler,
- Personel sayısının eksikliği,
- Hastane hizmetlerinin yetersizliği.

Aşağıdaki olay bir hastanede meydana gelmiş bir beklenmeyen olay örneğidir:

A hastanesinde ameliyat sonrası yatan bir hastaya 2 ünite yanlış kan verildi. Tıp/crossmatch yapılırken hastanın kan örneği başka bir hasta adıyla etiketlenmişti. Transfüzyon, gerçek hastaya değil, crossmatch için etikete yazılan hastaya uygun olarak yapılmıştı. Bu olayda kök neden analizi sonucu laboratuvar örneklerinin etiketleme sisteminin iyi dizayn edilmemiş olmadığı görülmüştür. Eğer düzeltme yapılmazsa, bu sorun başka kazalara sebep olacaktır.

İlaç ya da transfüzyon ilişkili beklenmeyen-sentinel olayların en sık nedenleri ise şu şekilde sıralanabilir:

- Personel oryantasyon/egitim eksikliği
- İletişim eksikliği
- İlaç depolama/ilaca erişim sorunları
- Bakım verenlere önemli bilgilerin aktarılmaması
- Personel yeterlilik/ beceri sorunları
- Yetersiz denetim

- Yeteriz ya da eksik etiketleme
- Personelin dikkatsizliği olarak sıralandırılabilir

#### **BİR BEKLENMEYEN- SENTİNEL OLAYINI ÖNLEMEDE SAĞLIK KURULUŞUNDAN BEKLENENLER**

Akredite olmuş sağlık kuruluşlarından beklenen daha öncede belirttiğimiz gibi sağlık kuruluşunda ortaya çıkan tüm sentinel olayları tanımlamaları, saptadıklarında ise hemen müdahaleye geçmeleridir. Zamanında yapılacak bu müdahaleler sürekli kalite iyileştirme yaklaşımları felsefesi içersinde riskleri önleyici, iyileştirme odaklı ve uygulanan tüm bu iyileştirici faaliyetlerin etkinliğini ölçen müdahaleler olmalıdır.

#### **BEKLENMEYEN -SENTİNEL OLAY POLİTİKASINDA İZLENECEK YOLLAR;**

Politika en az dört amaç içermelidir:

1. Hastaya sunulan hizmetlerdeki iyileşmelerle birlikte sentinel olayların görülme sıklığında da mutlaka düşme söz konusu olacaktır.

2. Şu anda sağlık kuruluşlarında böyle bir olay söz konusu olmasa bile gelecekte oluşabilecek bu olaydan sağlık kuruluşunu korumak ve olası nedenlerini ortaya çıkarmak için sağlık kuruluşunu uyarmak gerekmektedir

3. Sağlık kuruluşları kuruluşlarda sentinel olay görülmesini önlemek için sentinel olay, bunların sebepleri ve stratejileri hakkında çalışanlar arasında bilgilendirmeyi artırmalıdır,

4. Akreditasyon süreçlerinde genel ve uluslararası akredite edilmiş organizasyonun güvenliğini artırmak amacıyla sentinel olaylar araştırılmalı ve ilgili yerlere bildirilmelidir..

Beklenmeyen-Sentinel olayların saptanmasında olay bildirim hayati önem taşımaktadır. Olay/Vaka bildirim sürecinde bir sağlık kuruluşunda;

➤ Hasta veya personel güvenliğini kapsayacak şekilde, herhangi bir olay veya iş sürecinde ortaya çıkabilecek kazalar, süratle rapor edilmelidir.

➤ Hastanede tedavi sürecinde oluşabilecek her türlü sentinel olaylar, süratle olay olarak rapor edilmelidir.

➤ Olay veya kaza raporları hastanın tıbbi kaydına geçirilmelidir.

➤ Hasta bakımı ile ilgili olay ve kazalar, objektif olarak tıbbi kayıtlarda tedavi esnasında

ortaya çıkan kazalar olarak kayıt altına alınmalıdır. Olayla ilgili hiçbir referans ya da görüş tıbbi kayıta dahil edilmemelidir.

➤ Çalışanlar çevresinde olan olaylarla ilgili, eğer sorumlulukları dahilinde değilse tartışmaktan kaçınmalıdırlar.

➤ Olay ve kaza raporları hiçbir yoruma mahal bırakmadan gerçekçi ve de objektif olarak tamamlanmalıdır.

➤ Konu ile ilgili gerçekleştirilen soruşturma ya da araştırmaların tıbbi kayıtlarda bulunmasına gerek yoktur.

➤ Çalışanlar çevresinde olan olaylarla ilgili, eğer sorumlulukları dahilinde değilse tartışmaktan kaçınmalıdırlar.

➤ Olay ve kaza raporları hiçbir yoruma mahal bırakmadan gerçekçi ve de objektif olarak tamamlanmalıdır.

➤ Vardiya süresince meydana gelen tüm olayları, hakkında amiri, bilgilendirmek, çalışanın sorumluluğundadır.

➤ Bir olayın raporlanmasındaki başarısızlık, çalışanların kendi haklarını da etkileyebilir.

### **BEKLENMEYEN -SENTİNEL OLAYA YÖNELİK ALINACAK ÖNLEMLER;**

Tüm beklenmeyen- sentinel olayların anında tespit edilmesi ve kök neden analizi sonucu uygun aksiyonların yerine getirilerek düzeltilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanları kurumlarında meydana gelen sentinel olayları bildirmekle yükümlüdürler. Gerekğinde bu olayları Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık otoritelerine ve akredite olduğu organizasyon örneğin JCI'a bildirmekte sağlık kuruluşunun görevleri arasındadır.

Sağlık çalışanı sağlık kuruluşunda herhangi bir beklenmeyen- sentinel olayla karşılaştığında bunu olay/vaka bildirim formu ile kurum kalite koordinatörlüğüne bildirmelidir. Kurum kalite koordinatörü aşağıda ayrıntıları sunulan kök-neden analizi yardımıyla beklenmeyen- sentinel olayın olası nedenlerini ortaya çıkarmaya çalışmalıdır. Bu arada hemen olayı üst yönetime bildirmeli, eğer olay ölümle sonuçlanmışsa ilde o sağlık kuruluşundan sorumlu düzeyinde makamada olayı bildirmek gerekmektedir.

### **KÖK- NEDEN ANALİZİ**

Kök Neden Analizi tanımlanmış sentinel olayın temel ve nedensel faktörlerini ortaya çıkarmak

amacıyla uygulanan bir kalite iyileştirme yöntemidir. Bir kök neden analizi esas olarak bireysel performans üzerinde değil sistem ve süreçler üzerinde odaklanır.

Kök neden analizi bir sağlık kuruluşunda oluşan sentinel olayları derinlemesine inceleyerek sağlık kuruluşu için gelecekte oluşan basit olayların riskini azaltma yolunda tasarlanmış eyleme yönelik bir işlemdir. Mevcut durum analizinden çok hatanın nedenini saptamaya ve gerekli düzeltici faaliyetlere odaklı bir eylem planıdır. Bu plan uygulamaların etkilerini ölçmek için stratejiler belirler, olayları kronolojik olarak listeler, uygunsu pilot denemeler içerir. Tabii ki bu arada uygulama sırasında ortaya çıkan hatalar ve bu eylemleri yerine getirecek sorumlular belirlenmelidir.

### **Beklenmeyen- sentinel Olayın Ortaya Çıkarılması**

1. Olay tanımlanır.Olayın gerçekten bir sentinel olay olup olmadığı oluşturulan bir komite tarafından doğrulanır.

2. Olayla ilgili her türlü veri, toplanır. Olay içerisinde yer alan sağlık çalışanları ve yönetimden kişilerin bir araya gelmesi ile beyin fırtınaları gerçekleştirilir ve olaya neden olabilecek olası faktörler listelenir. Bu amaçla geliştirilmiş kök-neden analizi formlarından yararlanılır.

3. Olası tüm sebepler sıralanırken aşağıdaki sorular sorulur;

- Olay neydi?
- Neden meydana geldi? Örneğin insan hatasına bağlı olarak mı oluştu, süreçte meydana gelen bir aksaklıktan dolayı mı bu olay oldu, teknolojiden, kullanılan aletlerden dolayı mı hata oluştu yoksa olay çevreden kaynaklanan bir hata mı idi?
- Sonuçta ne oldu?
- Sonucu direkt olarak etkileyen nedenler neler idi?

4. Kök-neden analizi gerçekleştirilir. Kök neden analizi başlatılırken aşağıda sıralanan birincil nedenler mutlaka gözden geçirilmelidir:

- Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri; Bu hastane bilgi yönetim programlarını, hasta dosyası kayıtlarını, politika ve prosedürleri yani dokumante edilmiş tüm bilgileri içerir.
- Çevre Güvenliği Yönetimi; Fiziksel çevre, ilgili politika ve prosedürler, tıbbi tesis ve teçhizat ve acil eylem planlarını içerir.

- Liderlik ve İletişim Süreçleri; İletişim ile ilişkili olabilecek potansiyel bariyerleri ve risk faktörleri içerir.
- İnsan Kaynakları prosesi; Çalışanların bilgi ve becerilerini, oryantasyon ve sürekli hizmet içi eğitimlerini ve çalışanların düzeylerini, niteliklerini kapsar.

Bu inceleme sonucu gerekli aksiyon planı uygulamaya geçirilir. Bu plana göre;

1. Eğer olaya bir doktor neden olmuşsa gerekli komiteler tarafından olay araştırılır, hekimin buradaki hatası ayrıntılarıyla incelenir.

2. Kök-neden analizinin en geç 45 gün içerisinde tamamlanması ve ilgili kuruluşlara bildirilmesi gerekmektedir.

3. Tüm bu aşamalarda PUKO döngüsü göz önünde bulundurulur. Amaç hizmeti iyileştirme odaklı olmalıdır.

- a. Bu nedenle bir takım kurulur. Sırasıyla takım elemanları;
- b. Süreçi aydınlatır
- c. Olaya karışmış süreçleri, varsa süreçler arası ilişkileri anlamaya çalışır.
- d. Süreçi iyileştirmeye yada mevcut olan süreççi yenilemeye yönelik bir strateji belirlenir.
- e. Gerekirse yeni bir süreç planlanır ve bu sürecin uygulanma başarısı izlenir.
- f. Sonuçlar belirlenir, sonuçların izlenmesi ile değişimin başarısı saptanmaya çalışılır.
- g. Tüm bu aşamaların kalite koordinatörlüğü ya da kalite sorumlusu ile birlikte gerçekleştirilmesi olayın sürekliliği açısından önem arz etmektedir.
- h. Sağlık kuruluşunda yer alan bina güvenliği risk ve afet komiteleri gibi diğer komiteler de izlemelerini en az 6 aylık süre ile sürdürür, gerekirse revizyonlar yapar ve sentinel olayın yeniden meydana gelmemesi için her türlü önlemi alır.

### **Akreditasyon Kuruluşlarına Ve İlgili Sağlık Otoritelerine Beklenmeyen- Sentinel Olaylar Neden Bildirilmelidir?**

Sağlık kuruluşu saptadığı beklenmeyen- sentinel olayları akreditasyon kuruluşuna (örneğin JCI'a) da bildirmek zorundadır. Hastanenin bu olayı JCI'ya kendi kendine bildirmesi önemlidir çünkü bu durum hastaneye de avantaj sağlar. Bunlar;

• Erken raporlama kök sebep analizi ve hareket planının geliştirilmesi esnasında JCI merkez ofisi personeliyle birlikte görüşme için bir fırsat sağlaması,

• Organizasyonun genele verdiği mesaj, bir olayın nasıl olduğunu anlamak JCI ile birlikte kendi onayı ve işbirliği ile güçlendirilmiş bir olayın tekrar olmayacağı gibi yapılan olası her şeyi sağlamak ve gelecekte böylesi bir olayın riskini azaltmak için ne yapılabilirdi sorusuna cevap vermesidir.

Akredite edilmiş bir sağlık kuruluşu sentinel olayı saptamış ve bunu bildirme bilincinde ise; bu olayı 45 gün içinde tanımlamalı, olası nedenlerini ortaya çıkarmalı ve uyguladığı kök-neden analizi sonuçlarını ilgili sağlık otoritesine ve JCI ofisine bildirmelidir.

Kök Sebep Analizi ve Hareket Planının İlgili Sağlık Otoritesi ve JCI tarafından Gözden Geçirilmesi

JCI kendisine bildirilen kök-neden analiz sonuçlarını aşağıdakileri kapsıyor ise kabul eder.

- Analiz esas olarak bireysel olmayan performans, sistem ve süreçler üzerinde odaklanır,
- Analiz klinik hizmet süreçlerindeki spesifik sebeplerden organizasyonel süreçteki ortak sebeplere kadar detaylandırılmalıdır.
- Analiz derinlemesine araştırmaları ,ermelidir.
- Analiz sistem ve süreçlerde yapılmış olan değişiklikleri tanımlar (Ya yeni sistem ve süreçleri geliştirir veya içinden tekrar tasarlar) ki gelecekte oluşan böyle olayların risklerini azaltır.

Tüm kök sebep analizleri ve hareket planları JCI tarafından değerlendirilir ve başka herhangi bir kuruluş ile kesinlikle paylaşılmaz. Ayrıca ilgili sağlık otoritesi ve akreditasyon kuruluşu sağlık kuruluşundan bildirilen kök-neden analizini iyice inceledikten sonra sağlık kuruluşundan takip tetkiki için gün ister, yerinde inceleme gerçekleştirir ve dört ay içerisinde ilerleme raporunu kuruluşa gönderir.

Özetlersek beklenmeyen olayların önlenmesi ve yönetiminde

#### **1-Tanımlama**

Beklenmedik olayların neler olduğu veya olabileceği tanımlanarak belirlenmelidir. Çalışanlar nelerin beklenmedik olaylara yol açabileceğini bilmelidir.

#### **2-Sistemik bir yaklaşım**

Beklenmeyen Olaylar öncelikle, kişisel düzeyde ve suçlayıcı değil, sistem düzeyinde ele alınmalıdır.

Çalışanlar hatalarını korkmadan, çekinmeden bildirebilmelidir. Beklenmedik olayların incelenmesinde amaç; aynı olayın tekrarlanmaması için neler yapılabileceğinin araştırılması ve sistem hataları üzerine odaklanması JCI'nın önerdiği yöntemdir. Beklemedik bir olay gerçekleştiğinde, olay hakkında elde edilen bilgiler, aynı olayın tekrarlanmaması için önlem geliştirmek amaçlı kullanılmalıdır.

### **3-Olayın meydana geliş nedenlerini tespit etme**

Beklenmedik bir olay gerçekleştiğinde, kök analizi yapılarak örtülü nedenleri de saptamak gerekir. Önceden tahmin edilemeyen ve çok çeşitlilikte diğer hatalar, altta yatan asıl neden düzeltilmezse kısa sürede yeniden ortaya çıkacaktır. Bu süreçte olay analitik bir yaklaşımla incelenmelidir.

### **4-Hasta güvenliği kültürünü geliştirme**

- “Önce zarar vermeme” ilkesine göre hareket edilmesi,
- Hasta güvenliği ile ilgili politikaların oluşturulması,
- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmesi,
- Beklenmedik Olayların izlenmesi,
- Beklenmedik Olayların kayıtlarının tutulması,
- Son anda önlenen, beklenmedik olaya dönüşecek olayların izlenmesi nedenlerinin tespit edilmesi ve önlem alınması,
- Çalışanların bilgilendirilmesi,
- Üst yönetimin konuya duyarlı davranması.

Sonuç olarak, her sağlık kuruluşunun herhangi bir beklenmeyen- sentinel olay meydana geldiğinde, doğru ve güvenilir *bir kök neden analizi* yapması gerekir. Sağlık kuruluşu riski azaltmak için düzeltici faaliyetlerde bulunmalı, bu düzeltmelerin etkinliğini izlemeli ve alınan dersleri belirleyebilmek için kazaları bildirmelidir. Bu, bir hatanın gelecekte tekrarlanma olasılığını azaltacaktır ve bir hata oluştuğunda hastaya zarar gelmesini önleyecektir. Ayrıca yapılan hatanın hastaya ve ailesine de açıklanması gerekir, böylece hem onların güveni kazanılır hem de kanuni süreç başlatılması potansiyeli azaltılır. Sağlık çalışanı olarak hastayı tüm süreçlerin içersine dahil edin-iş planı, kendi kayıtlarına erişim, onam formu taslakları, vizitler gibi değişik yöntemlerle hastaların tedavi ve bakım süreçlerinin içersinde olmasını sağlayın, olumlu bir hasta güvenliği atmosferi yaratın ve onların güvenini kazanın..

### **KAYNAKLAR**

1. Prof. Dr. Seval Akgün, Prof. Dr. A.F. Al-Assaf. Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI) Sisteminin 2008 versiyonunda İstenilen Değişikler Nelerdir? Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri,What is New in JCI Accreditation System, 2008 version?Sentinel Olaylar, Turkish Journal of Hospital Forum, Ağustos 2008
2. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 3rd edition.
3. Institute of Medicine, To Err Is Human: Building a Safer Health System (Washington DC: National Academy Press, 2000).
4. To Err Is Human: Building a Safer Healthy System, <http://www.nap.edu/openbook/0309068371/html/1.html>, copyright, 2000 The National Academy of Sciences
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Events: Evaluating Cause and Planning Improvement. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1998.
6. Porto, G. “Creating Patient Safety and High Reliability: Critical Challenges for Risk Managers” in Risk Management Handbook for Health Care Organizations. San Francisco, California: Jossey-Bass, Inc., 2004, pp 319 - 331.
7. Institute of Medicine: To err is human: Building a safer health system, National Academies Press, Washington, DC (2000).
8. Institute of Medicine: Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, National Academies Press, Washington, DC (2001).
9. Institute of Medicine: Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, National Academies Press, Washington, DC (2001).
10. Institute of Medicine. “To Err is Human: Building a Safer Health System” National Academies Press, Washington, DC (2000).
11. “AORN Guidance Statement”, 2006 Standards, Recommended Practices and Guidelines.
12. Akalın, H. Erdal. “Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?”, ANKEM Dergisi 2004; 18 (ek2): 12-13