

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN ANA UNSURLARI OLARAK HASTA GÜVENLİĞİ SİSTEMLERİNİN OLUŞTURULMASI: HASTANELER İÇİN BİR YOL HARİTASI ÖNERİSİ

Prof.Dr. Bilçin TAK*

ÖZET

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde kalitenin ana bileşeni olarak hasta güvenliği kavramı incelenmektedir. Bu amaçla öncelikle hasta güvenliği, insan hatası ve güvenlik kültürü konusu ilgili literatürde yaralan kuramsal tespitler ve ampirik bulgular ile desteklenerek tartışılmıştır. İkinci adımda ise hastanelerde hasta güvenliği sistemi kurmaya yönelik bir projenin değişim yönetimi mantığı içerisinde nasıl yürütülebileceği ilgili literatür çerçevesinde yazarın deneyimleri ile desteklenerek tartışılmıştır. Bu kapsamda sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği sistemi oluşturmak amacıyla teşhis, müdahale alanlarını belirleme ve uygulama, ölçme ve iyileştirme olmak üzere üç aşamalı bir yol haritası önerilmiştir. Söz konusu yol haritası teknik alt yapının oluşturulması ve davranışsal değişimin sağlanması olmak üzere iki boyutlu bir değişim stratejisini yansıtmaktadır. Teknik boyut, hasta güvenliğine ilişkin plan, politika ve talimatlardan oluşan bir dokümantasyon sisteminin, advers olay raporlama sisteminin ve hasta güvenliği sistemini yönetecek örgütsel yapılandırmanın oluşturulmasını içermektedir. Davranışsal boyut ise, iletişim, liderlik, insan kaynakları yönetimi ve kuruluş ölçeğinde katılımın sağlanması gibi ana süreçlerin yeniden yapılandırılmasını kapsamaktadır. Gelecek çalışmalar için öneriler sonuç bölümünde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, İnsan Hatası, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Güvenliğini Riske Eden Olay, Güvenlik Kültürü Ve Ölçümü, Değişim Yönetimi

ABSTRACT

In this study, patient safety was discussed as a main component of quality in healthcare. Firstly, patient safety, human error and patient safety climate and culture

* İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü Yönetim - Organizasyon Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi ve Tıp Fakültesi Hastanesi Kalite ve Akreditasyon Koordinatörü

concepts were examined based on safety literature and empirical research findings. Then, how a patient safety system can be built in hospitals was discussed regarding Organization Theory Literatures and experiences. Based on planned change model and organization development studies a road map, includes diagnosis, interventions planning, and implementation and assessment phases, and was offered. According to organization theory and organization development literature, change management projects should be designed as a programme that has two main components such as technical or structural, namely techno-structural interventions and cultural or behavioural change. Technical aspect of a patient safety system is composed of building a documentation structure and an adverse event reporting system and, a patient safety management structure. Behavioural change requires redesigning key organizational processes such as communication, leadership, participative management and human resources practices and, employee and patient involvement. Suggestions for future studies were also discussed.

Key Words: Patient Safety, Human Error, Adverse Event, Quality In Healthcare, Patient Safety Culture Assessment, Change Management

GİRİŞ

Hasta Güvenliği son dönemde hem ulusal hem de uluslararası platformda üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Uluslararası arenada bilindiği üzere Institute of Medicine tarafından 2000 yılında yayınlanan “To Err Is Human” Raporu (IOM:2000) bir kırılma noktası oluşturmuştur. Söz konusu rapora göre her yıl 44000 ila 98000 kişi önlenebilir advers olaylar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Benzer şekilde İngiltere’de yürütülen bir araştırma (Vincent: 2001) NHS hastanelerine 2002 yılında başvuran 900 bin hastanın %10’unun hasta güvenliğini tehdit eden bir olaya maruz kaldığını ve bu olayların yaklaşık yarısının önlenebilir nitelikte olduğunu göstermektedir. Söz konusu çalışma kapsamında ayrıca hasta güvenliğini tehdit eden olayların 72 bin hastanın ölümünde etkili olmuş olabileceği, ancak ne kadarının doğrudan ölüme sebep olduğunun bilinemediği yorumu yapılmaktadır. 2009 yılında yayınlanan bir diğer araştırma da konunun ne ölçüde önemli olduğunu bir kez daha vurgulamaktadır. Mayo Clinic Rochester Hastanesi’nde 2005 yılında taburcu edilen tüm hastaları kapsayan ve hastaların herhangi bir şekilde hasta güvenliğini tehdit eden olaylarla karşılaşp- karşılaşmadığını inceleyen bir araştırma yürütülmüştür (Naessens vd: 2009). Araştırma bulguları toplam 60599 hastanın %4’ünün (2401 kişi) bu nitelikte bir olaya maruz kaldığını göstermektedir.

Bu nedenle önlenebilir hataları azaltmak için sistemli ve yoğun bir çaba sarf edilmesi, hastaların güvenliğini riske eden faktörlerin belirlenerek önlem alınması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü inisiyatifi ile oluşan Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Araştırma Grubu tarafından yayınlanan araştırma da bu yaklaşımın doğru olduğunu göstermektedir (Haynes vd: 2009). Söz konusu grup 2007-2008 yılları

arasında dünyanın farklı bölgelerinde yaklaşık 4000 hasta üzerinde bir araştırma yürütmüş ve Cerrahi Kontrol Listesi kullanımının ölüm oranlarını ve komplikasyon risklerini etkilediğini ortaya koymuştur. Bu kapsamda Cerrahi Kontrol Listesi kullanma öncesi ve sonrası dönemler arasında ölüm oranları, cerrahi alan enfeksiyonları, yeniden ameliyata alınma oranları bazında istatistiki olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (Haynes vd.: 2009). Dolayısıyla sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği konusunun doğru bir yaklaşımla ele alınarak mevcut işleyişe entegre edilmesinin etkili sonuçlar ortaya koyduğu açıktır.

Ülkemizde ise sağlık hizmetleri alanında kalite ve akreditasyon çalışmalarının yaygınlaşması hasta güvenliği konusunda duyarlılığın artmasını hızlandırmıştır. Hasta güvenliği öncelikle hastane akreditasyonu ve Dünya Sağlık Örgütü'nün önderlik ettiği inisiyatifler sayesinde akademisyenlerin ve uygulamacılardan oluşan sınırlı bir çevrenin gündeminde yer almıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite ve Performans Yönergesi (2008) ve Çalışan Sağlığı ve Hasta Güvenliği Tebliği'nin (2009) yayınlanması ile birlikte hasta güvenliği, başta sağlık kuruluşları olmak üzere hastalar, akademisyenler, hukukçular, teknoloji üreten şirketler ve danışmanlar gibi çok geniş bir kitlenin ilgi alanına girmiştir. Ülkemizde düzenlenen hasta güvenliği temalı kongre ve toplantılar da bu yayılım sürecinde etkili olmuştur. Bu çalışmada ilgili literatür temel alınarak kuramsal bir çerçeve içerisinde hasta güvenliği nedir, sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini esas alan bir sistem nasıl oluşturulabilir soruları tartışılmaktadır. Çalışma kapsamında öncelikle literatür incelemesi yapılmıştır. Daha sonra da akademik yazın ve uygulama deneyimleri dikkate alınarak sağlık kuruluşları için bir yol haritası önerilmiştir.

GÜVENLİK

Yönetim bilimci ve sosyoloji profesörü olan Perrow (1984) güvenliği, çalışanların ve müşteriler başta olmak üzere bir kuruluşun paydaşlarının “*kazayla yaranlanmaya maruz kalmamaları*” olarak tanımlamaktadır. Reason (1998) ise güvenliği, *dinamik bir eylemsizlik hali* olarak ifade etmektedir. Yazar, eylemsizliğin doğası gereği genel kabul gören ve arzu edilen bir durum olduğunu vurgulayarak *sonuçlar beklenenden sapma göstermediği sürece* güvenliğin dikkatlerin üzerinde yoğunlaşmasını gerektiren bir konu olmadığını belirtmektedir. Reason ayrıca güvenliğin soyut ve görünmez bir kavram olduğuna dikkat çekerek, insanlar herhangi bir şeyi görmediklerinde her şeyin yolunda gittiğini sanırlar ve planlandığı gibi devam ettiği sürece *hiçbir şey olmamaya devam eder*. Fakat bu yanıltıcıdır, *çünkü çok sayıda dinamik girdi bir araya gelerek bu “hiçbir şey olmama halini” yaratmaktadır*; bu nedenle de güvenlik dinamik bir eylemsizlik durumudur.” şeklinde açıklamaktadır. Perrow’a göre bazı kuruluşlarda hata ¹ yapılması *normal’dir*. Bu nedenle de güven-

¹ Perrow, endüstriyel kuruluşlardaki iş kazalarını incelemiştir ve sağlık sektörü üzerine değerlendirmeleri bulunmamaktadır. Bu nedenle de güvenlik konusunu

lik ile ilgili literatüre yön veren kitabına Normal Kaza (1984) adını vermiştir. Perrow (1984) bazı sistemlerin yapıları gereği hataya yatkın olduklarını ve kuruluşlarda oluşan hataların normal hata/kaza olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu kapsamda *karmaşık* ve kendini oluşturan unsurları *sıkıca eşleşmiş*² olan sistemlerin hataya yatkın oldukları sonucuna varmaktadır. Çünkü karmaşık yapı karşılıklı etkileşim içinde olan ve karşılıklı olarak birbirine bağımlı çok sayıda alt sistemi içermektedir. Sıkı eşleşme ise sistemin başarısının tüm unsurların hatasız şekilde çalışmasına bağlı olması demektir. Bir diğer ifade ile sistemin unsurları arasında herhangi birinin hata vermesi durumunda tampon rolü üstlenecek ara sistemlerin olmaması nedeniyle yapılan hata absorbe edilmemekte ve doğrudan iletmektedir. Dolayısıyla herhangi bir alt sistemde oluşan hatalar, sistem ölçeğinde hataya sebep olmaktadır. Perrow'un tanımlamasını referans çerçevesi olarak aldığımızda sağlık kuruluşlarının kazaya/hataya açık³ kuruluşlar olduğunu⁴ düşünmek mümkündür.

HASTA GÜVENLİĞİ

Buraya kadar yapılan tespitleri sağlık hizmetlerine uyarlamak için yönetim biliminin saygın dergisi Management Science 'da yayınlanan "Tedavi Hataları" başlıklı bir çalışmaya (Naveh vd.: 2005) başvurmak mümkündür. Söz konusu çalışma Perrow'un "güvenlik, kuruluşun müşterilerinin – paydaşlarının- kazaya maruz kalmamalarıdır" tanımlamasından yola çıkarak *sağlık kuruluşlarının müşterileri* kaza üzerine tartışmaktadır. Ancak ilgili yazında güvenlik meselesini inceleyen tüm akademik çalışmalarda Perrow temel ve ilk referans olarak gösterilmektedir. Bu çalışmada da Perrow'un kuramsal tespitleri kaza sözcüğü hata sözcüğü ile değiştirilerek aktarılacaktır.

² İngilizce yönetim yazınında sistemlerin eşleşme ve ayrışma biçimi (coupling ve decoupling) ve sistemin sıkıca ve esnek eşleşmiş (tightly coupled , loosely coupled) olması konusu sistem teorisi, kullanılan teknolojinin bir imperative olarak sistem üzerindeki etkileri bağlamında tartışılmaktadır. Perrow da konuyu bu kavramlara dayandırarak tartıştığı için karmaşık örgütler ve sistemin unsurlarının entegre olma biçimi çalışmanın bütünlüğünü bozmayacak şekilde metin içinde açıklanarak sağlık kuruluşlarının da karmaşık ve hatayı tolere etmeyecek şekilde yapılandırılmış olduğu; dolayısıyla hataya yatkın oldukları çıkarsaması yapılmıştır.

³ Örneğin bir cerrahi girişim hastanın yattığı cerrahi klinik, ameliyathane, ayıllama ünitesi, yoğun bakım, sterilizasyon ünitesi, eczane, tıbbi gaz, klimatizasyon, elektrik gibi çok sayıda alt sistem / birim arasında karşılıklı etkileşimi içermektedir. Sıralanan sistemlerden birinde oluşan hatanın veya aksaklığın bir diğeri tarafından absorbe edilmesi de mümkün değildir. Örneğin girişim esnasında tıbbi gaz kesintisini tolere edecek bir başka ara yüz mevcut değildir. Dolayısıyla Perrow'un tanımından yola çıkarak hastanelerin ve sağlık hizmetlerinin hataya yatkın sistemler olduğu sonucuna varmak mümkündür.

⁴ Nieva ve Sorra (2003) sağlık sektörünün yapısal olarak yüksek risk taşıyan ve zarar verme olasılığı yüksek bir endüstri olduğunu belirtmektedirler.

hastalardır çözümlenmesi yapmakta ve “hasta güvenliği” kavramına ulaşmaktadır. Dolayısıyla güvenlik konusunun sağlık kuruluşlarında çalışanların yanı sıra hastaların güvenliği bağlamında da tartışılabileceği vurgulanmaktadır. Yazarlar, sağlık hizmeti üretimi söz konusu olduğunda ortamdaki kaynaklanan nedenlerin yanı sıra tedavi ve bakım hatalarının da hasta güvenliğini tehdit eden unsurlar arasına katıldığına dikkat çekmektedirler. Naveh ve arkadaşları (2005) hasta güvenliğini “*tedavi hatalarının olmaması, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan yaralanma ve advers sonuçlardan sakınılması ve önlenmesi*” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kapsamda hasta güvenliğini riske eden olayları da hatalar, normal prosedürler ve tedaviden sapmalar, hastalığa ilişkin komplikasyonlar dışında kalan bakım yönetiminden kaynaklanan yaralanmalar, ekipman arızalarından kaynaklanan olaylar, cerrahi girişim gibi planlanan bir faaliyetin istenen şekilde sonuçlanmaması, bir tedavi hedefine ulaşmak için uygun faaliyetin planlanmamış olması, planlanan tedavi planının uygulanmaması gibi olaylar hasta güvenliğini tehdit eden olaylar olarak sıralanmaktadır.

HASTA GÜVENLİĞİNİ RİSKE EDEN HATALAR

Hasta güvenliğine ilişkin sınırlı yazında ortak bir terminoloji birliği sağlanmadığı gözlenmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği meselesinin özünü oluşturan *hata, önlenemez istenmeyen olay* unsurunun öncelikle incelenmesi gerekmektedir.⁵

Zarar (harm), güvenliğe karşı her tür tehdit veya güvensiz koşullardır. **Olay** (event) ise, genel kabul gören tıbbi hizmetten her tür sapmayı⁶ ifade etmektedir. Bu sapma-

⁵ Aşağıda yer alan tanımlar, hasta güvenliği konusunda terminoloji birliği geliştirme çalışması yürüten Hasta Güvenli İçin Dünya İttifakı grubunun (WHO World Alliance for Patient Safety, Draft Guidelines for Advers Event Reporting and Learning System, From Information To Action, 2005) raporundan, insan hatası yazınının önderi James Reason’ın çalışmalarından ve IOM’un raporundan alınmış ve yazarın deneyimleriyle örneklendirilmiştir.

⁶ Normal işlem veya prosedür akışından sapmanın zamanla hastanede normalize olması yani rutine dönüşmesi hasta güvenliği açısından çok önemli bir tehdittir (IOM:2000). Örneğin, hekim ve hemşirenin “hastayı zaten tanıyor olmaları” nedeniyle kimlik doğrulaması yapmadan ilaç uygulanması, taraf işaretlemesi ve doğrulaması yapmadan cerrahi girişimin başlatılması hastanede hata riskini arttırmakta ve rutine dönmesi istenen ideal davranış modelinin yerleşmemesine neden olmaktadır. Benzer şekilde az sayıda cerrahi alet ve spanç kullanılan ameliyatlarda, ekibin dikkatli olduğu varsayılarak alet-spanç sayımının iki kez yapılarak her iki sayımda da denklik sağlanması halinde hastanın ameliyat odasından çıkarılması kuralının ihlal edilmesi hatalara zemin oluşturmaktadır. Son olarak antineoplastik ajanların intratekal uygulamalarının hızlı ve kısa zaman dilimi içerisinde gerçekleştiriliyor olması, yüksek riskli bir ilacın hastaya kimlik doğrulama amaçlı bileklik takılmadan uygulanma sebebi olamaz. İlacın belirli bir protokol dahilinde ve dolayısıyla hastayı tanıyan bir uzman hekim tarafından uygulanıyor olması da “ilaç uygulamadan önce en az iki belirteç ile hasta kimliğinin doğrulanması” ilkesinden sapılmasını meşrulaştırmamalıdır.

lar hastanın yaralanmasına neden olmakta veya zarar verme riski taşımaktadır.

Advers olay (advers event), hastalığa ilişkin komplikasyonlar dışında, sunulan tıbbi hizmet yönetimi ile ilişkili yaralanmaları⁷ (zarar görmeleri) ifade eder. Glencroos ve arkadaşları (2004) ise advers olay tanımını, hastalıktan değil bakım yönetiminden kaynaklanan ve ölümlü, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla, taburcu olamama veya hastanede daha uzun süre kalma ile sonuçlanan istenmeyen zarar görmeler olarak açıklamaktadırlar. Yazarlar tıbbi hizmet yönetiminin tanı, tedavi ve bu amaçla kullanılan sistem ve ekipmanları kapsadığı için advers olayların da bu unsurların tümü ile ilgili olabileceğini vurgulamaktadırlar. Advers olayların önlenemez ve önlenemez nitelikte olması da mümkündür. Bu kapsamda son olarak gerçekleşen ve potansiyel advers olay (ramak kala- close call, near miss) olay ayrımına değinmek gerekmektedir. Potansiyel advers olaylar da yine advers bir olaya yol açacak ciddi hatalar olmakla birlikte şans eseri gerçekleşmeden tespit edilmiş olan olaylardır.

Hata (error), bir eylemin uygulama veya planlama hatası nedeniyle maksadına veya amacına uygun şekilde yapılamamasıdır. Bu hataların ihmal sonucu ve kasıtlı olarak yapılması mümkündür. Reason'a (1990) göre hata belirli bir sonuca ulaşmak amacıyla planlanmış ardışık zihinsel veya fiziksel aktivitede başarısız olunmasıdır. Reason, bu başarısızlığın şansa bırakılmamış olması gerektiğini de vurgulamakta ve niyet dikkate alınmadan hatanın anlamlı olmayacağını belirtmektedir. Bu kapsamda, yanılıgı veya kusur kavramlarını hata kavramından ayırmaktadır. Çünkü kusur kişinin becerisi ile ilgilidir ve daha çok dikkat eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu durumda *fikir doğru ama uygulama yanlıştır*. Hemşirenin infüzyon pompasını yanlıgı programlaması bir kusur örneğidir. Hata ise kişinin bilgisinin yetersiz veya yanlıgı olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Algılama, anlama, muhakeme etme, yorumlama hataları bu kapsamda ele alınmaktadır. Bir diğer ifade ile hata *planlanan faaliyetin kendisinin yanlıgı olması demektir*. Tanının yanlıgı konması, tetkik sonuçlarının yanlıgı yorumlanması birer hatadır.⁸ IOM Raporu'nda (2000) da doğru ilacın order edilirken yanlıgı doz girilmesi bir kusur; hastaya yanlıgı, genel durumuna uygun olmayan ilaç order edilmesi ise hata olarak örneklendirilmektedir. İnsan hatası konusundaki yazının kurucusu sayılabilecek olan Reason (2000) ayrıca **gizli hata** ve **aktif hata** ayrımı da yapmaktadır. Aktif hata, uygulayıcı seviyesinde ortaya çıkan ve bu nedenle de gözlenebilir nitelikte olan hatalardır. Gizli hatalar ise

⁷ İngilizce metinlerde injure sözcüğü kullanılmaktadır. Şüphesiz burada sözü edilen yaralanma, hastanın vücut bütünlüğünün bozulması ile ilgili değildir. Bu nedenle metinde yaralanma yerine zarar görme ifadesi kullanılmıştır.

⁸ Bu konudaki akademik çalışmalara ve uygulama bilgisine <http://www.psnet.ahrq.gov/content.aspx?taxonomy> adresinden ulaşılabilir.

tasarım, montaj, bakım hataları gibi nedenlerden kaynaklanmakta ve uygulayıcının kontrolü kaybederek hata yapmasına neden olmaktadır. Bu nitelikleri gereği gizli hatalar karmaşık sistemlerde güvenlik açısından daha büyük bir tehdit oluşturmaktadırlar. Çünkü farkına varılmaları güçtür ve gelişmeleri halinde sistemde farklı tür hatalara yol açabilme kapasitesine sahiptirler.

Görüldüğü üzere hasta güvenliğine ilişkin kaynaklarda bir terminoloji birliği oluşmamıştır. Çalışmalarda hata, kazayla yaralanma, kusur, advers olay gibi farklı terimler ve kavramlar kullanılmaktadır. Türkçe yazında da konuya ilişkin terminoloji birliği oluşmadığı için bu çalışmada “hasta güvenliğini riske eden olay” ve “advers olay” ifadeleri kullanılacaktır.

HASTA GÜVENLİĞİ VE İNSAN HATASI

Perow (1984) kazaların %60 ila 80’inin insan hatasından kaynaklandığını ve tedbirli yaklaşımda bile bu oranın %30-40’ın altına inmeyeceğini öngörmektedir. Sağlık alanında insan hatalarının payı konusunda doğrudan bir veri mevcut değildir. Ancak, IOM’un raporunda (IOM:2000) atıf yapılan bir araştırma sonucunda anestezi ile ilişkili advers olayların %82’sinin insan kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Yakın tarihli bir çalışmanın bulguları da insan kaynaklı hataların payını vurgulamaktadır. Ross ve Ranum (2009) tarafından yürütülen söz konusu araştırma, hasta güvenliğini riske eden vakaların Anestezi sonrası bakım ünitesi için %39; gününbirlik cerrahi girişim birimleri için ise % 25’nin primer sorumlusunun hemşireler olduğunu göstermiştir.

Bu tespitlerden yola çıkarak hasta güvenliğini tehdit eden olayların ortaya çıkmasında insan faktörünün önemli rol üstlendiği sonucuna varmak mümkündür. İlgili yazında Perrow’un izleyicisi olarak kabul edilen ve Human Error (İnsan hatası) adlı kitabı ile ilgili yazını geliştiren Psikoloji Profesörü James Reason (1990) bu durumu “hata, olayın nedeni değil sonucudur. Bu nedenle bir advers olay olduğunda *kim* sorusu yerine *sistemin nasıl ve niçin etkisiz kaldığı* sorusu sorulmalı.” demektedir. Reason (1990), tıp dünyasında hatalardan dolayı kişilerin suçlanmasının yaygın bir gelenek olduğunu vurgulayarak, insanı *değiştiremeyiz ama insanın çalıştığı koşulları değiştirebiliriz* demektedir. Bu kapsamda sistemi esas alan yaklaşımın benimsenmesini ve insanın değil⁹ sistemin iyileştirilmesinin¹⁰ önemini vurgulamak-

⁹ Reason (2000) insan hatalarını önlemek için insanı esas alan çözümler üretilmesini -biraz da ironi yaparak- posterler, hasta güvenliği konusunda farkındalığı artırma kampanyaları, yeni bir prosedür yazma, disiplin cezaları, suçlama, tehdit gibi önlemler alınarak çalışanları davranış değişikliğine zorlama şeklinde açıklamaktadır.

¹⁰ Bu çerçevede kalite yönetim sistemi ve uygunsuzluk takibi yapılan hastanelerde uygulama açısından bir konunun vurgulanması faydalı olacaktır. Uygunsuz hizmet bildirimleri veya olay bildirimlerinde düzeltici faaliyet talep edilen kliniğin yöneticisinin “personel konu hakkında uyarıldı” ifadesinin bir düzeltici faaliyet talebinin

tadır. Hataların sebebi olarak çalışanların görülmesi ve çalışanı suçlama eğiliminin kuruluşlarda bir *suçlama tuzağına* dönüştüğüne ve hataların gerçek nedenlerinin araştırılarak önlem alınmasını engellediğine dikkat çekmektedir Reason(1990).

Advers olay ve hataların kişilere mi yoksa çevresel/sistem kaynaklı faktörlere mi isnat edildiğini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Konu “hatayı atfetme/isnat etme hatası”¹¹ olarak ilgili yazında tartışılmaktadır (Hofmann ve Stetzer: 1998) . Eğer bir advers olayın oluşumunda kişisel faktörler mübalağa ediliyor ve çevresel faktörlerin etkisi olduğundan daha düşük seviyede ele alınıyorsa bu durum *temel atfetme/isnat etme hatası* olarak adlandırılmaktadır. Dolayısıyla bu durumda hata veya kazaların meydana gelmesinin nedeni olarak çalışanlar gösterilmekte ve çevresel faktörlerin payının düşük olduğu varsayılmaktadır. Araştırmalar, advers olayların nedeninin yöneticiler tarafından çalışanlara, çalışanlar tarafından ise çevresel faktörlere isnat edildiğini göstermektedir. Yöneticilerin yaklaşımı hata veya advers olayların nedenlerinin ortaya konarak kalıcı şekilde çözümlenmesini engellerken; çalışanların kendilerini hata veya kazaya konu olan arkadaşları yerine koyarak taraf olmaları ve savunma davranışı göstermeleri ise hasta güvenliği konusuna sahip çıkarak sistemi iyileştirme konusunda isteksiz olmalarına ve hatta değişime direnmelerine yol açabilmektedir. (Hofmann ve Stetzer: 1998) .

Sonuç olarak hasta güvenliği meselesinin, bir insan hatası meselesi olduğu tespitini yapmak mümkündür. Dolayısıyla hasta güvenliği sağlama konusunun insan özgü bir bağlamda; bir diğer ifade ile algı, tutum ve davranışlar bağlamında incelenmesi kaçınılmazdır. Bu amaçla hasta güvenliği sistemi kurmanın bir kültürel dönüşümü gerektirdiği sonucuna varılabilir.

kapatılmasına yetmemesi gereklidir. Bu durumda hatanın sistem kaynaklı nedenlerine inilmemekte ve sistemde kalıcı iyileşme sağlanamamaktadır. Örneğin, ameliyat sonrasında hastadan çıkarılan materyallerin kaybolması veya başka hastanın materyali ile karıştırılması hatası , personeli uyararak ve materyal teslim eden- teslim alan imza zinciri kurulup suçu aranarak önlenemez. Hatayı önlemek için hastadan çıkarılan materyalin Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmak üzere benimsenen Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’nde tanımlandığı şekilde, hasta henüz ameliyat odasında iken cerrah ve anesteziistin de odada bulunduğu süre içerisinde hemşire tarafından yüksek sesle söylenerek, etiket bilgileri kontrol edilerek kaba konması uygulamasının yerleştirilmesi kalıcı çözüm üretecektir.

¹¹ İngilizce yazında attribution, fundamental attribution error sözcükleri kullanılmaktadır. Hatanın kime veya neye atfedildiği anlamı verdiği için Türkçe’ye atfetme/isnat etme olarak çevrilmiştir.

GÜVENLİK KÜLTÜRÜ VE GÜVENLİK İKLİMİ

Güvenlik ile ilgili akademik yazında örgüt kültürü ve örgüt iklimi ayrımlı bir şekilde yapılmaktadır. Bu kapsamda güvenlik kültürü bir üst kavram iken güvenlik ikliminin güvenliği önceleyen bir kültürel dönüşümün operasyonel düzeyde tezahürü olduğuna inanılmaktadır. Yani, güvenlik kültürünün bir birim veya depart-

manda yürütülen günlük işlerde, çalışma ortamında, prosedür ve talimatlarda, yönetim tarzının altında yatan değer, inanç ve normlardan oluştuğu kabul edilmektedir.¹² Uygulamacıları hedefleyen hasta güvenliği konusunu inceleyen kaynaklarda ise güvenlik kültürü-güvenlik iklim ayrımı yapılmamakta ve örgüt kültürünün değişmesi ve dönüşmesinden söz edilmektedir.

Tartışmayı örgüt kültürü ve örgüt iklimi bağlamından bir alt soyutlama düzeyine indirgediğimizde, yani güvenlik kültürü ve güvenlik iklimi bağlamında ele aldığımızda ise genel kabul gören bir tanımlamanın mevcut olmadığı görülmektedir. Reason'a (1998) göre güvenlik kültürü "kuruluşlarda davranışsal normları (¹³ *hastanede* genel kabul gören iş yapma biçiminin ne olduğu gösteren) üretmek için örgütsel yapılanma ve kontrol sistemleri ile karşılıklı olarak etkileşimde bulunan paylaşılan değerler (*hastanede* neyin önemli olduğunu gösteren) ve inançlardan (*hastanede* oyunun kuralının ne olduğu ve işlerin nasıl yürüdüğünü yansıtan) oluşmaktadır. Bu kapsamda ideal güvenlik kültürünü kuruluşun faaliyetleri nedeniyle zarar vermesini önleyecek bir makine gibi tasvir etmekte ve kısaca "*korkmayı unutmamak*" olarak tanımlanmaktadır.

Güvenlik kültürü bir başka kaynakta "tüm çalışanların potansiyel olarak yanlış yapıma olasılığı olan iş ve işlemler konusunda sürekli ve aktif bir farkındalığa sahip olduğu" kültür olarak tanımlanmaktadır. Bu kültür içinde bireylerin açık ve adil olması ön plana çıkartılmakta ve hataların açıkça konuşulması konusunda bireyler teşvik edilmektedir. Dolayısıyla güvenlik kültürü bireylerin, yapılan yanlışlardan öğrenme ve yanlışın yerine doğrusunu koymalarını sağlayan bir ortamı tasvir etmektedir. (Seven Steps To Patient Safety:2004) Yüksek güvenilirliğe sahip organizasyonlar konusunda literatürde çok atıf alan Karleine Roberts (1990) , güvenilir organizasyon olmanın önkoşullarını değişime isteklilik ve güçlü bir öğrenme isteği, güçlü bir örgüt kültürü, çalışanların güvenlik konusunu sahiplenmesi ve güvenliği sağlamak için çaba göstermesi ve güvenlik konusunun çok sık şekilde telaffuz edilmesi olarak sıralamaktadır.

¹² Bu konuda Shcineider 'ın editörlüğünde örgüt iklimi ve kültürü ilişkisinin, örgüt kültürü alanında çalışmaları genel kabul gören akademisyenlerin görüşleri temelinde tartışıldığı *Organizational Climate and Culture*, Jossye- Bass Publishers, 1990 künyeli kitaptan yararlanılabilir.

¹³ Kuramsal tanımlamayı daha kolay anlaşılabilir kılmak üzere parantez içindeki açıklamalar yazar tarafından hastane sözcüğü eklenerek yeniden ifade edilmiştir.

Örgüt iklimi konusunda yönetim yazını yönlendiren akademisyenlerden bir olan Benjamin Schneider (1990)'a göre örgüt iklimi, bir organizasyonda görev yapan kişilerin olaylar, uygulamalar, prosedürler ve hangi davranışların yönetim tarafından beklendiği, desteklendiği ve ödüllendirildiğine ilişkin algıdır. Olaylar, uygulamalar ve prosedürleri *örgütsel rutin* olarak; beklenen, arzu edilen ve ödüllendirilen davranışları de *ödüller* olarak adlandırmakta ve örgüt iklimini bu ikisinin toplamı olarak ele almaktadır. Schneider (1990) örgüt ikliminin global yani bütün kuruluşu kapsayan bir ölçekte ele alınması yerine, her biri kuruluş için stratejik öneme sahip kesitlerden hangisi inceleniyorsa onun üzerinde odaklanılmasını önermektedir. Bu çerçevede yönetim literatüründe ilk kez “güvenlik iklimi” kavramını kullanmakta ve örgüt ikliminin bir kesiti olduğunu vurgulamaktadır.

Güvenlik iklimi konusunun yine bir psikoloji profesörü olan Zohar (2002)'ın çalışmalarına değinmeden tartışılması mümkün değildir. Zohar güvenlik iklimini “*çalışanların iş sağlığı ve güvenliğine verilen önemi yansıtan yönetsel politika, prosedür ve uygulamalara ilişkin ortak algılar*” olarak tanımlanmıştır. Araştırmacı güvenlik iklimi konusunun grup veya alt birim bazında incelenmesini önermiş ve Grup Güvenlik İklimi Ölçüm Anketini literatüre kazandırmıştır. 2000 yılında gözden geçirdiği bu kavramsallaştırmaya göre güvenlik iklimi, yöneticinin gözetim faaliyeti ve beklentiler olmak üzere iki ana unsurdan oluşmaktadır. Bir diğer ifade ile çalışanın bağlı olduğu yöneticisinin güvenlik önlemlerine uygun çalışmayı takdir etmesi, astlarından gelen güvenlikle ilgili önerileri dikkate alması güvenlik ikliminin belirteçleri arasında yer almaktadır. Beklenti boyutu ise iş miktarı ve imalat maliyetlerine ilişkin operasyonel hedeflere karşı güvenlik kurallarının öncelikli olup-olmadığını sorgulamaktadır.¹⁴ Zohar ayrıca, güvenlik konusunun önceliğinin uzun bir süredir ve sürekli olarak vurgulanan gruplarda güvenlik hedefinin hız veya etkinlik ile çatıştığı durumlarda bile çalışanlarca öncelikle dikkate alındığını ampirik olarak göstermiştir (Zohar :2002/a).

İlgili yazında güvenlik ikliminin pozitif ve negatif olmak üzere iki ayrı tipoloji altında tartışıldığı da izlenmektedir. Pozitif güvenlik iklimi, yönetimin güvenlik konusuna sahip çıkması, eğitim ve iyileştirme faaliyetlerinde bizzat yer alması ve problem yaşandığında çözümlene yönünde tavır alması durumunda ortaya çıkmaktadır. Pozitif bir hasta güvenliği iklimi söz konusu olduğunda sorun yapıcı bir şekilde alındığı için çalışanların da konuyu açıklıkla tartışma eğilimlerinin arttığı izlenmektedir. Yönetimin cezalandırıcı olmayan ve soruna sahip çıkan bir tavır

¹⁴ Bir başka çalışmasında ise üç boyutlu bir güvenlik iklimi kavramsallaştırması yapmaktadır. Bu kapsamda çalışanın doğrudan bağlı olduğu amirin rolünü önleyici (güvenlik konusunu astları ile tartışması ve tüm önerileri dikkate alması) ve reaktif (çalışanın güvenlik kurallarını ihlal ettiğinde tepki göstermesi ve dikkatini bu konuya yönetmesi) eylem olmak üzere iki alt unsura ayırmıştır (Zohar: 2002/b) .

benimsemesi durumunda hasta güvenliğini tehdit veya ihlal eden olaylar hakkında açık bir bilgi akışı mümkün olmaktadır. (Hofmann ve Stettzer: 1998).

Negatif güvenlik iklimi ise pek çok araştırmacı tarafından *suçlama ve utanma* kültürünün yansıması olarak görülmektedir. Hataların cezalandırıldığı ve çalışanların zaten mevcut olan hataları veya problemleri açıklamalarına engel olunan bu ortamı da “patolojik kültür” olarak adlandırılmaktadır (Sorra ve Nieva: 2003). Araştırmalar, negatif güvenlik iklimi altında çalışanların cezalandırılma ve suçlanma korkusuyla hasta güvenliğine ilişkin sorunu veya olayı farklı şekilde ifade ettiklerini; konuyla yüzleşmeye zorlandıklarında ise yönetimi en kolay şekilde tatmin edecek ve suçlanma ihtimalini ortadan kaldıracak şekilde davrandıklarını göstermektedir. (Hofmann ve Stettzer: 1998).

HASTA GÜVENLİĞİ SİSTEMİ İNŞA ETMEYE YÖNELİK BİR YOL HARİTASI

Hasta güvenliğini esas alan bir çalışma sistemine geçiş sürecinin teknik ve kültürel olmak üzere iki boyutlu bir değişim programı olarak dizayn edilmesi gerekmektedir. (Tak 2008/b, Tak 2008/c) Çünkü hasta güvenliğine odaklı bir davranışsal değişim gerçekleşmediği sürece değişim çabaları başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. (Huse ve Cummings:1985, Lipit vd: 1958, French: 1969) Özellikle örgütün yapısal düzeni ve yönetsel işleyişinde değişim söz konusu olduğunda sistemde rol alan *aktörlerin* tutum ve davranışlarının yeni düzene uyumlaştırılması önem kazanmaktadır Teknik değişim anlamında yapı, politika ve prosedürlerden oluşan işleyiş sisteminin yeniden yapılandırılması göreceli olarak daha kolay biçimde gerçekleştirilmektedir. Ancak bireylerin davranışlarını değiştirmeleri için gerekli mekanizmaların ve ortamın kurgulanması daha zor olmaktadır (White ve Michell,1976; Huse ve Cummings,1985; Lewin:1951). Bu kuramsal tespitler, hasta güvenliği ile ilgili prosedür ve talimatlar yayınlayarak , advers olay bildirim formlarını dağıtıp çalışanlara hangi durumlarda doldurulup nereye göndereceklerini söyleyerek ve son olarak da birkaç kişiyi bu konuyu takip ile görevlendirerek bir hastanede hasta güvenliğini esas alan bir çalışma sisteminin kurulmayacağını vurgulamaktadır.

Bundan başka, sistemin değişimden sonra yeni düzen içinde ve *istikrarını koruyarak* çalışabilmesi için kendi kontrol mekanizmalarını üretmesi gerekmektedir. Yönetsel kontrolün nasıl sağlanacağı¹⁵ sorusu, örgüt kuramının öteden beri te-

¹⁵ Bilindiği gibi yönetsel kontrol , direkt amir gözetiminde kontrol, hedeflerle kontrol ve normlarla kontrol olmak üzere üç ayrı türde olabilmektedir. Hasta güvenliği sisteminin yöneticinin sıkı denetimi ve baskısı ile varlığını sürdürmesi mümkün değildir. Hedeflerle kontrol de işin nasıl yapıldığından daha çok sonuçları dikkate alan bir kontrol sistemidir. Genel olarak hizmet sektöründe hizmetin kendisi kadar yapı- lış biçimi de önemlidir. Bu nedenle sonuç odaklı bir çalışma anlayışının öncelenmesi hasta güvenliği meselesinin ihmal edilmesi riskine bile yol açabilir. Dolayısıyla

mel tartışma alanlarından birini oluşturmaktadır (Etzioni:1961, Weber :1978,1989, Weick:1979, Kunda: 1992). Bu bağlamda kültür “bir sosyal kontrol aracı” olarak devreye girmekte ve değişen bir sisteme birey davranışlarının uyumlu hale getirilmesini sağlamaktadır (Pfeffer:1997). Çünkü kültürü oluşturan normlar ve değerler, moral ve sosyal uyumlaştırma işlevini üstlenmekte (Katz ve Kahn: 1966) ve “benzer şekilde programlanmış bireyler” (Thompson :1966) yaratmaktadır. Dolayısıyla hasta güvenliğini önceleyen bir çalışma anlayışının bir norm haline gelmesi gerekmektedir.

O’Reilly ve Chatman (1996) bir kuruluşta kültürel değişimin sağlanması için dört mekanizmadan yararlanılabileceğini belirtmektedir. Bunlar, çalışanların karar alma süreçlerine katılımının ve kuruluşa aidiyet geliştirmelerinin sağlanması, liderlerin kuruluşta neyin önemli olduğuna dair öncelikler oluşturulması ve bu öncelemeyi yöneticilerin eylem ve söylemleri ile çalışanlara hissettirmeleri, semboller ve ritüeller yaratılarak öncelikli konunun çalışanlar tarafından net bir şekilde algılanmasının sağlanması, enformasyon sistemi kullanılarak beklenen davranışın ne olduğunun, özellikle yeni işe başlayanlara “oyunun kuralının ne olduğunun” aktarılması, ödüllendirme ve takdir etme sistemlerini kullanarak konunun vurgulanmasıdır. Görüldüğü üzere liderlik, katılım, iletişim, takdir ve ödüllendirme süreçleri anahtar kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla hasta güvenliği sistemi kurulmasında yeniden yapılandırılması gereken süreçler de (veya soft değişkenler) liderlik, katılım, iletişim ve insan kaynakları yönetim süreçleridir. Bu nedenle aşağıda yer alan yol haritasında da bu süreçlerin nasıl yapılandırılabileceği ayrıntılı şekilde tartışılmıştır.

Yukarıda da değinildiği gibi Schneider (1990), bir kuruluşta güvenlik ikliminin oluşması *rutinler (teknik komponent) ile ödüllerin (davranışsal komponent)* yeniden yapılandırılması gerektiğini belirtmekteydi. Bu tespitler ışığında sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini esas alan *yeni çalışma düzenine* geçiş için bir yol haritası¹⁶ önermek mümkündür. Bu kapsamda bir hastanede hasta güvenli tüm çalışanların “ yöneticisi fark ederse kızar diye değil, öyle olması gerektiğine inandığı, o davranışı doğru bulduğu için “ hasta güvenliğini esas alan bir çalışma pratiği üretmesinden yani normlarla kontrol yönteminden başka çıkar yol yoktur. ¹⁶ Bu makalede incelenen nitelikteki değişim aslında Yönetim Yazınında bir Örgüt Geliştirme (Organizational Development) konusu olarak ele alınmaktadır. Çünkü hasta güvenliği sistemi kurulmasından söz ettiğimizde , bir sağlık kuruluşunda mevcut yapının yeni bir duruma adaptasyonunu ifade etmekteyiz. Kuruluşta sağlık hizmeti üretim süreçleri yine varlıklarını ve bilimsel esaslara göre akışlarını korumakta, sadece hasta güvenliğini sağlayacak unsurlar bu yapıya implant edilmektedir. Bu makalenin hasta güvenliği konusunu hem kuramsal hem de uygulama boyutu ile tartışıyor olması nedeniyle, uygulamacılara yabancı gelebileceği düşünülerek “ örgüt geliştirme “ ifadesi yerine - yönetim yazınında bu konuyu da kapsayan jenerik bir kavram olarak tercih edilen - değişim yönetimi ifadesi kullanılmıştır.

sistemi inşa edilmek istendiğinde iki ana komponentin yapılandırılması gerektiği açıktır. Bir yandan hasta güvenliğini rutin haline getirecek işlem, prosedür ve kurallar sistemi oluşturulacak, diğer yandan ise hasta güvenliğini önceleyen bir çalışan davranış modelini üretecek örgütsel mekanizmalar yaratılacaktır. Görüldüğü üzere hasta güvenliği sistemi kurmak bir değişim yönetimi meselesidir ve bu nedenle de bir değişim projesi olarak tasarlanarak uygulanması gerekmektedir

Teknik ve davranışsal dönüşümü sağlayacak mekanizmaların üretilmesi gibi kuramsal ifadelerin, somut olarak anlaşılabilir, yönetilebilir aşamalar ve yürütülecek eylemler listesi olarak operasyonalize edilmesi önem taşımaktadır. Bu amaçla değişim yönetimi¹⁷ ve özellikle de Planlı Değişim literatüründen (Lewin:1951, French:1969 Huse ve Cummings: 1985) yararlanmak mümkündür. Bu literatürde yaygın kabul gören - ve sağlık bilimlerine yakın bir terminoloji ile kurgulanmış olan-değişim süreci dört ana aşamadan oluşmaktadır. Bunlar teşhis, girişim¹⁸ (interventions) planlama ve uygulama, sonuçları ölçme, değerlendirme ve değişimi stabil kılmak olarak sıralanmaktadır (Huse ve Cummings: 1985). Bir diğer ifade ile ilk aşamada kurumsal analiz yapılarak mevcut durumun fotoğrafının çekilmesi, sorunların veya hasta güvenliği sistemi açısından yeniden düzenlenmesi gereken alanların neler olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. İkinci adımda ise belirlenen alanların yeniden yapılandırılması için hangi müdahale stratejilerinin kullanılacağına karar verilmesi ve uygulamaya konması gelmektedir.¹⁹ Son aşamada ise başlangıç noktasına göre katedilen gelişimin ölçümü ve yeni düzenin devamlılığını sağlayacak düzenlemelerin yapılmasını içermektedir. Aşağıda yer alan yol haritası da bu model esas alınarak kurgulanmıştır.

BİRİNCİ AŞAMA

Kurumsal Analiz ve Teşhis

Analizi aşamasının amacı kuruluşun mevcut durumu ve hedeflenen hasta güvenliğini esas alan işleyiş sistemi arasındaki farklılığı ortaya koymaktır. Bu nedenle ilk aşamada gözlem, görüşme, veri ve doküman inceleme, anket gibi yöntemler kullanılarak sağlık kuruluşunun hasta güvenliği perspektifi ile mevcut durumu tespit edilmeye çalışılmaktadır. Bu amaçla hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin kilit role sahip kişilerle görüşmeler yapılarak hasta güvenliği siste-

¹⁷ Türkçe yazın ile uyum sağlamak amacıyla bu çalışmada intervention sözcüğünün karşılığı olarak girişim yerine müdahale stratejisi kavramı kullanılmıştır.

¹⁸ Yol haritasını yalınlaştırmak amacıyla aşağıda önerilen modelde girişim planlama ve uygulama aşamaları birleştirilmiştir.

¹⁹ Bilindiği üzere ülkemizde advers olaylara ilişkin istatistiklere ulaşmak pek mümkün değildir. Bu nedenle kurumsal analiz aşamasında geriye dönük örneğin bir yıl boyunca soruşturmaya konu olmuş olayların hasta ve çalışan mahremiyetine dikkat edilerek listelenmesi fayda sağlayabilir.

mi hakkında bilgi alınması mümkündür. Benzer şekilde örneğin kuruluştaki son bir yıl içerisinde meydana gelmiş olan advers olayların sayısı, türü, hangi hasta bakım alanlarında²⁰ ortaya çıktığı sorgulanabilir. Böylece söz konusu sağlık kuruluşunda mevcut sistemin hangi advers olayların oluşmasına daha yatkın olduğu tespit edilebilir. Bu kapsamda ayrıca hasta bakımı açısından kritik, çok sayıda hastayı ilgilendiren, niteliği gereği yüksek risk taşıyan, problem yaratma potansiyeline sahip alanlar ve hizmetlerin incelenmesi sistemin genel durumunun anlaşılması yürütülecek faaliyetlerin planlanmasına ışık tutacaktır (Tak :2009/c).

Teşhis aşamasında ayrıca hastanedeki mevcut kültürel yapıyı analiz etmek önem taşımaktadır. Bu amaçla hasta güvenliği kültürü - veya iklimi ölçüm² - çalışması yapılabilir. Böylece çalışanların algılarına dayalı bir analizi yapılması ve kuruluşun iyileştirmeye açık alanlarının belirlenmesi mümkün olacaktır. Hasta güvenlik kültürü ölçümünden elde edilen sonuçlar doğrultusunda bir faaliyet planının hazırlanarak uygulamaya konması önem taşımaktadır (Nieva ve Sorra: 2003)

Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesinde öncelikle doğru bir ölçüm aracına²² dayalı, doğru kişi ve grupları kapsayan, doğru bir veri toplama yönteminin kullanıldığı bir çalışma yürütülmesi önem taşımaktadır. Hasta güvenlik kültürü değerlendirme yöntemleri konusunda akademisyenler ve hasta güvenliğini misyon edinen kuruluşların geliştirmiş olduğu farklı metotlar mevcuttur.²³ Bu metotların bir kısmı, mevcut ortamı belirli tipolojiler altında sınıflandırmaktadır. Örneğin Manchester Üniversitesi tarafından geliştirilen ve NHS tarafından önerilen Hasta Güvenliği Kültürü Değerleme Aracı bu kategoride yer almaktadır. Diğer taraftan çok boyutlu anketler kullanarak sağlık kuruluşlarındaki mevcut kültürel yapıyı değerlendiren araçlar da genel kabul görmektedir. Bu kapsamda Texas Üniversitesi'nde geliştirilen Güvenlik Tutumları Anketi, Stanford Üniversitesi Hasta Güvenliği Merkezi Kültür²⁰ Kültür ve iklim arasındaki farklılık ve ilişki yukarıda tartışılmıştır. Bilindiği üzere akademik yazında kültür ve iklimin ölçümü konusu kesinlikle ayrı iki kavramsallaştırmaya ve ölçüm aracına dayalı olarak ele alınmaktadır. Hasta güvenliği kültürü kavramı ülkemizde genel kabul gördüğü için "hasta güvenliği iklimi" gibi farklı bir kavramın uygulamacılar açısından sıkıntı yaratacağı düşünülerek bu çalışmada kültür ve iklim ayrımı yapılmamıştır. Ancak bu alanda akademik çalışma yapacak kişilerin mutlaka bu ayrımın farkında olarak araştırmalarını planlamaları büyük önem taşımaktadır.

²¹ Hasta güvenliği kültürü ölçümü amacıyla geliştirilmiş olan 12 ayrı ölçüm aracının güvenilirlik ve geçerliliği konusunda yürütülen bir araştırma, teorik tutarlılık ve kavramsallaştırma bağlamında sorunlar olduğunu göstermektedir (Flin ve diğerleri: 2006).

²² Bu konuda bakınız Seven Step To Patient Safety, The Full Reference Guide, Second Print, NHS National Patient Safety Agency. Sayfa 20-21. www.npsa.nhs.uk/sevensteps

²³ Bu konuda bakınız Hospital Survey On Patient Safety Culture, Agency For Healthcare Research and Quality Publication, <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture>

Anketi sayılabilir. Yine Sorra ve Nieva tarafından geliştirilmiş olan Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Anketi'nin²⁴ de hem araştırmacılar hem de Amerikan Sağlıkta Kalite ve Güvenilirlik Ajansı tarafından önerildiği için çok sayıda kuruluş tarafından benimsendiği gözlenmektedir.

İlgili yazında hasta güvenliği kültürünün ölçümü açısından tartışılan noktalardan biri de, ölçümün hangi ölçekte yapılması gerektiği konusudur. Zohar (2002) güvenlik kültürü²⁵ algısının ilk kademe amirin davranışları ve güvenlik konusunu öncelemesine dayalı olarak değiştiğini vurgulayarak ölçümün birim bazında yapılmasını ve değişimin izlenmesini önermektedir. Birimler bazında karşılaştırmalı ölçümlerin yapılması, hasta güvenliği kültürünün benimsenmesi açısından daha fazla risk taşıyan ve dolayısıyla da iyileştirme çabalarının öncelikle yoğunlaştırılması gereken alanların belirlenmesini sağlayacaktır. Bu konuda çarpıcı sonuçlar ortaya koyan bir bilimsel araştırma dikkat çekmektedir. Otuz hastanede görev yapan 4504 kişiden elde edilen yanıtlara dayanarak farklı bakım üniteleri bazında hasta güven-

²⁴ Daha önce de belirtildiği gibi Zohar güvenlik kültürü değil kültürün operasyonel düzeyde yansımaları olan güvenlik ikliminin ölçümü üzerine çalışmaktadır.

²⁵ Sağlık sektöründe ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi (KYS) ve kısmen de EFQM modeline dayalı kalite çalışmalarının yaygın kabul gördüğü izlenmektedir. Ülkemizde de ISO 9000 KYS belgesine sahip hastane sayısının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Ancak kalite yönetim sistemine sahip bazı hastanelerde "hasta güvenliği"nin farklı bir mesele gibi görülerek mevcut KYS dokümantasyon ve işleyiş sisteminin dışında tutulduğu izlenmektedir. Benzer şekilde ulusal veya uluslararası hastane akreditasyon standartları/ kriterleri ile ISO 9000 KYS Standartları da ayrı ve hatta ilgisiz iki yapı olarak ele alınabilmektedir. (Tak 2009/f). Oysa hasta güvenliği hasta bakım hizmetinin üretildiği tüm ana ve ilgili destek süreçlerde tanımlanmak zorundadır. Bilindiği üzere "Uygun olmayan ürün ve hizmetin kontrolü"ne yönelik bir sistemi olmayan kuruluşların ISO 9000 Kalite Yönetim Standartlarına uygunluk açısından belgelendirilmesi mümkün değildir. Dolayısıyla bu belgeye sahip hastanelerde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik kural ve faaliyetler ilgili prosedür, talimat ve formlarda tanımlandıktan sonra uygulamada hasta güvenliğini ihlal eden her işlem "KYS" ne bir uygunsuzluk" olarak değerlendirilebilir. Örneğin ameliyathane işleyişini düzenleyen prosedüre "girişim uygulanacak hastalar klinikte son kez muayene edilir ve girişimi uygulayacak hekim tarafından taraf /alan işaretlemesi yapılır" ifadesi eklendikten sonra, klinikten ameliyathaneye taraf işaretlemesi yapılmadan gönderilen her hasta için "uygun olmayan hizmet bildirim" formu düzenlenebilir. Bu kapsamda ayrıca, hasta güvenliğini tehdit eden/ tehdit etme potansiyeli taşıyan uygulamaların "düzeltici ve önleyici faaliyet" prosedürüne eklenmesi de önerilebilir. Örneğin hasta yatak kenarlıklarının arızalı olması, hemşire çağrı butonlarının bozuk olması, hasta oda pencerelerinin kontrollü açılmaması , hasta dosyasının girişim alanına veya tetkik birimine hasta ile birlikte gönderilmemesi , dezenfektan ve kağıt havlu gibi malzemelerin temin edilmemesi gibi durumlarda düzeltici veya önleyici faaliyet talebinde bulunulması hasta güvenliğini sağlama açısından faydalı olacaktır.

liği kültürünün yerleşme düzeyini karşılaştıran bir araştırmanın bulguları (Kaafarani vd.:2009) ameliyathane ve anestezi sonrası bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürünün diğer alanlara göre daha zayıf olduğunu göstermektedir. Araştırma kapsamında görüşü alınan ameliyathane ve anestezi sonrası bakım ünitelerinde görev yapan çalışanların %55'i hasta güvenliğini tehdit eden bir olaya şahit olduklarını bildirmişlerdir. Yine bu birimlerde çalışan kişiler hasta güvenliği konusunda kurumsal bir baskıyı daha az hissettiklerini, üst yönetimin hasta güvenliğine ilişkin riskler konusunda daha duyarsız olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (Kaafarani vd.:2009).

Hasta güvenliği kültürünün ölçümü konusunda vurgulanması gereken son nokta ise ölçüm sonuçlarının hastane içinde ve diğer hastaneler ile kıyaslanması gereğidir. Çünkü hasta güvenliğinin iyileştirilebilmesi için öncelikle hastanenin diğer hastanelere göre nerede olduğunu; kliniğin ise hem hastanedeki diğer kliniklere ve hem de kendi alanındaki diğer hastanelerin kliniklerine göre nerede olduğunun tespit edilmesi gereklidir. İç kıyaslama çalışmaları daha iyi durumdaki klinik veya birimlerin uygulamalarının diğerleri ile paylaşılmasını sağlamaktadır. Dış kıyaslama yapılabilmesi için ise şüphesiz bir ortak ölçüm aracının kullanılması ve sonuçların güvenli ve hastanelerin mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde paylaşımına açılması esastır.

İKİNCİ AŞAMA

Yapı ve süreçleri değiştirecek girişimlerim planlanması ve uygulanması

Hasta güvenliği sistemi kurma projesi kapsamında ikinci aşama, hasta güvenliği açısından kritik unsurlar ve kurumsal analiz çalışması sonucunda ortaya çıkan tabloya göre değişimi sağlayacak müdahale stratejilerinin belirlenmesini ve uygulanmasını içermektedir. Bu kapsamda teknik dönüşümü ve davranışsal dönüşümü sağlayacak yapı ve süreçler bazında nasıl bir yeniden yapılanmaya gidilmesi gerektiği aşağıda iki ana grup olarak tartışılmıştır.

A. Teknik alt yapının oluşturulması

Hasta güvenliği sisteminin teknik alt yapısını, Schineider'ın (1990) tabiriyle rutinlerini, oluşturmak üzere üç ana faaliyetin yürütülmesi gerekmektedir. Bunlar, hasta güvenliğine ilişkin bir dokümantasyon alt yapısı oluşturulması, hasta güvenliği sisteminin stratejik ve operasyonel açıdan yürütülmesini sağlayacak örgütsel yapılanmanın oluşturulması ve hasta güvenliğini riske eden olayların bildirimini sağlayacak bir raporlama sisteminin kurulmasıdır. Bunları aşağıdaki gibi detaylandırmak mümkündür:

Teknik Müdahale Stratejisi 1: Hasta Güvenliğine İlişkin Dokümantasyon Alt Yapısının Oluşturulması

Davranışları standardize etmek, iş akışını hasta güvenliği ilkelerine uygun şekilde yeniden yapılandırmak için politikaların oluşturulması, prosedür ve talimatlar ile kuruluş ölçeğinde'' ne beklendiğinin, neyin , nasıl yapılması gerektiğine'' ilişkin kuralların oluşturulması kritik öneme sahiptir. Bir diğer ifade ile hasta güvenliği sisteminin sağlıklı bir dokümantasyon alt yapısına dayandırılması zorunludur. Bu kapsamda mutlaka bir Hasta güvenliği Planı hazırlanarak hastane ölçeğinde hasta güvenliği sisteminin hedeflerinin ne olduğu, bu hedeflere nasıl ulaşılacağı, planın hangi faaliyetleri kapsadığı, hangi prosedür ve talimatların hasta güvenliğini esas alan hizmet sunumunu düzenlediği, sistemin hangi kurul, komite gibi bir yapı içinde işletileceği, hasta güvenliğini riske eden olayların tespitinden çözümlenerek tekrarlamasını önleyecek kalıcı tedbirlerin alınmasına kadar hastanenin yaklaşımının ne olduğu, hasta güvenliğine ilişkin hangi indikatörlerin takip edildiği ve sonuçların nasıl paylaşılacağı, nasıl iyileştirileceği gibi ayrıntılar hasta güvenliği planı içerisinde tanımlanmalıdır. Bunun yanı sıra, İlaç Uygulama hatası Bildirim ve Önleme Prosedürü, Advers Olay Bildirim ve Önleme Prosedürü, Pembe Kod ve Mavi Kod prosedürleri Talimatı, Panik/Kritik Değer Bildirim Prosedürü, Düşme Riski Değerlendirme ve Önleme Prosedürü , Güvenli Cerrahi Uygulama Talimatı, Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatı gibi hasta güvenliği sisteminin işleyişini düzenleyen dokümanların hazırlanması önem taşımaktadır.

Ancak, yeni doküman yaratmak yerine eğer kuruluşun mevcut bir dokümantasyon sistemi var ise hasta güvenliğine yönelik kural, ilke, işlem akışlarının varolan sisteme entegre edilmesi de mümkündür. Çünkü sağlık kuruluşlarında Hizmet Kalite Standartları'nın öngördüğü prosedür ve talimatlar ile formlardan oluşan bir dokümantasyon sistemi zaten mevcuttur. Bunun yanı sıra ülkemizde Kalite Yönetim Sistem belgesine sahip sağlık kuruluşlarının oranı da oldukça yüksektir. Dolayısıyla hasta güvenliği sisteminin teknik ön şartı olarak ihtiyaç duyulan dokümanların bir kısmı yeni doküman olarak yaratılırken bir kısmının da doküman sayısını arttırmamak ve hastanede konfüzyona yol açmamak için mevcut prosedür, talimat ve formlar revize edilerek²⁶ gerçekleştirilebilir (Tak: 2009/f ve Tak:2009/c). Bu kapsamda hasta güvenliğini sağlama, izleme, ölçme ve iyileştirme amacıyla aşağıda belirtilen revizyonların yapılması (Tak vd. 2009/f) önerilebilir:

Hizmet üretimini düzenleyen ana prosedür ve talimatlara - order verme, ilaç uygulama, ameliyathane işleyiş, cerrahi bakım, enfeksiyon önleme ve kontrol, kliniğe hasta kabul, hasta bakımı, kan transfüzyonu, hasta bakım alanlarında ilaç

²⁶ Bilindiği üzere bu düzenlemelerin yapılması aslında ihtiyari değil; Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan mevzuat gereğince yasal bir zorunluluktur.

yönetimi gibi-hasta güvenliği sağlamaya yönelik kural ve faaliyetler eklenebilir.²⁷ Bu kapsamda örneğin ameliyathane işleyiş prosedürüne klinikte cerrahi taraf/alan işaretlemesinin yapılması ve ameliyat odasında üç aşamalı güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımı faaliyetleri ve ilgili formlar eklenebilir. Benzer şekilde order verme sistemini düzenleyen prosedür ve talimatlarda sözlü olarak order edilemeyecek ilaçlar ve durumların neler olduğunun tanımlanması; sözlü verilen orderin nasıl kayıt altına alınacağı ve “geri okuma ve geri söyleme” yönteminin nasıl kullanılacağı gibi maddeler eklenebilir. İlaç uygulama prosedürlerine de hasta kimlik doğrulamasının yapılmasına ilişkin faaliyetlerin eklenmesi mümkündür. Böylece hasta güvenliği meselesinin hastanenin rutin işleyişin bir parçası haline getirilmesi mümkündür.

Hasta güvenliğine ilişkin plan, politika, prosedür ve talimatların oluşturulması veya hasta güvenliği ile ilgili işleyişin mevcut dokümanlara implant edilmesine yönelik doküman revizyon çalışmalarının mutlaka “ilgili” kişilerin katılımıyla yürütülmesi gerekmektedir (Tak ve Özçakır: 2008/b). Örneğin, “kritik test sonucu bildirme-Geri okuma ve geri söyleme” politikası tüm tetkik birimlerinde yönetici konumunda olan ve iş akışını bilen kişilerin katılımıyla hazırlanmalı ve uygulamaya konmalıdır. Benzer şekilde cerrahi bölümlerden hekim ve hemşirelerin ve ameliyathane yönetiminin katılımı olmaksızın da güvenli cerrahi kontrol sisteminin tasarlanması anlamlı olmayacaktır. Çünkü katılım hem hastane ölçeğinde mutabakatı sağlamak ve hem de yeni uygulamaya karşı direniş gösterilmesini önlemektedir.

Teknik Müdahale Stratejisi 2: Hasta Güvenliğini Riske Eden Olayların Raporlanmasına Yönelik Sistemin Kurulması

Hasta güvenliğini riske eden potansiyel ve gerçek olayların bildirimini, kayıt altına alınması ve sınıflandırılarak istatistiksel verilere dönüştürülmesini sağlayacak bir raporlama sisteminin kurulması, hasta güvenliğini sağlamanın olmazsa olmazıdır. Raporlama sistemi veri toplayan ve raporlayan teknik bir sistem olmanın ötesinde hasta güvenliği kültürünün inşa edilmesi açısından çok kritik bir işleve sahiptir. Reason (1998) sistemlerde hataların veya advers olayların çok sıklıkla oluşmaması nedeniyle güvenlik sorununun çalışanlar tarafından algılanma, önemsenme ve güvenlik önlemlerini dikkate alarak rutin işlerini yapmalarını sağlama açısından yetersiz kaldığını ifade etmektedir. Bu kapsamda raporlama sisteminin güvenlik kültürünün oluşumunda hem bir *raporlama kültürü* hem de advers olayları toplama, analiz etme ve sonuçların kuruluşa yayılımını sağlayarak *enformasyona*

²⁷ Reason (1998) raporlama sisteminin yanı sıra sistemin önleyici periyodik denetimlerinin – örneğin tıbbi gaz, havalandırma, asansör gibi teknik ve gözlem, tıbbi kayıt denetimi gibi saha denetimleri- de enformasyona dayalı bir güvenlik kültürünün oluşumunda rol oynadığını belirtmektedir.

dayalı bir kültür (informed culture) yarattığını ifade etmektedir. Reason raporlama kültürünün güvenliği riske eden potansiyel ve gerçekleşmiş olayların bildirim yoluyla kişilerin kendi kusur ve hatalarının farkına varmalarını sağladığını ve bu nedenle de “bedelsiz ders” fırsatı sunduğunu vurgulamaktadır. Enformasyona dayalı kültürün ise - yukarıda güvenlik kültürü nedir konusu tartışılırken de değinildiği gibi- “korkmayı unutmamayı” mümkün kıldığını belirtmektedir. Waring de (2009) hasta güvenliğini tehdit eden olayları raporlama sistemlerinin hastanede hasta güvenliği kavramının sosyal bir gerçeklik olarak inşa edilmesinde önemli rol üstlendiğini vurgulamaktadır. Yazar, bildirim amacıyla kullanılan standart formlara yapılan kayıtların hasta güvenliği gibi kapsamlı bir sorunlar bütününe yeniden yapılandırıldığını ve hastaneye ait özet, kategorik bir bilgiye dönüştürüldüğüne dikkat çekmektedir (Waring:2009). Bu nedenle advers olay bildirim ve raporlama sistemi aynı zamanda hasta güvenliği kültürünün oluşumu açısından da vazgeçilmez bir unsurdur. Sonuç olarak raporlama sisteminin “hasta güvenliği tehditini” yönetimin ve çalışanların ajandasında tutarak, dikkatleri güvenlik konusunda çekerek hastanede herkesin algıladığı objektif bir gerçekliğe dönüştürüldüğünü (Berger ve Luckman: 1967) söylemek mümkündür.

Ancak, hasta güvenliğini riske eden olayların bildirim , çalışanların günlük iş rutinlerinin bir parçası haline gelmediği sürece raporlama sisteminin etkin şekilde çalışması mümkün değildir.²⁸ Yaptığı bildirim kendisine, olayda adı geçen iş arkadaşına veya kendi klinik/ birim yöneticisine zarar vermeyeceğini yaşayarak öğrenen kişiler aktif bir raporlama sistemini ayakta tutmaktadırlar. Ancak, çalışanların hasta güvenliğini tehdit eden olayların raporlanma eğiliminin genellikle düşük olduğu da araştırmalarla ortaya konmuştur (Tak 2008/a, Tak vd. 2009/e, Tak 2009/g ve Tak 2010) İş etiği literatüründe çalışanların ahlaki, yasal veya meşru olmayan

²⁸ Bu makalenin yazarının deneyimi de hasta ve çalışan güvenliğini riske eden olay bildirim sisteminin doğru şekilde yapılandırılması ve işlerlik kazandırılması halinde “olay bildirim” formu doldurma pratiğinin günlük işlerin doğal bir parçası haline geldiği , hekimler ve hemşirelerin yanı sıra destek hizmetlerinde çalışan personel tarafından bile bu nitelikteki olayları bildirim eyleminin alışkanlığa dönüştüğü yönündedir. Örneğin hekimler “vizit sonrasında hastayı yatağında güvenlik tedbirlerini almadan bıraktığımız için düştü, girişim sırasında kullanılan tıbbi malzeme koptu veya parçalandı bu yüzden hastada morbidite riski oluştu” gibi bildirimlerde bulunmayı rutinin bir parçası olarak yapabilmektedir. Hemşireler ise “hastaya ilacı zamanında veremedik veya hasta düştü, tetkik materyeli karıştı veya kayboldu, son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme yüzünden ameliyat odasında sterilite bozuldu, ameliyat geç başladı” gibi bildirimleri görev kapsamlarının doğal bir uzantısı olarak yapabilmektedir. Benzer şekilde temizlik personeli ”hasta vücut sıvısı ile temas ettiğimde, delici- kesici aletle yaralandığımda olay bildirim formu doldurup durumu bildirmeliyim” davranışını zihnindeki “olaydan sonrası yapılması gerekenler listesine” ekleyip bir alışkanlığa dönüştürebilmektedir.

olayları ve hatalı işlemleri (whistleblowing) kuruluş dışına veya içine bildirme sistemleri (Near ve Micelli: 1985, 1993,1995) üzerine çok sayıda çalışma mevcuttur. Hastane yönetimleri bu nitelikteki olayların çalışanlar tarafından bildirilmesini teşvik etmek amacıyla farklı yöntemler geliştirmektedir. Kültür konusunun tartışıldığı bölümde de belirtildiği gibi ödüllendirme sistemleri bu bildirimleri yaygınlaştırmada yönetimin en etkili silahıdır. Stephan Covey (2008) “Neyi ödüllendiriyorsanız, O’nu elde edersiniz.” ifadesi de bu tespiti desteklemektedir. Bu konuyu bir örnek üzerinde tartışmak mümkündür. Bir hekimin veya bir hemşirenin kendi kliniğinde bir hasta düştüğünde “hasta düştü- önce hastaya müdahale et- genel durumuna göre tetkik, girişim, yatış planla- olay bildirim formu doldur ve kalite yönetim birimine gönder” zihni algoritması içinde hareket etmesi durumunda sistem başarıya ulaşmaktadır. Eğer kurum kültürü bu davranışı değil de” hasta düştü- müdahale et- durumu ciddi değilse kimseye bildirme, başına iş alma - açığa çıkarsa görmedim, bilgim yok dersin” kurgusunu ödüllendiriyorsa o hastanede hasta güvenliği adına kat edilecek pek fazla bir mesafe yok demektir.²⁹

Raporlama sisteminin rolünü davranışsal dönüşümün sağlanması açısından tartıştıktan sonra sistemin teknik tasarımının nasıl yapılması gerektiğinin incelenmesi fayda sağlayacaktır. Kuruluş ölçeğinde bir raporlama sistemi nasıl kurulur tartışmasının şüphesiz öncelikle bu sistemi kurgulayacak bir politika, plan ve prosedürün (lerin) yönetimin sahipliğinde ve çalışanların katılımıyla hazırlanarak yayınlanması önem taşımaktadır. Bu dokümanın hasta güvenliğini tehdit eden olaylar nelerdir, bu olaylar nasıl ve nereye bildirilir, bildirim alan kişi veya birimler nasıl bir işlem akışı izler, olay bildirimleri nasıl takip edilir ve kapatılır gibi detayda yol gösterici olması gereklidir.

İkinci adımda raporlama sisteminin etkinliği açısından olay bildirimini nasıl yapılacağı tartışılması gerekmektedir. Hasta güvenliğini riske eden olayların bildirimini elektronik posta, faks veya telefon yoluyla yapılması mümkündür (WHO Guidelines for advers effect reporting:2005). Bundan başka, standart ve olayları sınıflandırmaya dönük olay bildirim formları kullanılması veya olayın nasıl gerçekleştiğinin düz bir metin ile aktarılması da mümkündür.³⁰ Standart formların kullanılması durumunda bilgi hücrelerinin anlamlı verilerin kayda geçirilmesini sağlayacak ve veri kaybına yol açmayacak şekilde tasarlanması önem taşımaktadır.³¹ Bir başka

²⁹ Dünyada ve ülkemizde malpraktis uygulamalarının hastanın ölümü veya geçici-kalıcı fonksiyon kaybıyla sonuçlanan olayların bildirimini caydırdığı açıktır.

³⁰ Yazarın uygulama deneyimi, olayın önce standart olay bildirim formu ile bildirilmesi, daha sonra hasta güvenliğinden sorumlu kişinin olayın niteliğine bağlı olarak yerinde yüz yüze görüşme veya telefonla bilgi alarak olayın nasıl gerçekleştiği ve sonucu hakkındaki bilgileri form üzerinde ayrılan alana aktarmasının faydalı olacağı yönündedir.

³¹ Söz konusu formların zaman içerisinde revize edilerek hem sağlıklı veri üretecek

görüŖe göre ise formlar yerine olayın aktarıldığı metinler daha iyi bir veri kaynağı olma özelliği taşımaktadır.

Hasta güvenliğini riske eden olaylara ilişkin veriler, olay bildirim sistemi dıŖında yöntemler kullanılarak da elde edilebilmektedir. Bu amaçla yönetimin klinik turları yapması, odak grubu çalışmalar yürütülmesi, tıbbi kayıt denetimleri yapılması, sadece cerrahi hataların incelenmesi gibi odaklanmış denetimler yapılması, gözlem veya hata türleri etki analizi (FMEA³²) gibi metotlardan yararlanılması mümkündür. (WHO Guidelines for adverse effect reporting:2005) Naessens ve meslektaşları tarafından (2009) Mayo Clinic’de yürütölen bir araştırma, aynı hastanede hekim, hemŖire ve diğer sağlık personelinin advers olay bildirimleri, epikrizlerde ICD kodları bazında yapılan taramalar ve hasta güvenliği indikatörleri³³ bazında olmak üzere üç ayrı yöntem kullanılarak yapılan ölçümlerin tutarsız sonuçlar verdiği ortaya koymuŖtur. Araştırmacılar her ölçüm yönteminin farklı olayların ortaya çıkarılmasını sağladığını belirtmektedirler.

Olay bildirim sistemlerinin kuruluŖ ve genel olarak sağlık sistemi bazında faydalı sonuçlar ortaya çıkarabilmesi için sistematik, karşılaştırılabilir veri üretmesi önem taşımaktadır. Ancak 2010 yılı bağı itibariyle henüz hasta güvenliğinin riske eden olayların adlandırılması ve sınıflandırılmasını, bölge, ölke ve uluslararası düzeyde hasta güvenliği istatistiklerinin karşılaştırılmasını sağlayarak iyi uygulamalardan öğrenme fırsatı yaratacak bir sistem mevcut değildir. Dünya Sağlık Örgütü’nün önderliğinde 2006 yılından bu yana hasta güvenliği için bir uluslararası klasifikasyon sistemi kurma projesi yürütölmekte olduđu³⁴ belirtilmektedir. Böylece ortak tanım, terim ve kavramlara dayalı olarak hasta güvenliğine ilişkin bilgi toplanması mümkün olacak ve bu kapsamda iyileŖme sağlamak amacıyla verilerin toplanması, analizi ve yorumlanması konusunda bir mutabakat oluŖması beklenmektedir. Söz konusu projenin uluslararası düzlemde uzlaşılmış indikatörler bazında ölçüm, raporlama ve kıyaslama³⁵ olanağı sağlaması nedeniyle önemli bir geliŖme fırsatı su-

hem de sınıflandırma ve raporlama işlemlerini kolaylaştıracak Ŗekle kavuŖturulması mümkündür. Örneğin olay kategorileri arasında düŖme ile ilgili olarak sadece tek bir kutucuğun konması, düŖmenin nerede ve nasıl olduğunu klasifiye etmeye elveriŖli olmamaktadır. Bu nedenle düŖme kutucuğu iŖaretlendiđinde altında düŖmenin nereden, hangi pozisyonda iken vb. gerekleŖtiđine ilişkin alt kırımların forma yerleŖtirilmesi mümkündür.

³² Bu konuda bakınız Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) in Health Care, Joint Commission Resources.2005

³³ Söz konusu hasta güvenliği indikatörlerine ve hesaplanma, raporlanma sistematiğine ilişkin bilgilere http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm adresinden ulaşılabilir.

³⁴ Bu konuda bakınız The International Classification for Patient Safety, www.who.int/patient_safety/taxonomy/en

³⁵ Ölçüm ve kıyaslama açısından ölkemizin katıldığı ve Dünya Sağlık Örgütü’nün

nacağı açıktır.

Raporlama sisteminin ülke çapında ortak indikatörler ve ortak hesaplama yöntemleri kullanılarak yapılandırılması da mümkündür. Bu konuda Minesotta Eyaleti'nde uygulanan sistem ilgili yazında örnek olarak tartışılmaktadır (Cambren: 2009). Minesotta Eyaleti altı ana kategoride 28 maddelik *Ciddi ve Önlenmesi Mümkün ve Asla Olmaması Gereken Olay Listesi*'ni yasa olarak kabul edilmiştir. Sağlık kuruluşlarının iç işleyişlerini bu yasaya göre düzenlemeleri ve bu listedeki olayların gerçekleşmesi halinde 15 gün içerisinde resmi olarak bildirimde bulunmaları zorunlu hale getirilmiştir.^{36*}

Teknik Müdahale Stratejisi 3: Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Örgütsel Yapının Oluşturulması

Hastanelerde yürütülecek hasta güvenliği sistemi oluşturma projesinin üst yönetimin gözetimi altında yürütülmesi gerekmektedir. Kalite kurulu veya konseyi gibi bir üst düzey yapılanmanın bu faaliyetlerin sorumluluğunu üstlenmesi kaçınılmazdır. Üst yönetimin hasta güvenliği açısından üstlendiği rol ve önemi açık olmakla birlikte, hasta güvenliği bir hastanede rutin, düzenli olarak yapılması gereken operasyonel işleri zorunlu kılmaktadır. Ameliyathane yönetimi, laboratuvar yönetimi, ilaç ve tıbbi malzeme yönetimi nasıl günlük olarak yürütülmesi gereken bir faaliyetler ve görevler dizisini gerektiriyorsa, hasta güvenliği de özellikle hasta güvenliğini tehdit eden olayları raporlama sisteminin etkin şekilde işlediği büyük kuruluşlarda operasyonel bir yapıyı gerektirmektedir.

Konuyu “yatarak bakım alan bir hastanın pencereden atlayarak intihar etme girişiminde bulunduğu” ilişkin bir olay bildirildiğinde yürütülmesi gereken faaliyetleri örnek vererek tartışmak mümkündür. Örnek verilen olay bildirildiğinde bu bildirim evrak kayıt sistemine girmesi ve yazışma kurallarına uygun şekilde ilgili kişilere iletilmesi gerekmektedir. Doğal olarak birinci öncelik hastanın rahatlatılması, gerekli müdahalenin yapılması ve ihtiyaç duyduğu desteğin sağlanmasıdır. Diğer taraftan hızlı bir şekilde olay bildirimini yapan kişi ile görüşülmesi, olayın nasıl gerçekleştiği, olaya nasıl müdahale edildiği ve hastanın durumu gibi detayların öğ-önderlik ettiği bir diğer proje ise PATH Projesidir. Sağlık Bakanlığı inisiyatifi ile projeye katılan kamu ve özel hastaneler ortak indikatörler bazında veri toplamaktadır. Bu konuda bakınız <http://www.path.saglik.gov.tr>.

³⁶ Bu tür olay bildiriminde bulunan hastanelerin ayrıca sebep-sonuç analizleri yaparak soruna ilişkin iyileştirme planlarını da Eyalet Sağlık Departmanına teslim etmeleri gerekmektedir. Sağlık Departmanı bu iyileştirme planlarını incelemekte, her kategori bazında olay bildirimlerinin nasıl bir trend izlediğini belirlemekte ve gerekli eğitimleri eyalet ölçeğinde planlamaktadır. Ayrıca eyalet ölçeğinde Yıllık Olay Bildirim Raporu yayınlayarak bulguları kamuoyu ile paylaşmaktadır (Cambren:2009)

renilmesi gerekmektedir. Eş zamanlı olarak daima kontrollü şekilde açılması – psikiyatri kliniklerinde tümüyle kapalı olması - gereken klinik penceresinin kapalı konuma alınması ve nasıl açık duruma geldiğinin incelenmesi önem taşımaktadır. Olay yerinde yapılan incelemenin ve ilgili yöneticiler tarafından planlanan ve uygulanan düzeltici faaliyetlerin kayıt altına alınması bir diğer işlemdir. Ancak bu aşamada kritik olan nokta “bir hasta odasının penceresi tümüyle açık konuma gelmiş ise bu durumun diğer klinikler için de geçerli” olabileceği olasılığının düşünülmesidir. Bu amaçla tesis güvenliğinden sorumlu yönetici tarafından hızlı bir tesis turu düzenlenerek klinik pencerelerinin kontrol edilmesi ve bu denetimin kayıt altına alınması gerekmektedir. Aksaklık saptanan hasta odalarında pencerelerin zaman geçirmeden kontrollü açılır konuma alınması önem taşımaktadır. Bu kapsamda ayrıca pencerelerin kontrollü açılır konumunu bozma olasılığı olan klinik personeli, temizlik görevlisi ve hasta yakınlarının konunun önemi bağlamında farkındalığın sağlanması gerekmektedir. Son olarak intihar girişimi hastanın ölümü veya fonksiyon kaybıyla sonuçlanma potansiyeli taşıdığı için hastane performans ölçüm sistemine kaydedilerek kuruluş ölçeğinde duyurulması gerekmektedir. Olayın aylık kalite konseyi/kalite yürütme kurulu gündemine alınarak değerlendirilmesi de önem taşımaktadır.

Görüldüğü üzere tek bir olay bildirimini, önemli sayıda işlem ve faaliyetin yürütülmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda hastanelerde hasta güvenliği sisteminin operasyonel sorumluluğu kalite koordinatörlüğü³⁷ gibi bir birime veya bir komiteye verilebilir. Bir hasta güvenliği komitesi oluşturulması durumunda söz konusu yapı içinde hasta güvenliği açısından kritik rol oynayan süreçler veya birimlerden sorumlu yöneticilerin bulunması faydalı olacaktır. Böylece hasta güvenliğini riske eden bir olay gerçekleştiğinde konuyla ilgili işleyişe hakim ve gerekli yetkiye sahip kişilerle etkili ve hızlı çözüm üretilmesi mümkün olmaktadır. Bu yapılanma hasta güvenliğine ilişkin faaliyetleri planlama, izleme, gerekli çözümlerin üretilmesini ve önlem alınmasını sağlama ve dönemsel rapor hazırlayarak üst yönetime sunmakla sorumludur.

Bundan başka, hasta güvenliğini esas alan bir sistem, hasta bakım hizmeti sunan ve bu hizmetlerin sunumunu destekleyen tüm birim ve bölümlerin topyekün katılımı ile gerçekleştirilir. Dolayısıyla hasta bakımında görev alan hiçbir hizmet birimi veya kişi hasta güvenliğini sağlama çalışmalarının dışında kalmaz. Çünkü Stephan Covey (2008)'in tabiriyle üst yönetimin “Olimpos Dağından ateşi getirmesini” bekleyen bir hastanede hasta güvenliği sağlanamaz. Sağlık hizmetinin hasta güvenliğini esas alarak sunulması, hasta güvenliğini tehdit eden olayların tespiti,

³⁷ Bu nedenle hasta güvenliği kültürü / iklimi değerlendirme ölçeklerinde hem üst yönetimin hem de birim yöneticilerinin liderlik rollerini ne derecede yerine getirdiklerine ilişkin çalışan algıları sorgulanmaktadır. Bu anketlere metin içerisinde atılarak kaynakçada yer verilmiş olan ve görgül çalışmaları içeren makalelerden ulaşılabilir.

bildirimi, nedenlerinin analizi ve iyileştirmeye yönelik çözümlerin üretilmesi ilgili klinik veya birimin yöneticisinin ve çalışanlarının sorumluluğundadır. Çünkü, “sorunlara yakın olanların, çözümlere de yakın oldukları” açıktır. Bu nedenle kuruluş ölçeğinde katılım ve koordinasyonu sağlamak amacıyla mevcut örgütsel yapılanmaya paralel olarak üzüm salkımı şeklinde bir örgütlenme içinde departman/klinik ve birim kalite iyileştirme kurul veya komitelerinin oluşturulması etkin sonuçlar yaratabilecektir.

B. Süreçlerin yeniden yapılandırılması

Hasta güvenliği sistemi kurmanın teknik ön koşullarının yanı sıra çalışanların hasta güvenliğini esas alan bir davranış modelinin benimsenmesini sağlamak amacıyla kuruluşun işleyiş sisteminin yeniden düzenlenmesi kaçınılmazdır. Yukarıda da tartışıldığı üzere Schineider ile O'Reilly ve Chatmann'a göre kültürel bir değişim için katılım, iletişim, liderlik, ödüllendirme gibi organizasyonel süreçler üzerinde odaklanmak gerekmektedir. Bu kapsamda hasta güvenliği sisteminin etkinliği açısından anahtar role sahip organizasyonel süreçler bazında yürütülmesi gereken faaliyetler aşağıda açıklanmıştır:

Davranışsal Müdahale Stratejisi 1: Liderlik Süreçlerinin Yeniden Yapılandırılması

Hasta güvenliği şüphesiz kuruluşun üst yönetiminin sorumluluğundadır. Bir diğer ifade ile hastane başhekimisi ve varsa kalite konseyi, kalite yürütme kurulu hasta güvenliğini esas alan bir çalışma sistemi oluşturma ve devamlılığını sağlamakla yükümlüdür. Yönetim Bilimi'nin Henry Fayol'dan bu yana en temel prensiplerinden biri “yetkilerin sorumluluklar ile eşit olması”dır. Bilindiği gibi yasalarımıza göre hasta güvenliğinin kasıtlı ya da kasıtsız olarak ihlal edilmesi durumunda hastane üst yönetimi sorumludur. Dolayısıyla bu ağır sorumluluğun karşılığı olarak hastane üst yöneticilerinin kendi kuruluşlarında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik bir yapı, işleyiş ve kayıt sistemi kurma yetkisini kullanmaları gerekir. Toplam Kalite Yönetimi literatüründe sıklıkla ifade edildiği gibi bu görev “delege edilemez, kutsal bir görevdir ve (hasta güvenliği) yönetimin tercihinin bırakılmış bir konu değil, tarihsel bir zorunluluktur.”

Araştırmalar (Naveh: 2005), yöneticilerinin hasta güvenliğine sahip çıkarak gücünü bu yönde kullandığında tedavi hatalarının azaldığını göstermektedir. Zohar (2002/a) yönetimin liderlik rolünü üstlenmediği durumlarda güvenlik konusunun önceliği ne kadar vurgulansa da kaza veya hataların sayısında azalma olmadığını; güçlü bir liderlik altında faaliyette bulunan, güvenlik konusunun önceliğinin kesinlikle vurgulandığı birimlerde güvenlik açısından risk düzeyinin düştüğünü tespit etmiştir.

Bu bağlamda yöneticilerin hasta güvenliği sağlama seferberliğine liderlik etmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Güvenlik literatüründe–tıpkı kalite yönetimi

literatüründe olduğu gibi liderlik rolü sadece üst yönetime değil aynı zamanda bölüm, klinik gibi birimlerin başındaki operasyonel yöneticilere de atfedilmektedir. Üst yönetiminin hastanenin misyon ve vizyonunda hasta güvenliğine verilen önemi yansıtan ifadelere yer vererek, kuruluşun stratejik planına hasta güvenliğine ilişkin hedefler ekleyerek ve konuyu sahiplendiğini *söylem ve eylemleri* ile - aldığı kararlar ile - destekleyerek liderlik rolünü yerine getirmesi gerekmektedir. Bundan başka, sağlık kuruluşunda hasta güvenliği sağlama adına çaba gösteren, advers olay bildirimleri ile sistemin risklerden arındırılmasına katkıda bulunan personelin yönetim tarafından takdir edilmesi ve ödüllendirilmesi de üst yönetimin liderlik rolü kapsamındadır. Böylece ‘‘ neyin önemli olduğu, yönetim tarafından arzu edilen davranışın ne olduğu, çalışanların hangi davranışlarının yönetim tarafından kabul göreceği ‘‘ kendilerine iletilmiş olacaktır.

Ancak, güvenlik meselesi günlük iş pratiği içinde tezahür ettiği için çalışanların doğrudan bağlı oldukları operasyonel yöneticilerin de tutum, davranış ve uygulamaları ile hasta güvenliği konusuna liderlik etmeleri gerekmektedir.³⁸ Örneğin hastane üst yönetiminin ilaç uygulama hatalarının azaltılması amacıyla toplandırlar, eğitimler ve duyurular yapması, elektronik order sistemine ve hasta bazlı ilaç hazırlama sistemlerine yatırım yapması, eczacı sayısını arttırması, uzmanlığa değer vererek yetkisini ilaç yönetimi sürecinden sorumlu yetkin bir takım ile paylaşması konuya verdiği önem ve önceliği yansıtacaktır. Ancak, klinik sorumlusu hemşirenin kendi ekibinde görev yapan hemşireleri ‘‘hasta bakım alanlarında ilaç yönetimi³⁹ ilke ve kurallarına uygun davranma açısından önderlik etmesi, kimlik doğrulaması yapmadan ilaç uygulamama konusunda astlarını izlemesi ve kendilerine olumlu – olumsuz geri bildirim vermesi çok hayati bir işlev üstlenecektir. Bu örnekte de görüldüğü üzere üst yönetimin yanı sıra operasyonel birim yöneticilerinin rol modeli oluşturması ve kendi ekibine liderlik yapması hasta güvenliğinin günlük rutinin doğal bir parçası haline gelmesini sağlayacaktır.

³⁸ Kontrole tabi, yüksek riskli, soğuk zincirde korunması gereken, hastaların yanlarında getirdiği gibi hasta bakım alanlarında farklı koşullar altında bulundurulanan, saklanan, iadesi veya imhası belirli kurallara bağlı olan ilaçların yönetimi kliniklerde hemşirelerin görev ve sorumlulukları kapsamındadır. Bu nedenle ilgili prosedür ve talimatlara uygun davranarak ilaç yönetimi bağlamında kliniklerde hasta güvenliğinin sağlanması büyük ölçüde hemşirelerin sorumluluğundadır.

³⁹ Bu örneği de yukarıda tartışılan ‘‘birim yöneticisinin liderlik rolü’’ bağlamında tartışmak mümkündür. Şüphesiz üst yönetimin bu kararlarının uygulanması ameliyathaneden sorumlusu yöneticinin görev kapsamındadır. Söz konusu ameliyathane yöneticisinin konuya verdiği önem, kuralların istisnasız uygulanması açısından gösterdiği kararlılık kendine bağlı ameliyathane personeli tarafından algılandığında ameliyathane ortamında güvenlik iklimi yaratılmış olmaktadır. Bir diğer ifade ile çalışanlar hem üst yönetimin hem de kendilerinin bağlı olduğu yöneticinin hasta güvenliğini öncelikli olarak ele aldığını, kendilerinden de bu konuda kurallara uygun davranış beklendiğini anlamış olmaktadır.

Konuya uygulamacı gözüyle bakıldığında hasta güvenliği ve liderlik ilişkisi bağlamında vurgulanması gereken bir diğer nokta ise hasta kimliğini doğrulama sistemleri, temiz oda teknolojisi, el hijyeni kampanyaları, elektronik order ve tıbbi kayıt sistemi hasta güvenliğinin donanımsal alt yapısı üst yönetimin kaynak tahsisini gerektirdiğidir. Öte yandan “Cerrahi alan/ taraf işaretlemesi yapılmamış hastanın ameliyathaneye alınmaması”, “ameliyat raporu ve postoperatif order yazılmamış hastanın ameliyathaneden çıkartılmaması” gibi bazı kararların kuruluş içi dengeler nedeniyle ancak üst yönetim düzeyinde alınması halinde⁴⁰ uygulanabileceği açıklıktır (Tak vd :2008/b). Bu nedenle hasta güvenliği meselesinin *konudan sorumlu bir ara kademe yöneticiye* bırakılmayacağı, üst yönetimin sistemin içinde bizzat ve karar alıcı olarak lider rolü üstlenmesi gerektiği sonucuna varmak mümkündür.

Davranışsal Müdahale Stratejisi 2: İletişim Sisteminin Yeniden Yapılandırılması

İletişim, hasta güvenliği sisteminin oluşturulması amacıyla mutlaka yeniden yapılandırılması gereken bir süreçtir. Konuyu önce Örgütsel Davranış ve Sosyal Psikoloji bağlamında değerlendirerek önemini vurgulamak faydalı olacaktır.

Çalışanların davranışlarını anlamak için bu davranışın olduğu ve uyarıldığı enforsasyonel ve sosyal çevrenin incelenmesi gerekir. Bilginin en önemli kaynaklarından biri çalışanın birincil sosyal çevresidir. Sosyal çevre bireye olayları kavramsallaştırması ve yorumlaması için ip uçları sağlamakta ve kişinin tutum ve görüşlerinin *ne olması gerektiğini* söylemektedir. Sosyal bağlam doğrudan veya dolaylı olarak kişilerin tutumlarını etkilemektedir. Bu etki iki ayrı mekanizma ile oluşmaktadır. Enforsasyona dayalı sosyal etki, kabul edilebilir tutum, inanç ve makul davranışların neler olduğuna dair bir ortak anlayış, bir anlamlar bütünlüğü yaratmaktadır. Diğer taraftan bireyin davranışları ve bu davranışların sonuçları hakkında beklentileri bildiren bir enforsasyon akışı oluşturulup bireyin dikkati bu noktaya çekildiğinde sosyal bağlamın dolaylı etkisi ortaya çıkmaktadır. Bu durumda bağlam manupüle edilerek, örneğin ürünün – hasta güvenliğinin- önemi vurgulanarak işin önemli görülmesi sağlanabilmektedir. Dolayısıyla sosyal etkileme enforsasyon akışını kullanarak bireyin sisteme davranışsal olarak uyum göstermesini sağlamaktadır (Salancik ve Pfeffer:1978).

Berger ve Luckmann (1967) da sosyal bilimlerin en temel eserleri arasında kabul edilen çalışmasında her gerçekliğin önce zihinlerde, sonra ise gerçek hayatta inşa edildiğini vurgulamaktadır. Berger ve Luckmann bu inşa sürecini “*bir çocuğa çorbanın dökülmeden içilmesi gerektiği kuralının ya da çorbanın dökülmeden*”⁴⁰ Salancik ve Pfeffer (1978) bireylerin kendileri ile benzer olduklarını düşündükleri kişilerden gelen enforsasyona önem verdiklerini; örneğin işe yeni girenlerin normlar ve istenen standart davranış biçimi hakkında yönetimin ne söylediği yerine iş arkadaşlarından gelen bilgiye güvendiklerini belirtmektedirler.

içilmesinin - çocuk için önemli kişiler tarafından- kabul gören, ödüllendirilen bir davranış olduğuna dair gerçekliğin aile içinde nasıl inşa edildiği” örneği üzerinden anlatmaktadır.

Yönetim teorisi alanında çalışan akademik camianın bu iki önemli başyapıtından aktarılan tespitler bize, *hasta güvenliği kavramının ve önceliğinin sosyal bir gerçeklik olarak inşa edilmesi gerektiğini* söylemekte ve iletişim sisteminin de bu inşa sürecinde üstlendiği kritik rolü vurgulamaktadır. Bu tespitler doğrultusunda iletişim sisteminin çalışanlara “hasta güvenliğinin önemli ve öncelikli olduğu, hasta güvenliğini önceleyen bir iş pratiğinin yönetici ve iş arkadaşları tarafından kabul gören, beklenen ve arzu edilen bir davranış şekli olduğu” yönünde bir ortak inanışın yaratılması amacıyla kullanılabilceği açıktır.

İletişim sisteminin hasta güvenliğini sağlama açısından yarattığı etkiyi inceleyen akademik çalışmalar da bu kuramsal tespitleri desteklemektedir. Örneğin güvenlik iklimi konusunun babası kabul edilen Zohar (2002/b) tarafından yürütülen deneysel çalışma kapsamında iletişim ve liderlik süreçleri manupüle edilerek güvenlik ikliminin nasıl değiştiğini incelenmiştir. Bu kapsamda önce güvenlik ile ilgili eğitimler verilmiş ve güvenliği tehdit eden risklerin azaltılmasına ilişkin hedefler koyularak çalışanlara duyurulmuştur. Çalışanların güvenlik ile ilgili davranışlarında değişim olup-olmadığı izlenerek kendilerine, güvenliği riske edip-etmedikleri konusunda sürekli geri bildirim verilmiştir. Diğer taraftan birim yöneticilerinin farklı liderlik davranışları göstermeleri sağlanarak etkileri ölçmüştür. Araştırma bulguları güvenlik ile ilgili hedeflerin önceliği konusunda yeterli iletişim sağlanan ve çalışanlara sürekli geri bildirim verilen birimlerinde güvenlik seviyesinin önemli ölçüde ve istikrarlı şekilde yükseldiğini göstermektedir (2002/b). Doğrudan hasta güvenliğini ve özellikle de tedavi hatalarının ortam kaynaklı nedenlerini inceleyen çalışmasında Naveh (2005) de bakım ekibinde yer alanlar arasında⁴¹ sık ve açık bir bilgi akışı olan birimlerde tedavi hatalarının azaldığını ampirik olarak kanıtlamıştır. Dolayısıyla iletişim sürecinin yönetim- çalışanlar- hastalar- iş arkadaşları gibi çok sayıda aktör arasında ve karşılıklı olarak gerçekleştiği ve bu sayede hasta güvenliği kavramının zihinlerde inşa edildiği açıktır.

İletişim sürecinin hasta güvenliği açısından üstlendiği rolün davranışsal boyutunun yanı sıra teknik boyutu ile de tartışılması ve “nasıl” ın bilgisinin paylaşılması gerekmektedir. Bu kapsamda hasta güvenliğine ilişkin yazılı, görsel ve işitsel materyallerin kullanımı önerilebilir. Afiş, poster, bülten, klinik panoları görsel eğitimin de bir parçası olarak hasta güvenliğinin, ulaşılmak istenen hedeflerin ve

⁴¹ Örneğin cerrahi güvenlik kontrol listesinin doğru şekilde kullanımını veya hemşirenin hastayı iki kimlik belirteci kullanarak doğrulama yaptıktan sonra ilacı uyguladığını gösteren filmlerin hastane içi bilgi ağı üzerinde bulundurulması hem eğitim hem de iletişim açısından hasta güvenliği sistemi kurma çabalarını destekleyecektir.

hasta güvenliğinin o hastanede hangi politikalar, prosedürler, talimatlar doğrultusunda günlük çalışmayı düzenlediğinin duyurulması açısından önem taşımaktadır. Özellikle klinik panoları hasta güvenliğine ilişkin olarak takip edilen indikatörler bazında yapılan ölçüm sonuçlarının ve iyi uygulama örneklerinin paylaşımına imkan veren çok işlevsel iletişim araçları olarak kullanılabilir (Tak vd: 2009/b).

Davranışsal Müdahale Stratejisi 3: İnsan Kaynakları Sistemlerinin Yeniden Yapılandırılması

Hastanelerde yürütülen kalite ve akreditasyon çalışmalarında tıbbi süreçlerin yeniden yapılandırılması daha kolay gerçekleşmektedir. Çünkü son tahlilde tıbbi süreçlerin omurgası tanı koyma ve tedavi algoritmalarıdır. Bu nedenle ana prosedür akışına ilgili hasta güvenliği ilkelerini implant etmek çoğu kez yeterlidir. Ancak, insan kaynakları yönetimi, tesis yönetimi gibi tıbbi olmayan süreçlerin hizmet kalitesi ve hasta güvenliği açısından yeniden yapılandırılması oldukça zor ve zaman alıcıdır (Tak ve Sayılar : 2009/b) .

Hasta güvenliği sisteminin yapılandırılması açısından insan kaynakları yönetimi çok kritik bir rol üstlenmektedir. Yukarıda da belirtildiği üzere advers olaylar ve tıbbi hataların büyük bölümü insan hatasından kaynaklanmaktadır. Hatırlanacağı üzere James Reason (1990) kusur ve hataları birbirinden ayırmakta ve kusurların beceri eksikliğinden, hataların ise bilgi yetersizliği ve kuralları bilmemekten kaynaklandığını belirtmekteydi Bu perspektif ile bakıldığında insan kaynakları yönetimi, sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin eğitim, bilgi ve beceri yetersizliği nedeniyle doğabilecek advers olayların önlenmesi açısından hayati öneme sahiptir. Bu nedenle insan kaynakları sisteminin aşağıda tartışılan unsurlar dikkate alınarak yapılandırılması önerilebilir:

Öncelikle görev tanımlarının tümü revize edilerek yönetici, hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin görev tanımlarına hasta güvenliği açısından üstlendikleri rol ve sorumluluklar eklenmelidir. Atama ve görevlendirmede hekim ve hemşirelerin görevlendirilecekleri hasta bakım alanı için gerekli yetkinliklere sahip olmaları sağlanmalıdır. Doğal olarak bu yetkinlikler ilgili pozisyonlara ait görev tanımlarında belirlenmiş olmalıdır. Bundan başka insan kaynakları süreçlerini düzenleyen prosedürlerde de kritik birim ve pozisyonlara ilişkin gerekli yetkinlik profilleri tanımlanmış olmalıdır. Örneğin eğitim veya oryantasyon prosedürü, yoğun bakım üniteleri, yeni doğan ünitesi gibi hasta bakım alanlarında , kemoterapi ve kan transfüzyonu gibi yüksek riskli hizmetlerin sunumunda görevlendirilecek hemşirelerin sahip olması gereken kurs, sertifika,⁴² deneyim gibi koşulları açıklıyor olmalı-

⁴² Bilindiği üzere Yoğun Bakım Üniteleri ve Yeni doğan ünitelerinin işleyişleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olan yönerge ve tebliğler ile düzenlenmiştir. Dolayısıyla bu birimlerde görevlendirilecek kişilerin mevzuatta belirtilen yetkinlik-

dır. Benzer şekilde resusitasyon hizmetlerinde ve KPR ekibinde görevlendirilecek hekim ve hemşirelerin ileri yaşam desteği sertifikalarına sahip olmaları ve bu sertifikaların iki yıl için geçerli olacağı belirtilmiş olmalıdır. Bazı yetkinliklerin bir kısmı kurum içi eğitimler ile kazanılabildiği bu eğitimlerin sıralanan özellikli birimler ve riskli hizmetlerin sunulduğu alanlara ait göreve/birime oryantasyon programlarına eklenmesi önerilebilir.

Hasta güvenliği sisteminin etkinliği, hasta güvenliğini riske edebilecek kişilerin belirlenmesini sağlayacak ve yetkin olmayanların kritik pozisyonlara gelmesinin önlenmesine bağlıdır. Bu kapsamda hekimler için yetkilendirme sistemleri kurularak her bir hekimin hangi hasta ve hastalıkların tedavi sürecini yönetebileceği, hangi cerrahi, invaziv ve non-invaziv girişimleri yapmaya yetkin olduğu belirlenmelidir. Şüphesiz bu sonsuza dek verilmiş⁴³ bir yetki olamaz. Bilimsel gelişmeler, o işleme ilişkin yeni kurs veya sertifikasyon gerekleri veya hekimin dönem içinde yol açtığı hasta güvenliğini riske eden olaylar bu yetkinliğin yenilenip- yenilenmemesi ni belirleyecektir.

Bu kapsamda ayrıca bireysel performans ölçüm sistemine hasta güvenliği-ne ilişkin değerlendirme kriterlerinin eklenmesi önerilebilir. Böylece aktif olarak hasta bakım süreçlerinde görev alan kişilerin hasta güvenliğine önem vermeleri sağlanmış olacaktır. Ancak bu durumun advers olay bildirimlerini caydırabileceği de dikkate alınması gereken bir risktir. Bu nedenle sistemin tasarım aşamasında dikkatli olmak, tasarlanan performans ölçüm modellerini pilot çalışmalar ile sınyarak şekillendirmek fayda sağlayabilecektir.

İnsan kaynakları süreçlerinin yeniden yapılandırılması kapsamında son olarak hasta güvenliğini sağlamaya yönelik eğitimlerin planlanması ve uygulanması konusu üzerinde durmak gerekmektedir. Schineider (1990), çalışanların yaratılması arzu edilen yeni ortamda nasıl davranmaları gerektiğini bilmeleri için eğitim ve oryantasyonun önemini vurgulamaktadır. Gerçekten de hasta güvenliğine yönelik eğitimler hasta güvenliğini ilke edinen bir yapı ve işleyiş sistemi kurma açısından kritik rol üstlenmektedir. Bu kapsamda hasta güvenliğine yönelik eğitimler iki seviyede planlanabilir. İlki, tüm hastane mensuplarına yönelik olarak hasta güvenliğinin ne olduğu, ülkemizdeki konuya ilişkin mevzuatı ve hastanede hasta güvenliğini sağlamak amacıyla hangi prosedür, talimat ve formların kullanıldığı hakkında genel bir bilgilendirmeyi amaçlamalıdır. Söz konusu gruba verilen eğitimin hedefi, genel bir duyarlılık yaratmak ve kişinin hasta güvenliğini ihlal eden bir olay veya durum ile karşılaştığında nasıl davranacağını öğretmektir. Bu eğitimin işe yeni başlayanlara

lere sahip olmaları yasal olarak da zorunludur.

⁴³ Kamu hastanelerinde yasalarının hekime verdiği hak ve yetkilerin geçici bir süre için bile elinden alınması durumunda hastane yönetimini hukuki süreçlerle karşı karşıya getireceği açıktır.

kuruma oryantasyon programı kapsamında verilmesi mümkündür.

Hasta bakımında görev alan hekim, hemşire, eczacı, fizyoterapist ve diğer sağlık personeline ise “nasıl”ın bilgisini de elde edecekleri eğitimlerin verilmesi gerekmektedir. Böylece hasta güvenliğinin nasıl sağlanacağı teorik olarak bilinmesinin yanı sıra günlük iş pratiğinin bir parçası haline gelmesi mümkün olacaktır. Uygulamacılara yani bizzat hasta bakım süreçlerinde göre alan personelin eğitiminde teorik bilgilendirmenin yanı sıra film, fotoğraf gibi görsel materyaller ile örnek olay ve rol oynama yöntemleri kullanılmalıdır (Tak vd. 2008/c). Hasta güvenliği eğitiminde simülasyon tekniğinin deneysel öğrenme sağlayarak etkin sonuçlar verdiği belirtilmektedir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası ölçüme dayalı bir çalışmada (Sittner vd. 2009) simülasyon tekniğinin hasta güvenliği bilincinin oluşmasında ve davranışsal değişim açısından önemli katkı sağladığı tespit edilmiştir.

Hasta bakım süreçlerinde aktif olarak görev alan çalışanlara verilen eğitimlerin etkinliğinin ölçümü de özellik taşıyan bir konudur. Hasta güvenliğini riske edebilecek bir uygulama içinde olan çalışanların eğitim yoluyla bu yetkinliğe sahip olup-olmadığının ölçümü geri bildirim anketleri ile yapılmamalıdır (Tak ve diğerleri,; 2009/d). Bunun yerine kapalı uçlu az sayıda sorudan oluşan sınavların yapılması önerilebilir. Bu sınavlarda örneğin 70’in altında not alan veya soruların en azından %80’inini doğru şekilde yanıtlamayan kişiler tekrar eğitime alınabilir. Bir diğer seçenek olarak da kontrol listesi yardımıyla bakım veren kişinin sahada gözlenerek ve/veya sözlü olarak bilgisi test edilerek listede yaralan unsurlar açısından değerlendirilmesi mümkündür. Örneğin ilaç uygulayan bir hemşirenin hasta odasında, klinik sorumlusu tarafından gözlenerek kimlik doğrulaması yapıp yapmadığı, hastanın veya yakınlarının katılımını sağlayıp- sağlamadığı gibi unsurlar değerlendirilerek kontrol listesi üzerinde işaretleme yapılabilir. Benzer şekilde el hijyeni takip çizelgeleri kullanılarak bakım verenlerin gerekli işlemlerden önce ve sonra , doğru şekilde ellerini yıkayıp- yıkamadıkları değerlendirilebilir. Eğitim etkinliğini ölçmeye yönelik sınav soruları ve kontrol listeleri hasta güvenliğinin sağlanmasına ilişkin mevzuat, kural ve hastanenin yayınladığı prosedür ve talimatlara dayalı olmak zorundadır. Dolayısıyla hasta güvenliğine ilişkin mevzuat, politika ve kurallar değiştiğinde, eğitim etkinlik ölçüm yönteminin de gözden geçirilmesi kaçınılmazdır.

Şüphesiz en etkili eğitimler kuruluşun veya kişinin deneyimleri yoluyla gerçekleşenlerdir. Bir diğer ifade ile hastanede hasta güvenliğini ihlal eden bir uygulama yaşandığında kalıcı öğrenme sağlanabilmektedir. Örneğin, hemşirenin düşme riski açısından değerlendirip herhangi bir önlem almayı gerekli görmediği bir hastanın invaziv girişim uygulandığı için kendi nöbeti sırasında düşmesi, girişim uygulanan hastalar için önleyici tedbir alması gerektiğini öğrenecektir. Benzer şekilde acil servisten ameliyathaneye gönderilen hasta ile birlikte yoğun bakım ünitesine yatışına karar verilen başka bir hastaya ait dosyanın gönderilmesi, acil servisten gönderilen hastaların kimlik doğrulamasının bileklik, dosya ve şuur açık ise has-

tanın , değilse ailesinin katılımıyla yapılması ilkesinin “bir kural olduğu için değil; gerçekten hataya sebep olabildiği için” gerektiği öğrenilecektir. Bu deneysel öğrenmenin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi için “advers olay bildirim” sisteminin etkin şekilde işleme ve hasta güvenliğini tehdit eden bu tür uygunsuzluk sayılarının bir indikatör olarak izlenerek⁴⁴ paylaşılması hayati öneme sahiptir.

Davranışsal Müdahale Stratejisi 4: Hasta Güvenliğini Arttırma Çabalarına Kuruluş Ölçeğinde Katılımın Sağlanması

Hasta güvenliğinin hastanede öncelikli bir mesele haline gelmesi ve bir iş yapma biçimine dönüşmesi için tüm çalışanların bu değişime sahip çıkmaları ve bizzat katılmaları önem taşımaktadır Hasta güvenliği sistemi, hastanedeki tüm bölüm, birim ve meslek grubunun “*işidir*”. Örneğin teknik büro tıbbi cihazların bakım ve kalibrasyonu ve tesis güvenliği bağlamında hasta güvenliğini sağlamaktan sorumludur. Eczacı ilaç hazırlama aşamasından kaynaklanabilecek ilaç uygulama hatalarına yol açmamakla; hasta bakıcı ise hastanın tetkik birimine transportunu güvenli şekilde sağlamakla sorumludur. Bu örnekleri arttırmak mümkündür. Dolayısıyla hasta güvenliğini arttırma hedefinin yönetim, hekim, hemşire, diğer sağlık personeli ve destek hizmetlerde görev yapan personel dahil olmak üzere tüm birim, bölüm ve birey tarafından benimsenmesi önem taşımaktadır. Ancak bu süreçte çok önemli bir meslek grubu olan hekimlerin hasta güvenliği meselesine sahip çıkmaları ve görünür biçimde diğer çalışanlara önderlik etmeleri büyük önem taşımaktadır. Bunun nedenini yine Yönetim Literatüründen yararlanarak tartışmak mümkündür:

Scott’a (1982) göre hastaneler idari değil mesleki⁴⁵ olarak yapılandırılmış organizasyonlardır. Bu nedenle hekimler mesleklerini icra ederken aynı zamanda örgütsel yapılanmaya da hakim olmaktadır. İdari örgütlenme hastanede hangi hizmetlerin kimler tarafından verileceğini belirleme gücüne çoğunlukla sahip olamamaktadır. Çünkü hangi tanı veya tedavi amaçlı hizmetin, hangi uzmanlık grubu tarafından verileceği, belirli bir hizmeti verecek kişinin sahip olması gereken uzmanlık, kurs, sertifika gibi ilave yetkinliklerin neler olduğu mesleki örgütler ve yasal düzenlemeler tarafından belirlenmektedir. Hatta hastanelerde yönetsel hiyerarşi yerine hekimlerin baskın bir grup olarak astlarının ve diğer meslek gruplarının çalışmalarını koordine ve kontrol ettiği son derece katı bir hiyerarşik yapılanmanın mevcut oldu-

⁴⁴ Bu konuda bakınız Sentinel Events: Evaluating Cause and Planning Improvement. (1998). Joint Commission Resources 2nd Edition. U.S.A . Overcoming Performance Measurement Challenges For Hospital.(2005). Joint Commission Resources. Illinois.

⁴⁵ Hasta güvenliğini önceleyen bir çalışma tarzının norm haline gelmesi için hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin yetiştiren okulların ve bu grupları temsil eden meslek örgütlerinin hasta güvenliğinin profesyonel bir norm haline gelmesi yönünde çaba göstermeleri önem taşımaktadır.

ğunu vurgulamaktadır.⁴⁶ Perrow da (1961) hastanelerde hekimlerin hastane içinde gölge bir örgüt oluşturduklarına ve “karizmatik bir yetki” ile hem komuta hem de kurmay rol üstlendiklerine dikkat çekmektedir. Dolayısıyla hasta güvenliğini esas alan bir iş görme usulünün norm haline gelmesi açısından, hastane yönetiminden ziyade, hiyerarşik yapılanmaya hakim olan kıdemli hekimlerin anahtar rol üstlendiklerini söylemek mümkündür. Çünkü - Berger ve Luckmann’ın (1966) ölümsüz tabiriyle bireyler, *kendileri için önem taşıyan “ötekiler”* ile özdeşleşmekte; onların tutum ve davranışlarını benimsemektedirler. Bu nedenle de kıdemli hekimlerin hem diğer meslek gruplarına ve hem de kendi meslektaşlarına rol modeli olmaları önem taşımaktadır.

Sağlık bilimlerine ilişkin kaynaklarda ayrıca “hasta ve yakınlarının tedavi ve bakım sürecine katılımları” vurgulanmakta ve hasta ve yakınlarının hasta güvenliğinin sağlanması sürecine de katılımı ilgili yazında tartışılmaktadır. Böylece hasta ve yakınlarının hasta güvenliği sisteminin bir parçası olarak sisteme implant edilmesinin hastayı riske edebilecek unsurların önünde “ilave bir bariyer” rolü üstlenebileceği görüşü savunulmaktadır (Johnstone ve Kanitsaki: 2009) . Clencross ve arkadaşları da (2004) kendisine uygulanacak tedaviyi bilen hastaların ve yakınlarının özellikle ilaç reçete/order etme, hazırlama ve uygulama hatalarının önlenmesinde çok önemli bir rol üstlendiğine dikkat çekmektedirler. Yazarlar, aldıkları ilaçlar hakkında net bir bilgiye sahip olan hastaların en iyi koruyucularının kendilerinin olduğunu belirtmektedirler.

Bu nedenle hasta güvenliğini riske eden olayların önlenmesi için hasta yakınlarının bakım ekibinin bir üyesi haline getirilmesi önerilmektedir. Bu kapsamda yatak başı hasta devirlerine hasta ve ailesinin katılımının sağlanması önerilmektedir (Cambern: 2009). Bir başka etkili uygulama örneği de “Bize Sorun” broşürleri bastırarak yataklı bakım ünitelerinde tüm hasta ve yakınlarına dağıtılmasıdır. Bu broşürlerle hasta ve yakınlarının uygulanan tedavi ve bakım, kullanılan ilaçlar, enfeksiyon önleme, cerrahi prosedürler, hasta güvenliği hakkında soru sormaları teşvik edilmektedir (Cambern: 2009). Bu yöntemin başarılı olması için elbette öncelikle hasta ve yakınlarının “güvenliğin sağlanmasına katılmayı” talep etmeleri gerekmektedir. Hastaların kendi güvenliklerini sahiplenmeye ve güvenliklerinin sağlanmasına katılmaya ilişkin tutum ve davranışlarını inceleyen araştırmalar (Elder vd, 2007) bu konuda olumlu bir tablo ortaya koymamaktadır.

Hasta ve yakınlarının hasta güvenliğinin sağlanması sürecine katılımı ayrıca makro planda da önem verilen bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü’nün Patients

⁴⁶ Yazarın gözlemi, ülkemizde hemşirelik mesleğinin de hastanelerde kendi hiyerarşisini katı bir biçimde oluşturduğu yönündedir. Dolayısıyla hekimler için yapılan çıkarsamaların hemşireler için de geçerli olduğu argümanı öne sürülebilir.

For Patient Safety Programı⁴⁷ ile hasta ve yakınlarının diğer paydaşlar ile birlikte hasta güvenliği politikalarının geliştirilmesi ve hasta güvenliğini riske eden olayların önlenmesi sürecine katılımı hedeflenmektedir. Hasta ve yakınlarının sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısını anlayamayacakları varsayımının ve hasta güvenliğini ihlal eden bir olay gerçekleştiğinde hasta ve yakınlarının “*sessizlik duvarı*”nın dışına atılarak yaptıkları her girişimin kuruluş veya mevcut sağlık sistemi karşıtlığı gibi algılanması eleştirilmektedir. Program kapsamında hasta ve yakınlarının deneyimleri ve gözlemlerinin sistemlerin analiz edilmesi ve iyileştirilmesi sürecine zengin bir bilgi kaynağı olarak katılması gerektiği savunulmaktadır. Diğer taraftan toplumun hasta güvenliği konusunu sahiplenmesi ve duyarlılığının artması açısından da katılımın önemi vurgulanmaktadır.

ÜÇÜNCÜ AŞAMA

Değişimin Sonuçlarını Ölçme ve Değerlendirme

Uygulanan değişim projesinin sonunda hasta güvenliği sistemi kurma ve işlerlik kazandırma açısından katedilen mesafenin ölçülmesi ve hedeflenen duruma ulaşma düzeyinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu değerlendirme faaliyetinin teknik ve davranışsal olmak üzere iki düzlemde yapılması mümkündür.

Teknik ölçümlerin hasta güvenliğine ilişkin bildirim sayıları, gerçekleşen veya gerçekleşmesine ramak kala tespit edilerek önlenen olayların incelenmesi yoluyla yapılması mümkündür. Eğer hasta güvenliğine ilişkin indikatörler belirlenmiş – ilaç uygulama hataları, düşme, yanlış taraf cerrahisi, girişim sırasında tıbbi malzeme veya ekipman unutma, enfeksiyon oranları, intihar girişimleri, tedaviye bağlı fonksiyon kayıpları gibi – ise bu indikatörler bazında zaman içinde sağlanan gelişme izlenebilir. Şüphesiz hasta güvenliği sistemi kurma aşmasında bu sayıların artması “iyiye dalalet” olarak görülmelidir. Yani, bildirim sayılarının artması hasta güvenliği sisteminin işlerlik kazanmaya başladığının emaresi olarak değerlendirilmelidir. Daha sonraki evrelerde ise her bir indikatör bazında olumlu bir trendin oluşması beklenmelidir.

Teknik ölçümün yanı sıra çalışanların hasta güvenliği konusundaki farkındalık ve bilinç düzeyinde bir artış olup- olmadığı, tutum ve davranışlarında olumlu bir iyileşme sağlanıp-sağlanmadığı incelenmelidir. Bu amaçla yine hasta güvenliği kültürü değerlendirme çalışmalarının sistem uygulamaya geçirildikten bir süre sonra tekrarlanması ve başlangıç aşamasına göre bir farklılık oluşup-oluşmadığının değerlendirilmesi faydalı olacaktır. Ölçüm sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yürütülmesi ve başlangıç aşamasında oluşturulan faaliyet planının güncellenmesi mümkündür.

Bu konuda şüphesiz Toplam Kalite Yönetiminin *ruhu ve lafzını* oluşturan

⁴⁷ Bu konuda bakınız http://www.who.int.patientsafety/patients_for_patient

Planla-Uygula-Kontrol Et- Önlem al (PDCA-PUKÖ) yaklaşımının benimsenmesi önerilebilir (Tak:2009/a). Kısaca değinmek gerekirse PDCA, metodolojik bir yaklaşımla problemlerin çözümlenmesi ve sistemin iyileştirilmesi olarak tanımlanabilir. Bu kapsamda kalite araç ve teknikleri kullanılarak iyileştirme çalışmaları yürütülmekte ve iyileştirme kapsamında iş akış sistemi veya süreçlerin yeniden tasarlanması, bazı durumlarda yeni süreç, işlem adımı veya prosedür ve talimat gibi yeni dokümanlar sisteme eklenmesi, gerekli ise insan, teknoloji, bilgi kaynaklarının tahsis edilmesi mümkün olmaktadır .

Ölçüm sonuçlarına göre hasta güvenliği sistemi kurma sürecinde hedefler oluşturulup çalışanlarla paylaşılmış olmasına ve yöneticilerin toplantılarda konuya verdikleri önemi sıklıkla vurguluyor olmalarına rağmen çalışanlar “hasta güvenliği konusuna yönetimin sahip çıkma düzeyini” yetersiz olarak algılıyorlar⁴⁸ ise, bu konuda mutlaka bir iyileştirme çalışması yürütülmesi gereklidir. Dolayısıyla hasta güvenliği kültürünün ölçümü sistemin kurulması sürecinde pusula görevi üstlenerek hem sağlanan iyileşmeyi göstermekte ve hem de yürütülmesi gereken ilave faaliyetleri planlama konusunda yönetime ışık tutmaktadır.

Hasta güvenliği kültürünün yerleşme düzeyinin ölçümü açısından ankete dayalı ölçümlerin yanı sıra kullanılacak diğer yöntem ise kuruluşun meslektaş denetimine açılmasıdır. Meslektaş denetimi hasta güvenliğinin bakım verenlerin günlük iş pratiğinin bir parçası haline gelmesi açısından faydalı bir yöntem olduğu ve Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği tarafından bu tür denetim sisteminin oluşturulduğu belirtilmektedir. (Stumpf ve Best: 2007) Konuyu akademik bir dergide tartışan yazarlar, bu yöntemde etkin sonuçlara ulaşmak için ‘’ denetimin gönüllü olması, meslektaşlardan oluşan bir ekibin denetimi gerçekleştirmesi, denetim sonuçlarının kesinlikle gizliliğinin sağlanması ve denetimin zorlayıcı olmayan önerilerle sonuçlanması ‘’ gerektiğinin altını çizmektedirler (Stumpf ve Best:2007)

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu çalışmada hasta güvenliği nedir ve hasta güvenliği sistemleri nasıl kurulabilir sorularına cevap aranmış ve sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği sistemi kurulması amacıyla yapı ve süreçlerin yeniden yapılandırılmasını içeren iki boyutlu bir yol haritası sunulmaya çalışılmıştır. Çalışmanın genel mesajı, hasta güvenliği konusunun hem bir *insanlık sorunu* hem de bir *insan sorunu* olduğu yönündedir. İnsanlık sorunudur çünkü önlenemez tıbbi hatalar çok büyük bir tehdittir. Bir insan sorunudur çünkü tıbbi hataların büyük çoğunluğu – sebebi sistem kaynaklı olsa bile

⁴⁸ Sözelimi yönetim hasta güvenliğini önceleyen söyleme rağmen hasta bilekliği temininde veya hasta güvenliğini riske eden bir tıbbi malzemenin kullanımının durdurulması konusunda duyarsız kalıyor ise çalışanların yönetim hakkında bu yönde ortak bir algıya sahip olması kaçınılmazdır.

- sağlık hizmetini üreten insanlar tarafından yapılmaktadır. Sonuç olarak sosyal ve ekonomik maliyeti toplumsal felaket sınırlarına ulaşan hasta güvenliği meselesinin doğru, bilimsel, açık, anlaşılabilir ve *yönetilebilir* bir sisteme tercüme edilmesi kaçınılmazdır.

Bu tespitlerden hareketle “elimizde ne var” diye baktığımızda karşımıza maalesef olumlu bir tablo çıkmamaktadır. Hasta güvenliği konusunda dünyada ve ülkemizde yeterince bilgi ve deneyim birikimi oluşmadığı ve konunun da zaten 2000’li yıllarda incelenmeye başladığı izlenmektedir. Henüz daha ortak bir dil ve sınıflandırma sisteminin bile mevcut olmadığı bu konunun hem akademik hem de uygulama düzleminde ele alınması ve “nasıl”ın bilgisinin üretilmesi kaçınılmazdır. Şüphesiz kuramsal bilgi olmadan genel kabul gören bir uygulama modelinin gelişmesi de mümkün olmayacaktır. Nitekim ne dünyada ne de ülkemizde hasta güvenliğine ilişkin net bir kavramsal çerçeve mevcut olmadığı açıktır.

Konuya uygulama boyutu ile baktığımızda da karşımıza benzer bir tablo çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, Institute of Medicine gibi kurumlar ile uygulama örnekleri yayınlarda aktarılan ABD, İngiltere, Kanada gibi ülkelerin sağlık hizmetlerini yöneten resmi kuruluşların çabalarına rağmen uygulama cephesinde de somut iyileşmelerin sağlanamadığı görülmektedir. Örneğin Utah ve Missouri Eyaletlerinde 2002 ve 2004 yıllarında 120’nin üzerinde hastanede yürütülen boy-lamsal bir çalışmada (Longo VD:2005) hastanelerde hasta güvenliği sistemi kurma konusunda beklenen iyileşmenin sağlanamadığı tespit edilmiştir. Araştırmacılar hasta güvenliği sistemi kurma ve uygulama sürecinin çok yavaş geliştiği ve sürece ivme kazandıracak girişimlerin yapılmasının gerektiğini belirtmektedirler.

Belirtilen nedenlerle konunun akademik camia, devlet yönetimleri ve sivil toplum olmak üzere üç ana aktör bağlamında tartışılması mümkündür:

Mali ve sosyal portresinin devasa boyutlara ulaşmasına rağmen güvenlik konusunun yönetim araştırmaları alanı dışında kalmaya devam ettiği (Zohar 2002/a), *çok sayıda kişiyi öldürebilme kapasitesine* kuruluş sayısının giderek artmasına rağmen bu kuruluşların nasıl dizayn edilmesi ve güvenli bir şekilde nasıl yönetilmesi gerektiğine önem ve zaman atfedilmediği (Roberts: 1990) vurgulanmaktadır. Güvenlik konusu sağlık sektörü bağlamına indirildiğinde ise konuya ilişkin akademik çalışma sayısının çok daha azaldığı görülmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği konusunda daha fazla akademik çalışma yürütülmesi gerekmektedir. Bu amaçla üniversitelerde yürütülen master, doktora ve doktora sonrası tez çalışmalarında Türkiye’de ve dünyada hasta güvenliği meselesini akademik düzlemde problematize edilmesi önem taşımaktadır. Bu konuda görev şüphesiz tez çalışmalarını yöneten öğretim üyelerine⁴⁹ düşmektedir. Çalışmanın kuramsal alt yapısını oluşturacak

⁴⁹ Sağlık Bakanlığı Kalite ve Performans Daire Başkanlığı’nın Akademik Destek

doğru araştırma problemlerinin formüle edilmesi ve bu problemin sahada “doğru bir yöntemle, doğru araçlar kullanılarak incelenmesi” kaçınılmazdır. Bu süreçte örneğin Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınladığı “Hasta Güvenliği Araştırmalarında Global Öncelikler Raporu”⁵⁰ bir referans çerçevesi olarak ele alınabilir.

Hasta güvenliğine ilişkin akademik yazının ve bilimsel temellere dayalı saha çalışmalarının yapılması için resmi kuruluşların ve sivil toplum örgütlerinin inisiyatif alması da önerilebilir. Örneğin Amerika’da işletmelerin sosyal sorumlulukları ve etik konusunda bilimsel bir alt yapı oluşumunu sağlamak üzere Business&Society Derneği, ilgili alanda çalışan akademisyenleri bir araya getirerek “araştırma problemleri” formüle etmiş ve bunu da özel bir sayıda yayınlamıştır (Business&Society, Eylül 1996 ve Aralık 2000) academia ile paylaşmıştır. Nitekim bu yayını izleyen dönemde akademik kalitesi yüksek kuramsal çalışma ve araştırmaların sayısında hızlı bir artış olduğu⁵¹ dikkat çekmektedir.

Ülkemiz bağlamında hasta güvenliği meselesinin boyutlarını ortaya koyan bir “*neredeyiz, karşımızdaki problemin büyüklüğü nedir*” mesajı veren bir çalışmanın resmi kuruluşlar veya sivil toplum örgütleri tarafından hazırlanarak toplumla paylaşılması da faydalı olabilecektir. Örneğin, IOM tarafından 2000 yılında yayınlanan “To Err is Human” Raporu ile akademik çalışma sayısının hızla arttığı; raporun yayınlanmasını takiben hasta güvenliğini konu alan makale sayısının 100.000’de 56’dan 164’e çıktığı; hasta güvenliği üzerine yapılan araştırma sayısının da yılda 100 000’de 24 den 41’e çıktığı tespit edilmiştir. Raporu izleyen 2001 yılında devlet tarafından desteklenen hasta güvenliği temalı ödüllerin sayısında ise %569’luk bir artış gerçekleşmiştir. (Stelflex vd. 2006 aktaran Cambern: 2009)

Bir diğer öneri ise “sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliği” konusunun bir değişim yönetimi, yönetim ve organizasyon sorunsalı olarak sosyal bilimciler tarafından incelenmesidir. Sağlık kuruluşları da son tahlilde birer “yönetilen varlıklar yani, örgütlerdir ve bireyler tutum ve davranışları ile bu örgütün içinde varolmaktadırlar”. Dolayısıyla “hasta güvenliği sistemi” de diğer yönetim sorunsalları gibi sağlık kuruluşları topluluğu, örgüt ve birey düzeyinde incelenmesi gereken bir sorundur. Dolayısıyla organizasyon teorisi, örgütsel davranış ve kalite yönetimi alanında çalışan sosyal bilimcilerin “hasta güvenliğini” bir hekimlik ve hemşirelik Programı da bu süreçte hasta güvenliğini konu edinen çalışmaların artmasını ve belirli konuların öncelenmesini sağlayabilecektir.

⁵⁰ Sağlık Bakanlığı tarafından ilk sayısı yayınlanan bu derginin ve hasta güvenliği temalı kongrelerin belirtilen işlevi üstlenmesi beklenebilir.

⁵¹ Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılı itibarıyla uygulamaya konan “Araştırma Ödülü” ve “En İyi Uygulama Ödülü” programının da bu anlamda olumlu bir rol üstlenmesi beklenebilir. Bu konuda bakınız <http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=46&mNewsDetail=201>

sorunu gibi algılayarak alanın dışında kalmaları mümkün değildir. (Vincent:2009 ve Ovretveit:2009) Nasıl ki bir havayolu şirketinin yönetsel sistemlerinin analizi ve yeniden yapılandırılması sivil veya askeri havacılık veya pilotluk-hosteslik eğitimi alanı olarak ele alınmıyorsa ve nasıl ki NASA'nın kalite yönetim sistemleri uzay bilimcilere ve astronotlara terk edilmemiş ise sağlık kuruluşlarının yönetsel işleyiş sistemlerinin hasta güvenliği paradigması ile yeniden yapılandırılması da sosyal bilimcilerin akademik ilgi alanında olmalıdır. Şüphesiz bu süreçte sağlık kuruluşlarının kompleks yapısı ve diğer kuruluşlardan farklı süreçler örüntüsüne sahip olması, sağlık alanında yetişmemiş akademisyenleri bir ölçüde caydırmaktadır. Bu sorunu aşmak amacıyla tıp akademisyenleri ile sosyal bilimcilerin ve gerektiğinde de endüstri-sistem mühendislerinin katılımıyla ortak çalışmalar yürütmeleri mümkündür.

KAYNAKLAR

- Alex B. Haynes, Thomas G. Weiser, William R. Berry, Stuart R. Lipsitz,, Abdel-Hadi S. Breizat,, E. Patchen Dellinger, Teodoro Herbosa, Sudhir Joseph, Pascience L. Kibatala,, Marie Carmela M. Lapitan, Alan F. Merry, Krishna Moorthy, Richard K. Reznick, Bryce Taylor, Atul A. Gawande, (2009) A Surgical Safety Checklist to Deduce Morbidity and Mortality in a Global Population , Safe Surgery Saves Lives Study Group.. The New England Journal of Medicine., January 2009, 360 , s. 491-9, www.nejm.org , Erişim: 5 Şubat 2010
- Berger, L.B., ve Luckmann, T. (1966). The Social Construction of Reality. Penguin Books.
- Botwinck,L., Bisagnuna,M. , Haraden,C. (2006). Leadership Guide to Patient Safety, Institute Of Healthcare Improvement, Innovation Serie, www.ihl.org.Camb-ridge.
- Cambern, K. (2009). A Quality Improvement Program. Developmental Follow-Up And Outcomes For Premature Infants-Immunology. Pediatrics and Child Health, Volume 19, Supplement 2, 172-175
- Covey, S (2008), Etkili İnsanlarının Yedi Alışkanlığı, Varlık Yayınlar, İstanbul
- Davis, T.R.V. (1988). Managing Culture at the Bottom. Gaining Control of the Corporate Culture. Administrative Science Quarterly, 36, 552-582.
- Deal, T.E. & Kennedy, A.A. (1982). Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life. Addison-Wesley.
- Denison, D.R. (1984). Bringing Corporate Culture to Bottom Line. Organizational Dynamics, 13.2, 05-22.
- Elder, N. (2007). Development of an Instrument to Measure Senior' Patient Safety Health Beliefs. Patient Education and Counseling, 69, 106-107.

- **Etzioni, A. (1961).** A Comparative Analysis of Complex Organizations. Glencoe. IL:Free Pres.
- **Fernandez, S. & Raines, H.G. (2006).** Managing Successful Organizational Change In The Public Sector. Public Administration Review, 66, 2.
- **Flin R, C Burns, K Mearns, S Yule, E M Robertson , (2006)** Measuring safety climate in health care ,Qual Saf Health Care 15: 109-115
- **French,W.(1969).** Organization Development: Objectives, Assumptions And Strategies. California Management Review, 12 (Winter).
- Glencross J I, Bates T, Thompson R, Shaw J M, Letts M, Dickinson D, Aylin P, Bottle A, Tanna S, Jarman B, Advers events Reporting in English Hospital Statistics, British Medical Journal, vol. 329, no.7470, October 2004, s. 856- 857
- **Hofmann D A, Stetzer A, (1998)** The Role of Safety Climate and Communication in Accident Interpretation: Implications For Learning From Negative Events, Academy of Management Journal, vol. 41, No. 6 (December 1998), s. 644- 657
- **Huse, E. F.,Cummings, T. G. (1985).** Organization Development And Change. Newyork.
- JCI International Patient Safety Goals.<http://www.jcipatientsafety.org>
- **Johnstone. M. & Kanitsaki, O. (2009).** Engaging Patients as Safety Partners, Health Policy, 90, 1-7.
- **Justin J. (2009).** Warning, Constructing and re-constructing narratives of patient safety. Social Science& Medicine, 69, 1722-1731.
- **Kaafarani, H. M. A., Itani I. M. F., Rosen A. K., Shibe Z., Hartmann C. W. & Gaba D. M. (2009).** How Does Patient Safety Culture In The Operating Room And Post- Anesthesia Care Unit Compare To The Rest Of The Hospital. The American Journal of Surgery, 198, 70-75.
- **Katz D., Kahn L. R, (1966)** The Social Psychology of Organizations, John Wiley&Sons , New York
- **Kilmann, R. R., Saxton, M. J.& Sepra, R. (1988).** Five Key Issues in Understanding and Changing Culture. Gaining Control of the Corporate Culture.
- **Kunda G. (1992),** Engineering Culture, Temple University Press: Philadelphia
- **Lewin, K. (1951).** Field Theory And Social Science. Newyork: Harper&Row.
- **Lippit, R., Watson, J., Westley, B. (1958).** The Dynamics Of Planned Change. New York: Harcourt, Brace and World.
- **Long D. R, Heweit J.E, Ge B, Schubert S (2005)** The Long Road to Patient Safety: A Status Report on Patient Safety, JAMA, December, vol.294, no.22, s.2858-2865
- **Laora Botwinck , Maureen Bisagnuna, Carol Haraden, (2006)** Leadership Guide to Patient Safety , Institute Of Healthcare Improvement, Innovation Serie, Cambridge, www.ihl.org
- **Lorsch, J. W. (1988).** Strategic Myopia: Culture as an Invisible Barrier to Change.

Gaining Control of the Corporate Culture, Ralph H. Kilman (Ed.), Jossey-Bass.

- **Naessens JM, Campbell CR, Huddleston JM, Berg BP, Lefante JJ, Williams AR, Culbertson RA, (2009)** A Comparison of Hospital Adverse Events Identified by Three Widely Used Detection Methods, *International Journal of Health Care*, vol.21, no.4, s.301-307

- **Naveh E, Katz-Novan T, Stern Z, (2005)** Treatment Errors in Healthcare: A Safety Climate Approach, *Management Science*, vol.51, No.6, s. 949-966

- **Near J., Dworkin T. & Miceli M. (1993).** Explaining the Whistle blowing Process : Suggestions from Power Theory and Justice Theory. *Organization Science*, 4, 3.

- **Near J., Miceli M. (1995).** Effective Whistle blowing. *The Academy of Management Review*, 20, 3.

- **Near, J.P. & Miceli, M.P. (1985).**Organizational Dissidence: The Case of Whistle-blowing. *Journal of Business Ethics*, 4, 1-16.

- Nivea V F and J Sorra, Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations , *Qual Saf Health Care* 2003 12: ii17-ii 23

- **O'Reilly, C.A. & Chatman, J. A. (1996).** Culture as Social Control : Corporations, Cults and Commitment. *Research in Organizational Behavior*. JAI Press, 18, 157-200.

- **Ovretveit, J. (2009).** The contribution of new social science research to patient safety. *Social Science & Medicine*, 69, 1780-1873.

- **Perrow, Charles (1961)** The Analysis Goals in Complex Organizations, *American Sociological Review*, vol.26, n0.6, December s. 854- 866

- **Perrow, Charles (1984)** Normal Accident, Basic Books. New York

- **Pettigrew, A. M., Woodman, R.W., Cameron, K. S. (2001).**Studying Organizational Change and Development: Challenges For Future Research. *Academy Of Management Journal*.44, 2.

- **Pfeffer J, (1997),** New Directions for Organization Theory, Problems and Prospects, Oxford University Press, New York

- **Reason James (1990),** Human Error, Cambridge University Press, Cambridge.

- **Reason James (1998),** Achieving a Safe Culture: Theory and Practice, *Work& Stress*, vol.12, no.3, s.293-306

- **Reason J. (2000)** Human Error: models and management, *Education and debate*, vol. 320, No:7237 , 768-770

- **Roberts K H, (1990)** Some Characteristics of One Type of High Reliability Organizations, *Organization Science*, vol. 1, no.2, s. 160- 176

- **Ross, J. & Ranum, D. (2009).** Improving patient safety by understanding past experiences in day surgery and PACU . *Journal of Peri-Anesthesia Nursing*, vol.24, No.3, 144-151.

- **Salancik, G.R., ve Pfeffer, J. 1978.** A social information processing approach

- to job attitudes and task design. *Administrative Science Quarterly*, 23(2): 224-253.
- **Schein, E. H. (1999)**. *The Corporate Culture Survival Guide*, Jossey-Bass.
 - **Schein, E.H. (1992)**. *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass. San Francisco.
 - **Schneider, B.(1990)**. *The Climate for Service: An Application of the Climate Construct, Organizational Climate and Culture* , Jossey-Bass.California.
 - **Scott W R, (1983)** *Orhanizational Environments Ritual and Rationality içinde "Healthcare Organizastions in the 1980: The Convergence if Public and Professional Control Systems"*, Sage Publications, California
 - Sittner. B., Schmaderer,M., Zimmerman,L., Hertzog,M.& George, B. (2009). *Rapid Response Team Simulated Training for Enhancing Patient Safety (STEPS). Clinical Simulation in Nursing*, 5, 119-127.
 - **Sorra JS,Nieva VF (2004)**, *Hospital Survey on Patient Safety Culture, Agencyfor Healthcare Research and Q.P.*, <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture>
 - **Stumpf, P. (2007)**. *Voluntary Review of Quality of Care Peer Review For Patient Safety, Best Practice &Research*, vol.21, no. 4, 557-564.
 - **Tak, B. & Ertuğrul.F. (2008/a)**. *The Antecedents of External and Internal Whistle blowing Intention: An Empirical Investigation.*” 21. *European Business Ethics Network (EBEN) Annual Conference*. Turkey.
 - **Tak, B. & Özçakır, A. (2008/b)**. *Creating a Patient Safety Culture in Hospitals: Lessons Learned from a Recently Accredited Public Hospital. II. International Quality, Accreditation in Healthcare and Patient Safety Congress*. Antalya.
 - **Tak, B. (2009/a)**. *Continuous Quality Improvement in Hospitals: Project Examples Conducted in an Accredited Universty Hospital. I.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*. Antalya.
 - **Tak, B. Sayılar Y. (2009/b)**. *The Conversation of HRM Systems to Comply with Accreditation Requirements: Uludag University Healthcare Institutions' Experience*. 3. *International Conference on Quality in Health Care Accreditation and Patient Safety*. Antalya.
 - **Tak, B., (2009/c)**. *Patient Safety Practices As a Part of Daily Work: Uludag University Healthcare Institutions' Experience*. 3.*International Conference on Quality in Health Care Accreditation and Patient Safety*. Antalya.
 - **Tak,B., Eroğlu,U. & Kaymaz, K. (2008/c)**. *An Organization Development Project Conducted in an Accredited University Hospital To Achieve Patient-Focused Care. II. International Quality, Accreditation in Healthcare and Patient Safety Congress*. Antalya.
 - **Tak B., Sabuncuoğlu, Z., Eroğlu U. (2009/d)**. *Eğitim Etkinliğinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma: Eğitim Alana Göre "Etkin" Olan Örgüt İçin de "Etkin" mi?*. 17. *Ulusal Yönetim Organizasyon Kongresi*. Eskişehir.
 - **Tak,B., Sarp,N. & Divleli,A. (2009/e)**. *Çalışanların Yasal, Etik Olmayan ve Hatalı*

Uygulamaları Bildirme (WhistleBlowing) Eğilimi Göstermelerinin Nedenleri: Çok Kültürlü Bir Araştırma.” 17. Ulusal Yönetim Organizasyon Kongresi. Eskişehir.

- **Tak,B., Sarp,N. & Eroğlu, U. (2009/f)**. Integrating Patient Safety Issues into Quality Management Systems in Hospitals. 3. International Conference on Quality in Health Care Accreditation and Patient Safety. Antalya.

- **Tak,B., Tüzüner,L. & Divleli,A. (2009/g)**. Investigating the Relationships Among Organizational Identification, Professional Identification and Whistle blowing Intention: A Cross-Cultural Study. 22. European Business Ethics Network (EBEN), Annual Conference, Athens, Greece.

- **Tak, B., Tombul, K., Altay, M., Baran, A. & Sakarya, S. (2009/h)**. Patient Safety and Nursing Care: Uludag University Healthcare Institutions’ Experience.” 3. International Conference on Quality in Health Care Accreditation and Patient Safety. Antalya.

- **Tak, B., (2010)** Hastanelerde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Raporlanması: Türkiye, Azerbaycan, Bosna, Arnavutluk, Lübnan Ve Suriye’yi Kapsayan Karşılaştırmalı Bir Araştırma III. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi’nde sunulacak araştırma* , Nisan, Antalya

- **Thompson J G, (1966)**, Organization in Action, Mc Graw Hill.

- **Vincent, C. Neale G, Woloshynowych M (2001)**. Adverse Events in British Hospital, Preliminary Retrospective Record Review, British Medical Journal, no.322, s.517-19

- **Vincent, C. (2009)**. Social scientists and patient safety: Critics or contributors, Social Science & Medicine, 69, s.1777-1779.

- **Weber, M. (1946/1989)**. “The Ideal Bureaucracy.Matteson, Michael T./Ivancevich, John M. (Eds), Management And Organizational Behavior Classics, (Illinois: Bpı/Irwin).

- **Weber, M. (1978)**. Types of Social Action. Roth, Guenther / Wittich, Claus, (Eds), Economy And Society. Los Angeles: University Of California Press.

- **Zohar D (2002/a)**, Modifying Supervisory Practices to Improve Subunit Safety: A Leadership-Based Intervention Model, Journal of Applied Psychology, Vol. 87, No:1156-163

- **Zohar D. (2002/b)**, The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups, Journal of Organizational Behavior J. Organiz. Behav. 23,75-92

- **Kalite ve Performans Yönergesi, T C Sağlık Bakanlığı, 2009**, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yonerge/saglikta_performans_ve_kalite_yonerge_060509.pdf

- Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ, , 29 Nisan 2009, www.saglik.gov.tr/TR

- **Institute Of Medicine (2000)**, To Err Is Human, Building a Safer Health System, National Academy Press, Washington. DC., www.iom.edu elektronik kitap olarak ulaşılabilmektedir.
- **(2009)**Global Priorities for Patient Safety Research, Better Knowledge for Safer Care. WHO ISBN:978 92 4 159862 D.Swiss.
- **(2008)**. Global Priorities for Research in Patient Safety. World Health Organization, WHO/IER/PSP, 13.
- **Overcoming Performance Measurement Challenges For Hospital.(2005)**. Joint Commission Resources. Illinois.
- **Sentinel Events: Evaluating Cause and Planning Improvement. (1998)**. Joint Commission Resources 2nd Edition. U.S.A .
- **(2005)** Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) in Health Care Joint Commission Resources. U.S.A.
- **(2003)**, Putting Evidence To Work Tolls And Resources. Joint Commission Resources. U.S.A.
- **(2005)**, Root Cause Analysis in Health Care.. Joint Commission Resources. U.S.A.
- **Benchmarking in Health Care (2000)**., Joint Commission. U.S.A.
- Business&Society, September 1996, 35, 3 & December 2000,39, 4.
- **(2005)** World Alliance For Patient Safety, Who Draft Guidance For Advers Event Reporting And Learning Systems, From Information To Action, Who Document Production Services, Geneva
- **(2009)** Implementation Manual Who Surgical Patient Safety Checklist 2009, Safe Surgery Saves Lives, Who Patient Safety, A World Alliance For Safer Healthcare, [www.who.int/patientsafety/safe surgery/en](http://www.who.int/patientsafety/safe_surgery/en)
- **(2004)** Seven Step To Patient Safety, The Full Reference Guide, Second Print, Nhs National Patient Safety Agency. www.npsa.nhs.uk/sevensteps
- **(2006)** Manchester Patient Safety Framework (Mapsaf), No.0199, www.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/human-factors-patient-safety
- **(2009)** The International Classification For Patient Safety, Statement Of Purpose, [www.who.int/patient Safety/Implementations/Taxonomy/En](http://www.who.int/patient_Safety/Implementations/Taxonomy/En)
- **AHRQ Quality Indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; [updated] June 2009.** http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm