

## Kalite Yönetiminde Hasta Güvenliği İçin Anahtar Noktalar

Gülay Yazıcı<sup>1</sup>  
Aysun Bay Karabulut<sup>2</sup>



### İletişim / Correspondence:

1.Dr. Öğr. Üyesi/ **Asst. Prof**  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Ankara  
gtanrikulu61@gmail.com

2.Prof. Dr. /**Prof. Dr**  
Turgut Özal Üniversitesi  
Rektörlüğü Malatya  
[aysunbay@hotmail.com](mailto:aysunbay@hotmail.com)

**Geliş Tarihi:** 14.11.2018

**Kabul Tarihi:** 06.12.2018

**Received Date:** 14.11.2018

**Accepted Date:** 06.12.2018

**Anahtar Kelimeler:** Kalite Yönetimi,Hasta Güvenliği,Liderlik

**Keywords:** Quality management, Patient Safety, Leadership

### Özet

Günümüzde özellikle sağlık sektöründeki kalite, ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlıkta, kalite programlarının en önemli konusu da hasta güvenliğidir. Sağlık hizmetlerinde potansiyel zararların bazen kaçınılmaz olduğu inkâr edilemez olup, hasta güvenliğinde sağlık risklerinin en minimuma düşürülmesi hedeflenmiştir. Hasta güvenliğini artırmak için, iş süreçlerini standardize etmeyi amaçlayan bazı stratejiler önerilmektedir. Riskleri belirlemek ve planlamak, bilimsel çalışmaları incelemek ve eleştirel bakış açısıyla gözden geçirmek, çalışanlar ve hizmet alıcıları arasında etkili bir iletişimin kurulmasını sağlamak bu stratejilerin en önemli unsurlarıdır. Bu stratejileri yerine getirmek, nitelikli bakım ve hasta güvenliği ile ilgili hedeflere ulaşmak için en önemli kriter liderliktir. Liderlikle beraber, kalite yönetiminde hasta güvenliğini sağlamada ölçüm, insan faktörü, ekip çalışması ve dürüstlük kültüründen söz edebiliriz.

### Key Points for Patient Safety In Quality Management

Gülay Yazıcı<sup>1</sup>  
Aysun Bay Karabulut<sup>2</sup>

### Abstract

Today, quality especially in the health sector is considered as one of the development indicators of the countries. The most important issue of quality programs in health is patient safety. It is undeniable that potential damages in health services are sometimes unavoidable and it is aimed to minimize the health risks in patient safety to the minimum. Some strategies are proposed to standardize business processes to improve patient safety. Identifying risks and planning, looking into and critically reviewing scientific studies, and ensuring effective communication between employees and service providers are the most important elements of these strategies. Leadership is the criterion of fulfilling these strategies and achieving goals related to quality care and patient safety. With leadership, to ensure patient safety in quality management; we can talk about measurement, human factor, teamwork and honesty culture

## Giriş

Günümüzde her alanda olduğu gibi sağlık alanında da teknolojinin hızla gelişmesi, karmaşıklaşması, maliyetlerin yükselmesi gibi sorunların varlığı, bunun yanında; hastaların hizmet alacakları sağlık kurumunu daha bilinçli olarak seçmeye ve eleştirmeye başlamaları, hastaneleri kalite güvence sistemleri ile tanıştırmıştır (Taşdemir ve Aşar, 2002). Sağlıkta kalite, ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Kalite “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” şeklinde tanımlanmıştır (Özsarı, 2001).

Sağlıkta, kalite programlarının en önemli konusu hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetleri sırasında, bireylere verilebilecek zararı önlemek için sağlık kuruluşları ve kurumlardaki çalışan personel tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (WHO, 2018). Ayrıca nitelikli sağlık hizmetinin, birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır. Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak, güvenliği sağlamaktır. Buradaki temel hedef, hizmet sunumu sırasında oluşabilecek hataları engellemek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan korumak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasını sağlamaktır (Karaca ve Arslan, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tahmini olarak dünya çapında her 300 hastadan birinin sağlık hizmeti alırken hatalara maruz kaldığını ve gelişmiş olan ülkelerde ise on hastadan birinin hastaneye kaldırılırken zarar gördüğünü bildirmektedir (WHO, 2012). Dünyada, her yıl yaklaşık 43 milyon hasta güvenliğine yönelik olay meydana geldiği ve bunlardan sadece ilaç hatalarının maliyetinin 42 milyar ABD doları ettiği bildirilmiştir (WHO, 2018).

Sağlık hizmetlerinde potansiyel zararların bazen kaçınılmaz olduğu inkâr edilemez olup, hasta güvenliğinde sağlık risklerinin minimuma düşürülmesi hedeflenmiştir (PNSP, 2013). Hasta güvenliğini artırmak için, iş süreçlerini standardize etmeyi amaçlayan bazı stratejiler önerilmektedir. Riskleri belirlemek ve planlamak, bilimsel çalışmaları incelemek ve eleştirel bakış açısıyla gözden geçirmek, çalışanlar ve hizmet alıcıları arasında etkili bir iletişimin kurulmasını sağlamak bu stratejilerin en önemli unsurlarıdır. Sağlık personelleri hataları belirlemek için; gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalı, zamanında önleyebilmeli, güvenliğe yönelik organizasyonlarını gerçekleştirebilmelidir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri için hasta güvenliği bilgisi düzeyinin belir-

lenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli hizmet içi eğitimlerin yapılması gerekmektedir (PNSP, 2013; Bohrer et al., 2016). Ayrıca günümüzde hasta güvenliği ile ilgili dersler, Brezilya, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde lisans ve lisans üstü dersleri olarak eğitim programlarına eklenmiştir.

Hastalara yapılan girişimler ve bakımlarda belli stratejilerin sağlanması ve uygulanması da hasta güvenliği açısından önemlidir. Örneğin, el yıkama prosedürünün uygulanması hastane enfeksiyonlarının azaltılmasında çok önemli bir unsurdur. Bu uygulama aynı zamanda en düşük maliyetli girişim olup, enfeksiyon zincirinin kırılmasında en önemli uygulamadır. Amerika’da hasta güvenliğini sağlamak için el yıkama gibi, hastalarda düşme ve kazaların önlenmesi, sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyonların azaltılması ve gereksiz invaziv girişimlerin yapılmaması gibi girişimler sağlık sistemi içinde yer almaktadır (Carlesi et al., 2017).

Hasta güvenliği sürecinde, hasta bakım aşamasının ve tıbbi faaliyetlerin büyük bir kısmını hemşireler yürütmektedir. Hemşireler, bakımın her aşamasında hasta güvenliği ile iç içe bulunmaktadır (Karaca ve Arslan, 2014). Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması büyük bir öneme sahiptir. Yapılan bir çalışmada, hasta güvenliği konusunda en üst düzey bilgiye hemşirelerin sahip olduğu bildirilmiştir. Bunun sebebi hemşirelerin hastalara doğrudan temasla en fazla zaman geçiren grup olması, tüm bakım süreçlerine dahil olması, kalite yönetimi faaliyetleri, hasta güvenliğini sağlama ve sistematik stratejilerin belirlenmesi gibi bütün işlemlere katılmasıyla bağlantılı olduğu belirtilmiştir (de Oliveira et al., 2017).

Kalite yönetiminde hasta güvenliğini sağlamada bir çok etkenden söz edilebilir. Bunlardan öne çıkanlar; liderlik, ölçüm, insan faktörü, ekip çalışması ve dürüstlük kültürü’dür. Aşağıda bu başlıklar farklı bakış açısıyla ele alınacaktır.

## Liderlik

Institute of Medicine’in (IOM) (2000) tıbbi hataların sonucu olarak her yıl 98.000 kişinin ölmekte olduğunu belirttiği “Her İnsan Hata Yapar; Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi Oluşturma” raporundan sonra hasta güvenliği sağlık bakımında stratejik bir zorunluluk haline gelmiştir. Tıbbi hatalar, bugün halen Birleşik Devletlerde ölüm nedenleri arasındaki üçüncü ölüm nedenidir (Markary and Daniel, 2016). Sağlık bakımı liderleri bu problemi çözmek için primer sorumluluğa sahiptirler. Raporlar, liderliğin nitelikli bakım ve hasta güvenliği ile ilgili hedeflere ulaşmak için şart olduğunu vurgulamaktadır (Page, 2004). En iyi bakımın sağlanmasında neyin

önemli olduğunun araştırıldığı bir çalışmada, ilk üç yanıt; iletişim, personel ve liderlik çıkmıştır (Scott-Cawiezell et al., 2004).

Liderliğin eşsiz rolü, organizasyondaki değer sistemini kurmaktır; üstlenilecek faaliyetler için stratejik hedefler belirlemek; bu hedeflere ulaşmak için kurum içindeki çabaları uyumlu hale getirmek; etkili sistemlerin yaratılması, yayılması ve sürdürülebilirliği için kaynak sağlamak; klinisyenler ve personel için iyileştirmelerin önündeki engelleri kaldırmak ve hasta güvenliğini arttıracak uygulamalara bağlı kalmayı gerektirir (Botwinick et al., 2006).

Hasta güvenliği, insanlarla (personel, hasta, hasta yakını) süreçlerin (hastane prosedürleri vs.) birleşimidir ve her iki unsur da liderliğe bağlıdır. Sağlık kurumlarında işleyişin takibi için liderlik önemlidir. Hastanelerin her tarafında haftalık olarak yapılan güvenlik kontrolleri hastane personelinin güvenlik ile ilgili konuları bilmelerine olanak sağlamasının yanı sıra üst düzey yöneticilerin (Başhekim, sağlık bakım hizmetleri müdürleri vb.) en tepe yöneticilerden ayrılmalarını ve kliniklerde görünmelerini sağlar. Bu sırada liderler; personellere, hasta güvenliğinin önemine olan bağlılıklarını gösterirler. Benzer şekilde, günlük 15 dakikalık hasta güvenliği incelemeleri tüm liderlerin kurumun hasta güvenliği konusundaki durumunu gözden geçirmesini sağlar (Jarett, 2017).

Hasta güvenliğe bağlılık; hataların ve ramak kala olayların raporlanmasında cezalandırmama yaklaşımını, güvenlik kültürünün önemi konusunda ortak inancı, ekip çalışmasını ifade eder ve güvenlik kültürüne katkıda bulunur. Liderlik, bu her bileşeni teşvik etmede kritik bir rol oynar (Jarett, 2017). Liderler, hatalara ve başarısızlığa karşı tepkilerini değiştirmeye başladığında, kimin hata yaptığını sormak yerine ne olduğunu sorduklarında, sağlık kurumları içindeki kültür değişmeye başlayacaktır (Botwinick et al., 2006).

Başka bir bakış açısıyla; liderlik, bir organizasyonun her düzeyindeki bireylerden, yürütme grubundan doğrudan hastalarla çalışanlara kadar herkesten beklenir. Yataklı ünitelerde, polikliniklerde, yoğun bakım ünitelerinde, ayaktan tedavi ünitelerinde veya evde bakımın yapıldığı yerlerde çalışan herkesten liderlik beklenir.

Liderlik konusunda literatürdeki genişlik ve karmaşıklık nedeniyle, sağlık bakımında liderlik iki yönden ele alınabilir. Birincisi, hastane yönetimini/yürütmeyi sağlayan yöneticiler (CEO, başhekim, sağlık bakım hizmeti müdürleri), ikincisi ise; hasta bakımının eş liderleri olan hekim ve hemşirelerdir. Çalışmalar; hasta bakımının kalitesi ve güvenliği üzerinde hekim-hemşire işbirliğinin daha yararlı olduğunu göstermiştir (Baggs et al.,

1992; Shortell et al., 1994; Baggs et al., 1999; Rosenschein, 2002; Thomas et al., 2003; Hughes, 2008).

### Ölçümün Önemi

Tüm performans geliştirme girişimlerinde, müdahalenin iyileşme ile sonuçlandığını teyit edebilmek için öncelikle mevcut durumu ölçmek gerekir. Hasta güvenliğinde, bu süreç çoğunlukla bir araştırma ile başlar. Farklı şekillerde de güvenlik ölçümleri yapılabilir. Örneğin; Amerika’da bir sağlık sistemi içinde hasta güvenliğine yönelik yapılan bir çalışma sonucunda, hasta güvenliği kültürünün yürütülmesine yönelik hususların aşağıdaki gibi olmasına değinilmiştir (Jarett, 2017);

1. İlgililer/Paydaşlar araştırma sürecinde yer almalıydılar. Güvenlik kültürüne yönelik bir anket geliştirilir. Multidisipliner bir ekip, anketi seçme, yayma, verileri gözden geçirme ve sonuçlara dayalı bir strateji oluşturmada yer almalıdır.
2. Veriler tamamen tek tek birim seviyesine kadar analiz edilmelidir. Hastaneler arasında aynı hastanedeki bölümler arasında farklılık olabilir. Bu sebeple çok kültürlülüğün bulunduğu yerlerde verilerin çoklu seviyelerde analizi gereklidir.
3. Sonuçların personelle paylaşılması gereklidir.
4. En önemlisi, sonuçlara dayalı bir strateji uygulanmalıdır.

İyileşme sağlanması amacıyla yapılan veri toplama aşamasında kuruluşlar genellikle ankette kötü performans gösteren birimler veya roller üzerinde yoğunlaşırlar. Bununla birlikte, en yüksek puanları sergileyen kişilerin anket cevapları da neden bu kadar iyi puanlar aldıklarını öğrenmek açısından değerlendirmeyi hak etmektedir. Kuruluşlar düşük yanıt oranları olan alanları da ele almalıydılar.

### İnsan Faktörü

Hasta güvenliğini sağlamak için bazı stratejiler, uygulamalar vardır. Herhangi bir uygulamayı başarılı bir şekilde gerçekleştirmek için, liderlerin insan psikolojisi faktörünü anlamaları gerekir. Çünkü, sağlık kurumlarının en büyük aktif gücü insan kaynağıdır. Bu unsur sağlık kurumlarında her zaman ve her tür değişime karşın gücünü koruyabilmektedir.

Yaygın bir güvenlik aracı olan paket (bundle), pratikte sıkıntılı olabilir. Paket; “Klinisyenler tarafından her

zamanki uygulamayla birlikte verilmesi gereken bakım unsurları olarak kabul edilen, kanıta dayalı küçük bir müdahale setidir” (Resar et al., 2012).

Amerika’da 2013 yılında yapılan bir çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde paketler kullanılarak santral ve nöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon hızlarının sıfıra inmesi planlanmıştır. Yöneticiler için tek hedef sıfırdır. Paketlere uyum %100’dü. Ancak, yapılan denetimlerde uyumun kayıt üstünde olduğu uygulamada yapılmadığı görüldü. Hemşire, odasında paketi doldururken, hekim yalnız başına kateteri takıyordu. Olması gereken, beraber birbirlerini kontrol etmeleriydi. Bu olay hastanede yaygındı. Hemşireler pakete uyumsuz olduklarında yapılan uygulamalar başarısız oluyordu. Buna bağlı olarak yöneticiler tarafında yapılan gerçek zamanlı denetimlerle ve pakete uyum sağlama çabasıyla, sıfır enfeksiyon hedefine ulaşılmıştır (Jarett, 2017).

Ülkemizde Yazıcı ve Bulut’un (2018) enfeksiyonu önlemeye yönelik bakım paketi uyguladığı çalışmasında, ilk üç ay sorumlu hemşirenin klinikte olmasından ötürü hemşirelerin pakete uyumunun yüksek olmasıyla enfeksiyon hızlarının düştüğü, ikinci 3 aylık dönemde sorumlu hemşirenin uzun süre yoğun bakımda olmaması ile pakete uyumun azaldığı ve enfeksiyon hızlarının arttığı görülmüştür, bu da otoritenin ortadan kalkmasının pakete uyumda önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Özellikle paketlere uyumun artmasında denetimin önemli olduğu bilinmektedir. Bazı çalışmalar sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyon oranlarının yüksek olmasının nedenini kalite kontrol önlemlerinin ve denetimin eksikliği olarak göstermektedir (Karabey ve diğ., 2002; Rosenthal et al., 2003; Higuera et al., 2005).

İkinci bir örnek olarak cerrahi kontrol listesi verilebilir. Bakım paketlerinde olduğu gibi, denetimlerle cerrahi kontrol listelerinin kullanımı da uyumluluk kaydetti. Ancak ilk etapta; video görüntülerinde, bakım verenlerin katılım seviyesinin düşük olduğu görülmüştür. Yönergeleri yerine getirdikleri, ancak net şekilde başka aktivitelerle meşgul oldukları ya da mola sürelerine dikkat etmedikleri görülmüştür. Canlı izlem takibi sonucu cezalandırıcı olmayan geri bildirim ile kontrol listelerine gerçek uyum süreci %95’e çıkmıştır.

Bu örnekler, liderler için önemli bir konunun altını çizmektedir: İnsana ait faktörlerden etkilenebilecek verileri denetimlerle sorgulayın. Takım liderlerinizi araştırın ve asla varsaymayın. Kaçınılmaz olarak, sağlıkta insan hatası mutlaka oluşacaktır, ve bu gerçeklik, güvenlik girişimleri içine dahil edilmelidir. Her ne kadar taktikler insan hatalarının oluşumunu azaltmaya yardımcı olsa da, en etkili güvenlik stratejisi insan hatalarına bağlı gelişebilecek ramak kala olaylar olabileceğini

kabul edip ona göre hastayı koruyacak sistemler inşa etmektir.

### **Ekip Çalışması**

Sağlık kurumlarında ekip, ortak hedefleri bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesinde değişik sağlık mesleklerinden üyelerin bir araya geldikleri, her birinin kendi görevlerinin yerine getirildiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir (Öğüt ve Kaya, 2011; 88). Bu birliğin uyumlu çalışması çok önemlidir. Çünkü; ekip çalışması, hasta güvenliği kültürünün en temel ilkesidir. Ekip içindeki herkes birbirinin hata yapmasını önlemelidir. Bu işbirliğinin etkili olabilmesi özgür bir iletişim akışını gerektirir. Amerika’da; iletişim ve ekip çalışmasını iyileştirerek hasta sonuçlarını olumlu yönde optimize etmek amacıyla "TeamSTEPPS" kurulmuştur. TeamSTEPPS’i, "hastalarda en iyi klinik sonuçları elde etmek için; bilgi, kişi ve kaynak kullanımını optimize eden yüksek derecede etkili tıbbi ekipler" oluşturabilir (AHRQ, 2018). TeamSTEPPS’in temel öğeleri multidisipliner eğitim ve ortak bir terminolojidir. Bu oluşumun içinde olmak; özveri ve bağlılık gerektirir. Liderlik, tüm personeli eğitmeyi, eğitim gördükleri sırada pozisyonlarını doldurmak için maddi destek sağlamayı ve multidisipliner ekiplerde eğitim almış olmalarını sağlamalıdır. Sağlık bakımında TeamSTEPPS; hekim, hemşire ve diğer klinik liderlerin yanı sıra tepe yöneticileri de içermelidir. Bu metodolojiye bağlı olarak, Amerika’da bir merkezde 45.000’den fazla çalışan eğitildi. Bu ekip yaklaşımı, kalıcı kültürel değişimi organizasyonun her yerine taşımak için gereklidir (Jones, 2009; Jarett, 2017).

### **Dürüstlük Kültürü**

Ekip çalışması, dürüstlük kültürü gerektirir: “Sorumlulukların paylaşıldığı değerler destekli bir model”dir (Jarett, 2017). Dürüstlük kültürü, cezalandırıcı olmayan bir çevre sağlasa da hesap verebilirlik göz ardı edilmemektedir. Dürüstlük kültüründe düşüncesiz davranış-gereksiz bir riski göz ardı etmek (başka bir deyişle aksilikler, yanlışlar veya karar vermedeki hatalar gibi yanlışlıkla yapılan şeyler değil) halen disiplin suçu olarak sonuçlanabilmektedir. Böylece liderlik, personelin hesap verebilirliğini sağlarken şeffaflığı da artırır.

Dürüstlük kültürünü desteklemek için kurumlar, bakım vericileri çekinmeden konuşmaya teşvik etmelidir. Örneğin, Amerikada bir hastanede, bir hemşire sayım doğru olmadığında hastanın ameliyathaneden çıkmasına izin vermemiştir. Meseleyi tamamen ameliyat başkalarına kadar taşımıştır. Durum uygun bir şekilde çözülmüştür ve hemşire daha sonra yönetim kurulu, klinik liderler ve ayrıca heyet tarafından övgü almıştır. Kültürün

her seviyede liderlikle güçlendirilmesi kültürel değişimde hayati önem taşımaktadır (Jarett, 2017).

## Sonuç ve Öneriler

Kalite yönetiminde hasta güvenliği çok önemlidir. Bunu sağlamak için de iyi bir liderlik sergilenmelidir. Liderlik şeffaflığı teşvik ederek, doğru bir kültürü benimseyerek ve zarar görmeleri önlemek için güvenliğe yönelik proaktif bir yaklaşım benimsemelidir. Gelişme; ancak, liderler bir güvenlik kültürü kurarak bir temel oluşturduğunda ortaya çıkar.

Aşağıdaki kontrol listesi, sağlık bakımı liderlerinin hasta güvenliğini arttırmak için bir süreçte yer alan tüm unsurların sistematik ve düzenli bir şekilde ele alınmasını sağlayacaktır:

- Bir hasta güvenliği kültürünü kurumunuz için çekirdek bir strateji olarak benimseyin.
- Bağlılığınızı, hasta güvenliği kontrollerine kişisel olarak katılarak gösterin.
- Kliniklere gidin ve dinleyin.
- Kurumunuzun nerede olduğunu ölçmek için bir güvenlik kültürü anketi uygulayın.
- Müdahalelerinizin etkinliğini izlemek için sürekli olarak ölçümler yapın.
- Ekip çalışması ve etkili iletişimi kurum kültürünüz ile bütünleştirmek için TeamSTEPPS gibi araçları kullanın.
- Hataların ve ramak kala olayların bildirilmesi için şeffaflığı ve güvenli bir ortamı sağlayın/teşvik edin.
- Doğru bir kültür benimseyin/kullanın.

## Kaynaklar

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (n.d) About TeamsSTEPPS. [www.ahrq.gov/teamstepps/about-teamstepps/index.html](http://www.ahrq.gov/teamstepps/about-teamstepps/index.html) Erişim Tarihi:08.11.2018

Baggs J.G., Ryan S.A., Phelps C.E. (1999). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in medical intensive care. *Heart Lung*,21,18-24.

Baggs J.G., Schmitt M.H., Mushlin AI., et al. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med*,27(9),1991-1998.

Bohrer C.D., Marques L.G., Vasconcelos R.O., Oliveira J.L., Nicola A.L., Kawamoto A.M. (2016). Communication and patient safety culture in the hospital environment: vision of multiprofessional team. *Rev Enferm UFMS*,6(1),50-60.

Botwinick L., Bisognano M., Haraden C. Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006.

Carlesi K.C., Padilha K.G., Toffoletto M.C., Henriquez-Roldán C., Juan. M.A.C. (2017). Patient Safety Incidents and Nursing Workload, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*,25,2841.

de Oliveira J.L., da Silva S.V., da Santos P.R., Matsuda L.M., Tonini N.S., Nicola A.L. (2017). Patient safety: knowledge between multiprofessional residents. *Einstein*,15(1),50-57.

Higuera F., Rosenthal V.D., Duarte P., Ruiz J., Franco G., & Safdar N. (2005). The effect of process control on the incidence of central venous catheter-associated blood stream infections and mortality in intensive care units in Mexico. *Critical Care Medicine*, 33(9), 2022-2027.

Hughes R.G. (ed.). (2008). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Institute of Medicine (IOM). (2000). To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C: National Academies Press.

Jarett M.P. (2017). Patient safety and leadership: Do you walk the walk. *Journal of Healthcare Management*. 62:2.

Jones K.J., Skinner A., Xu L., Junfeng S., Mueller K. (2009). The AHRQ hospital survey on patient safety culture: A tool to plan and evaluate patient safety programs. [www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol2/advances-jones\\_29.pdf](http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol2/advances-jones_29.pdf) Erişim Tarihi: 12.09.2018

Karabey S., Ay P., Derbentli S., Nakipoglu Y., & Esen F. (2002). Hand washing frequencies in an intensive care unit. *The Journal of Hospital Infection*,50(1), 36-41.

Karaca A., Arslan H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*,1(1),4-18.

Makery MA., Daniel M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ* 353,i2193. Doi:10.1136/bmj.i2139.

Öğüt A., Kaya D. (2011). Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. *Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*,1(1),87-95.

Özsarı H. (2001). Sağlık reformu sürecinde hastanecilik hizmetlerinin yeri. *Hastane, Hospital News Tıp Teknolojisi Dergisi*,2(12),66-68

Page A, ed. (2004). Keeping patients safe. Transforming the work environment of nurses. Washington, DC: National Academies Press.

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). (2013). Disponível Brasília. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/omisterio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente> Erişim Tarihi: 12.10.2018,

Resar R., Griffin FA., Haraden C., Nolen TW. (2012). Using care bundles to improve healthcare quality. [www.ih.org/resources/pages/ihwhitepapers/using-carebundles.aspx](http://www.ih.org/resources/pages/ihwhitepapers/using-carebundles.aspx) Erişim Tarihi: 12.10.2018

Rosenstein A.H. (2002). Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nsg*,102(6),26-34.

Rosenthal V.D., McCormick R. D., Guzman S., Villamayor C., & Orellano P.W. (2003). Effect of education and performance feedback on handwashing: The benefit of administrative support in Argentine an hospitals. *American Journal of Infection Control*,31(2), 8592.

Scott-Cawiezell J., Schenkman M., Moore L, et al. (2004). Exploring nursing home staff's perceptions of communication and leadership to facilitate quality improvement. *J Nurs Care Qual*,19(3),242-252.

Shortell S.M., Zimmerman J.E., Rousseau D.M. (1994). The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Med Care*,32,508-525.

Taşdemir M. ve Aşar A. (2002). İstanbul'daki ISO 9000 belgeli hastanelerin kalite sistemlerinin değerlendirilmesi. 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı. Eskişehir.

Thomas E.J., Sexton J.B., Helmreich R.L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*,31(3),956-959

WHO (2012). Patient Safety. [http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs\\_201202\\_patient\\_safety/en/index.htm](http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_201202_patient_safety/en/index.htm). Erişim Tarihi: 12.09.2018

WHO. Patient Safety. <http://www.who.int/patientsafety/en/> Erişim Tarihi: 02.11.2018

Yazıcı G., Bulut H. (2018). Efficacy of a care bundle to prevent multiple infections in the intensive care unit: A quasi-experimental pretest-posttest design study. *Applied Nursing Research*, 39,4–10.