

DERLEME MAKALESİ

**KIRIK PENCERELER TEORİSİ,  
ŞEHİR HASTANELERİ YÖNETİM MODELİNDE  
HASTA GÜVENLİĞİ İÇİN KULLANILABİLİR Mİ?**

İbrahim H. KAYRAL \*


**ÖZ**

*Kırık Pencere Teorisi toplumda düzensizliğin suça zemin oluşturması açısından ortaya konulan bir kuram olmak ile birlikte farklı disiplinler için de bakış açısı kazandırmaktadır. Özellikle sağlık hizmeti gibi karmaşık bir sistemde ortaya çıkan düzensizliklerin ve kural ihlallerinin insan sağlığı açısından yarattığı riskler düşünüldüğünde, farklı bakış açıları ile daha etkin çözüm üretebilmek ayrıca önem kazanmaktadır. Türkiye’de uygulanmasına başlanan Şehir Hastaneleri yüksek kapasiteleri ve kamu-özel ortaklığı ile yeni bir yönetim modelini hayata geçirmektedir. Çalışmada, şehir hastaneleri yönetim modelinde ortaya çıkabilecek hasta güvenliği riskleri için kırık pencereler teorisinin uygulanabilirliği tartışılarak yeni bir modelin ortaya konulması amaçlanmaktadır.*

**Anahtar Kelimeler:** Şehir hastaneleri, kırık pencereler teorisi, yönetim, hasta güvenliği.

**MAKALE HAKKINDA**

\* Araştırmacı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, TÜSEB, ikayral@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1734-6844>

Gönderim Tarihi: 27.03.2019

Kabul Tarihi: 05.08.2019

**Atıfta Bulunmak İçin:**

Kayral, İ.H. (2019). Kırık Pencere Teorisi, Şehir Hastaneleri Yönetim Modelinde Hasta Güvenliği İçin Kullanılabilir Mi?. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(3): 677-694.

## CAN THE THEORY OF BROKEN WINDOWS BE USED FOR PATIENT SAFETY IN CITY HOSPITALS MANAGEMENT MODEL?

İbrahim H. KAYRAL \*


### ABSTRACT

*The Theory of Broken Windows provides a perspective for the different disciplines as well as a theory that is laid out in terms of the formation of disorder in society. Considering the risks of human health caused by irregularities and rule violations in a complex system such as health service, it is also important to produce more effective solutions with different perspectives. City Hospital, which started to be implemented in Turkey has implemented a new management model with high capacity and public-private partnerships. In this study, it is aimed to present a new model by discussing the applicability of the theory of broken windows for the risks of patient safety that may arise in the management model of city hospitals.*

**Key Words:** City hospitals, broken windows theory, management, patient safety.

### ARTICLE INFO

\* Turkey Health Care Quality and Accreditation Institute, ikayral@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1734-6844>

Received: 27.03.2018

Accepted: 05.08.2019

### Cite This Paper:

Kayral, İ.H. (2019). Kırık Pencereler Teorisi, Şehir Hastaneleri Yönetim Modelinde Hasta Güvenliği İçin Kullanılabilir Mi?. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(3): 677-694.

## **I. GİRİŞ**

Sağlık hizmeti sunumunda sağlık tesislerindeki ilk kurallardan birisi hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Florence Nightingale (1863), bunu “Hastanedeki ilk kural, hastaya zarar vermemektir.” sözü ile ifade etmiştir. Bu söz ekseninde bugün dünyada “hasta güvenliği” başlığı altında birçok çalışma, sağlık hizmeti alan hastaların, hastanelerde karşılaşılabilecekleri riskleri önceden tanımlayarak ortadan kaldırmaya ya da en aza indirmeye çalışmaktadır. Sağlık hizmetleri hem tıbbi gereksinimlerin, hem de sosyal, ekonomik vb. farklı ihtiyaçların karşılanmaya çalışıldığı bir alandır. Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve beklentilerin çeşitlenmesi, bu alanda uygulanacak kalite iyileştirme çalışmalarının da önemini artırmakta, uygulanacak tekniklerin farklılaşmasına yol açmaktadır (Kaya 2005). Hastaneler farklı disiplinlerin bir arada bulunduğu, insan, makine ve sistem üçlüsünün sürekli etkileşim içerisinde olduğu ve yüksek riskli süreçleri içeren organizasyonlardır (Kohn et al. 1999) Bu riskler; tanı hataları, ilaç hataları, cerrahi hatalar gibi tıbbi hatalardan, tesis kaynaklı hatalar, hastane enfeksiyonları, hasta transferleri esnasında ortaya çıkan durumlar gibi birçok farklı kaynaktan doğabilmektedir.

Sağlık hizmet sunumunda hatalar ve istenmeyen olaylar her ne kadar önlenmeye çalışılsa da, Tıp Enstitüsü'nün 1999 yılında yayınladığı raporun tahmini rakamlarına göre yılda 98.000 kişi tıbbi hatalar sonucunda yaşamlarını yitirmektedir (Kohn et al. 1999). Hasta güvenliğinin yönelik ortaya konulan proaktif ve reaktif yaklaşımlar farklı teknikler aracılığı ile hata ya da istenmeyen olayları ortadan kaldırmaya veya önlemeye çalışmaktadırlar (Layde et al. 2002; McNutt et al. 2002).

Hizmet sunumu esnasında hataların ortaya çıkmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak tedbirlerin alınmasına yönelik olarak hem dünyada hem ülkemizde birçok çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmalar hem makro ölçekte Dünya Sağlık Örgütü ve sağlık bakanlıklarının çalışmaları, hem de mikro ölçekte sağlık hizmeti sunan hastaneler ve klinikler bazında sistemli olarak ortaya konulmaktadır.

Sistemik çabaların yanı sıra, sistemin sağlıklı işletilmesi ve korunması için farklı bakış açılarını tartışmak, hasta güvenliğinin sağlanmasında yenilikçi çabaların ortaya konulması, bu alandaki girişimlerin etkinliğini artıracaktır.

Hasta güvenliği sorunlarının ortadan kaldırılmasında klasik kişi odaklı, çalışanı suçlayan yaklaşımların yerine sorunun çözümünde sistemi merkeze alan yaklaşımların ele alınması, sağlık çıktıları ve sistemdeki düzensizlik arasındaki bağlantıların doğru kurulması hataların önlenmesinde önemli bir rol almaktadır (Amalberti et al.2006). Kırık Pencere Teorisi ile farklı sektörlerde ele alınan ve düzensizliğin sistemli çabalarla ortadan kaldırılmasına yönelik uygulanan yaklaşım, teorinin sağlık hizmetlerine de uygulanabileceği şekilde farklı çalışmalarda önerilmektedir (Kayral 2015; Churruca et al. 2018; Emül, Demirel 2018).

Sağlık hizmetleri ve hasta güvenliği açısından tartışılmaya başlanan teorinin, özellikle ülkemizde yeni uygulanmaya başlayan şehir hastaneleri modeli açısından da ele alınıp tartışılmasının önem arz ettiği düşünülmektedir. Sağlık hizmet sunumunun karmaşık yapısına ek olarak, fiziki kapasitesi açısından önceki uygulamalara göre çok daha büyük olan şehir hastanelerinde yönetim modeli olarak kamu ve özel sektörün bir arada hizmet sunuyor olması, düzensizlikten doğabilecek hasta güvenliği risklerinin sistemli bir şekilde ele alınıp tartışılmasını daha da önemli hale getirmektedir. Bu açıdan çalışmanın sonraki bölümlerinde, Kırık Pencere Teorisinin hasta güvenliği penceresinden tartışılması ve Şehir Hastanelerine uyarlanması amaçlanmaktadır.

## II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. Şehir Hastaneleri

Ülkemizde Kamu-Özel Ortaklığı Modeli ile yapımına başlanan ve 2017 yılından itibaren farklı illerde hizmet sunmaya başlayan şehir hastaneleri modeli Türk Sağlık Sistemine farklı bir ivme kazandırmış ve yeni bir reform olarak hayata geçirilmeye başlanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda önemli yer tutan hastanecilik hizmetlerinin özellikle fiziki alt yapı yetersizliklerine bir çözüm olarak hayata geçirilen model kapsamında ilk şehir hastaneleri 2017 yılında Yozgat, Isparta, Mersin ve Adana illerinde tamamlanarak hizmet sunumuna başlamıştır. İzleyen süreçte ise Kayseri Şehir Hastanesi, Manisa Şehir Hastanesi, Elazığ Şehir Hastanesi, Eskişehir Şehir Hastanesi ve Ankara Şehir Hastanesi (Bilkent) hizmet vermeye başlamıştır. Şehir hastaneleri, sağlık hizmeti sunumunda iş ve işlem hacminin büyümesini hedeflemekte, dolayısıyla hizmet kapasitesinde örgütsel, yönetsel ve mali boyutlarıyla ölçek büyümesini de gerektirmektedir (Karasu 2011).

Kamu-Özel Ortaklığı Modeli çerçevesinde tanımlanan her bir proje için belli bir yapım dönemi, bir işletme dönemi ve bahsedilen bu dönemlerin toplamından oluşan bir sözleşme dönemi tanımlanmaktadır. Örneğin Adana Entegre Sağlık Kampüsü için, projenin yapım dönemi 3 yıl, işletme dönemi 25 yıl olmak üzere belirlenmiş, toplam sözleşme dönemi ise 28 yıl olarak ortaya konulmuştur (Kerman ve diğerleri 2012). Kamu-Özel Ortaklığı ile hayata geçirilen hastane, bu süre sonunda Sağlık Bakanlığı'na devredilecek veya sözleşme süresi yeniden uzatılabilecektir.

Şehir hastanelerinin, Kamu-Özel Ortaklığı Modeli içerisinde hizmet sunum modeli iki ayrı bölümde ele alınmaktadır. Hastanelerde sunulacak çekirdek hizmetlerin yönetimi hastane başhekimliğinde olurken, bu hizmetler dışında kalacak destek hizmetlerin yönetimi ise yüklenici firmanın sorumluluğunda yer almaktadır. Bu durumda hastane içerisinde kamu ve özel iki farklı yönetim yer almakta, taraflar kendi yetki alanlarına giren sorumluluklarını yerine getirmekte yükümlü bulunmaktadır. Dolayısıyla tıbbi hizmetler kamu tarafından görülecekken, tıbbi hizmetlere yardımcı nitelikte olan teknik destek hizmetleri, temizlik hizmetleri, otelcilik hizmetleri, sterilizasyon, laboratuvar, tıbbi görüntüleme, bilgi ve veri işleme, personel ve sekreterlik hizmetleri otopark ve kafeterya işletimi ise yüklenici firma tarafından gerçekleştirilecektir. Bu yönetim modeli içerisinde kamu çekirdek hizmetlerin gerçekleştirilebilmesi sorumluluğunu üstlenirken; destek hizmetleri, kamu gözetim ve denetiminde ve karşılığı yıllık kira bedeli içerisinde olacak şekilde yüklenici firma tarafından yürütülecektir (Karahanoğulları 2011)

Yüklenici firma tarafından sunulacak hizmetler ise P1 ve P2 türü hizmetler olmak üzere iki bölümde ele alınmaktadır. Bu ayırım hizmetlerin miktara bağlı olması ve miktara bağlı olmamasına göre yapılmaktadır. Miktarla bağlı olan hizmetler sınıfında; yemek, çamaşır ve çamaşırhane, görüntüleme, rehabilitasyon, laboratuvar, atık yönetim, sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri yer almaktadır. Bina ve arazi hizmetleri, bakım ve onarım, yer ve bahçe hizmetleri, mefruşat gibi hizmetler ise miktara bağlı olmayan hizmetler sınıfında yer almaktadır. Taraflar sıralanan hizmetleri kendi personeli ile yürütmektedir. Bunların dışındaki hizmetler ise başhekimlik tarafından yürütülmektedir.

Şehir hastanelerinin önemli özelliklerinden bir tanesi, bu tesislerin yüksek kapasitede hizmet sunma özellikleridir (Tablo 1). Örneğin, 2017 yılında hayata geçirilen Adana Şehir Hastanesi 1550, Mersin Şehir Hastanesi ise 1300 yatak kapasitelidir. Planlanan projeler içerisinde en fazla yatak miktarına sahip hastaneler; Ankara Entegre Sağlık Kampüsü ile Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü'dür. 2019 Yılında faaliyetlerine Bilkent'te başlayan Ankara Şehir Hastanesi 3704 yatak kapasiteli, yapımı tamamlanmak üzere olan Etlik Şehir

Hastanesi ise 3577 yatak kapasiteli olarak planlanmıştır. 2019 Yılı Mart ayı itibariyle Türkiye genelinde açılan şehir hastanelerinin toplam kapasiteleri 12.068 yatak olarak hesaplanmıştır. Şehir hastanelerinin planlanan toplam yatak kapasitesi 42.199 yatak olarak planlanmaktadır. (Sağlık Bakanlığı ve TBMM 2017).

**Tablo 1. Kamu-Özel Ortaklığı Modeli ile Yapımı Tamamlanan ve Yapımı Devam Eden Şehir Hastaneleri**

No	Proje Adı	Yatak Kapasitesi	Hedeflenen Açılış Tarihi
1	Adana Şehir Hastanesi	1.550	AÇILDI
2	Mersin Şehir Hastanesi	1.300	AÇILDI
3	Isparta Şehir Hastanesi	755	AÇILDI
4	Yozgat Şehir Hastanesi	475	AÇILDI
5	Kayseri Şehir Hastanesi	1.607	AÇILDI
6	Manisa Şehir Hastanesi	558	AÇILDI
7	Elazığ Şehir Hastanesi	1.038	AÇILDI
8	Ankara Şehir Hastanesi (Bilkent)	3.704	AÇILDI
9	Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	AÇILDI
10	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3.577	2020
11	Bursa Şehir Hastanesi	1.355	AÇILDI
12	Konya Karatay Şehir Hastanesi	838	2020
13	Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875	2020
14	Kütahya Şehir Hastanesi	600	2020
15	Kocaeli Şehir Hastanesi	1.180	2020
16	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060	2020
17	İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi	2.682	2020
18	Şanlıurfa Sağlık Kampüsü	1.700	2021

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü (2019)

Yatak kapasiteleri ile değerlendirildiğinde şehir hastaneleri, hizmet sunumuna başladıktan sonra bu hastanelere taşınacak eski hastanelerin toplam yatak kapasitesinin üstündedir. Hizmet sunumu açısından yine örneğin Ankara Şehir Hastanesi'nde toplam 852 poliklinik ile hizmet sunulması planlanmıştır. Ankara Şehir Hastanesinin hizmet sunmaya başlamasını takip edecek süreçte bu kampüse taşınması planlanan Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Atatürk EAH, Yüksek İhtisas EAH, Zekai Tahir Burak EAH, Çocuk Hastalıkları EAH, Ankara FTR EAH hastanelerinin poliklinik sayısı ise toplam 598'dir.

Fiziki yapıda ve alanlarda ortaya konulan kapasite artışı, personel ihtiyacını artıran bir unsurdur. Hastanelerin fiziki alan ve imkânlarındaki yüksek artış, personel sayısında da aynı oranda artış ile desteklenmesi ihtiyacını doğurmaktadır. Örneğin Yozgat Şehir Hastanesi'nde yatak başına kapalı alan %150 oranında artmıştır, poliklinik oda sayısı ise %113 oranında 53'den 113 çıkmıştır. Ameliyathane oda sayısı ise %100 artarak 9'dan 18'e yükselmiştir. Oysa personel sayısı artışı çok daha düşük düzeyde kalmıştır. 2016 Yılında Yozgat Devlet Hastanesi'nde hizmet alım personeli hariç çalışan sayısı 819 iken 2017 yılında sadece %17 oranında artarak 962'ye yükselmiştir. Mevcut kapasiteyi oluşturan diğer parametrelerdeki artış %100'den fazla artarken çalışan sayısı artışı aynı oranda yükselmemiş, %17 oranında kalmıştır (Atasever ve diğerleri 2018).

Şehir hastaneleri yeni inşa edilen yapılar olmaları nedeniyle fiziki alt yapı ve ferahlık açısından eski hastanelere göre oldukça iyi durumdadırlar. Bu hastanelerde kullanılan araç ve gereçler de aynı şekilde en son teknolojide ve kalitededir. Yine hasta odalarının hem

konforlu ve çoğunluğunun tek kişilik olması bir diğer deyişle otelcilik hizmetlerin iyi yürütülmesi de şehir hastanelerinin önemli üstünlükleri arasında yer almaktadır. Bu alt yapıya sahip olmaları ise özellikle hastanelerin hijyen koşullarını olumlu etkilemektedir.

Uzun süreli kira sözleşmelerine tabi şekilde yürütülecek olan bu modelde hastanelerin büyük kampüs içerisinde şehrin farklı yerleşim yerlerinde yapılacak olması başlangıç aşamasında ulaşım sorunlarını da gündeme getirebilecektir. Sözleşmelerde ve mevzuatta bazı boşlukların ortaya çıkması, hukuki yorum farklılıkları gibi unsurlar hizmet sunan taraflar açısından hizmet sunumunda aksama risklerini de beraberinde getirebilmektedir. Alt yapı açısından bir avantaj olan yüksek yatak kapasitesi bir diğer yandan muhtemel atıl kapasitenin ortaya çıkmasına gebe olabilecektir. Bu açıdan hizmet talebindeki dalgalanmaların izlenmesi ve buna göre tedbirlerin alınması verimlilik açısından önemli olacaktır. Kampüsün ve fiziki yapının büyüklüğü alınan tedbirlerin yanında özellikle yaşlı, çocuk, engelli hastaların hastane içi ulaşımında hassasiyet gösterilmesi gereken bir diğer önemli zorluk alanı olabilecektir.

Yukarıda ifade edilen P1 ve P2 sınıflarında yer alan hizmetlerin yürütülmesinde yüklenici firma ile sözleşmeye bağlı olarak başhekimlik arasında önceden öngörülme konularında olası yönetsel problemlerin doğması yine karşılaşılabilecek riskler arasında yer almaktadır. Ayrıca ölçek büyüklüğüne bağlı olarak ortaya çıkabilecek yönetim karmaşıklığı da bu risklerin artmasını pekiştirecektir. Bakanlığın şehir hastane yöneticileri ile firma yöneticilerinin ilişkilerinin etkinliğine yönelik çabaların da ortaya konulması ihtiyacı ortaya çıkabilecektir. Özellikle yetki ve sorumluluk alanlarının karışıklıklara yer vermeyecek şekilde düzenlenmesi önem arz edecektir.

## 2.2. Hasta Güvenliği

Sağlık tesislerinde kaliteli hizmet sunumu; hizmetleri, hem hastanın rahatlıkla değerlendirebildiği, hem de hastanın sağlığı ve güvenliği açısından kritik olan (teknik) ama hasta uzmanlık bilgisine sahip olmadığı için hasta tarafından değerlendirilemeyecek unsurlar açısından ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özellikleri ele alındığında, sağlık hizmet sunumunun karmaşık yapısı hizmeti sunan personel ve bu hizmetlerin yönetimi açısından konuyu daha bir teknik hale getirmektedir. Sunulan hizmetler konusunda hastanın beklentisi, algıları ve sonuçta memnuniyet düzeyi hizmet aldığı hastanenin fiziksel unsurları kadar, fiziksel olmayan unsurlarından da etkilenmektedir. Ancak fiziki ya da fiziki olmayan unsurların hangisi olursa olsun sağlık hizmetlerinde hastanın değerlendiremediği teknik alan bulunmaktadır. Bu alanın yönetimi özellikle tıbbi sonuçları etkilemektedir. Etkin yönetilemediği durumlarda karşılaşılan en önemli problemler hatalar ve hasta güvenliği sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hizmet süreçlerinin önceden tanımlanmaması ya da yeterince ortaya konulmamasına bağlı ortaya çıkan yapısal bozukluklar, süreçlerin işleyişindeki düzensizlikler, uygulanırken önceden belirlenen kurallara uyulmaması, süreçlere ilişkin tanımlanan çıktıların beklentiyi karşılamaması gibi sürece dair her türlü istenmeyen durum “hata” olarak kabul edilmektedir. Hatalar, önceden bilinen ya da öngörülen olaylar olabileceği gibi, daha önce hiç karşılaşılmamış fakat gerçekleşmesi olası görülen olaylar da olabilmektedir (Aydan, Kaya 2017; Stamatis 1995).

Sağlık hizmet sunumunda ortaya çıkan hatalar, hasta güvenliğini tehdit eden unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bundan dolayıdır ki hastaların sağlığına odaklanan, bireyleri hastalıklardan koruyan ve hastaların sağlıklarına kavuşması için çalışan tıp bilminde “hastaya öncelikle zarar vermeyiniz” ilkesi öncelikli ilkeler arasında yer almaktadır. Her ne

kadar hataların ve istenmeyen olayların ortaya çıkmasından kaçınılıyorsa bile, Tıp Enstitüsü'nün 1999 yılında yayınladığı raporun tahmini rakamlarına göre (Kohn et al. 1999) yılda 98.000 kişi hastanelerdeki tıbbi hatalar yüzünden yaşamlarını yitirmektedir. Raporun daha da çarpıcı olan yanı hastanelere tedavi olmak, sağlıklarına yeniden kavuşup hayatlarına devam etmek istediği halde tıbbi hatalar sonucunda yaşamlarını yitiren insanların sayısı, trafik kazası (43.500), göğüs kanseri (42.500) ve AIDS'ten (16.500) ölen insanların sayısından daha fazladır. Elbette hasta güvenliği sorunlarının tespit edilmesi için öncelikle bu durumun doğru tanımlanması, hataların ve güvenlik problemlerinin bildirilerek kayıt altına alınması ve ölçülmesi ve iyileştirilmesi gereklidir. Naveh ve diğerleri (2005) hasta güvenliğini "tedavi hatalarının olmaması, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan yaralanma ve advers/istenmeyen sonuçlardan sakınılması ve önlenmesi" olarak ifade etmektedirler. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve TÜSKA (Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü) tarafından kullanılan Sağlık Akreditasyon Standartları Hastane Setinde ise hasta güvenliği; "hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir." olarak ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı SHGM 2017). Tanımlar incelendiğinde temelinde öncelikle hastaya zarar verilmemesi ilkesinin yer aldığı görülecektir. Bu açıdan ele alındığında standartlar, "Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya sağlık hizmeti verilen kuruluşta bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek" olan istenmeyen olayların yönetilmesi için hastanelere "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi" oluşturmalarını önermektedir.

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği, hizmetin sunum süreçlerinde ortaya çıkabilecek basit ya da küçük hataların, hizmeti alan ya da hizmeti sunanlar için doğurabileceği riskleri ön görebilmeye ve bu riskleri en aza indirmek ya da ortadan kaldırmak için gerekli tedbirleri almaya odaklanmaktadır. Hataların önlenmesine yönelik klasik yaklaşımlar sorumluluğu daha çok birey odaklı ele almaktadır. Bu durum ise ortaya çıkan hatalarda, kişilerin suçlanacağı ve cezalandırılacağı endişesinden dolayı sorunların gizlenmesine yol açmakta ve üzerinin örtülmesi ile sonuçlanmaktadır. Birey odaklı yaklaşımlar her ne kadar hasta güvenliği sorunlarını çalışan eğitimleri ile engellemeye çalışsa da, personel rotasyonu ya da değişimi sonucunda her seferinde yeniden eğitim almalarını gündeme getirmekte, arada doğacak boşluklarda ise riskler yeniden ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kişi odaklı yaklaşımlar, kişiye odaklandığı ve planlamaları kişiler üzerinden gerçekleştirdiği için sistemin bütününe odaklanamamakta ve sorunların kalıcı çözümler önerememektedirler. Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik ortaya konulacak güncel çabalar sistem yaklaşımı çerçevesinde ele alınmaktadır. Sistem yaklaşımı, kişinin değil sistemin sorumluluğu, hataların gizlenmesi yerine şeffaflığına, kişilerin profesyonelliğinden ziyade kanıta dayalı kararlara odaklanmaktadır. Böylece elde edilmesi hedeflenen doğru sonuçlar sistemde ihtiyaç duyulan değişiklikler sayesinde mümkün olabilecektir (Ovalı 2010).

Standardizasyonun sağlanmasının yanı sıra Tak ve Özçakır (2008) hastanelerde, hasta güvenliği temelinde bir çalışma düzenine geçilmesi aşamalarında teknik ve kültürel boyutların bir değişim programı içerisinde dizayn edilmesi gerekeceğini belirtmektedir. Yazarlara göre, hasta güvenliğine odaklı bir davranışsal değişim gerçekleşmediği sürece ortaya konulan değişim çabaları başarıya ulaşmayacaktır. Teknik ve davranışsal dönüşümü sağlayacak mekanizmaların oluşturulması gibi kuramsal ifadelerin, uygulayıcılar açısından somutlaştırılarak anlaşılabilir ve yönetilebilir olması, yürütülecek faaliyetler listesi şeklinde hayata geçirilmesi sonuçlara ulaşılabilmesi için önemlidir. Dolayısıyla hastanelerde, hasta ile ilgili istenmeyen olaylar ile karşılaşılması için insan hatalarını önleyecek şekilde süreçler ya da sistemler tasarlanması gerekmekte, bu sistem ve süreçlerin, kurum kültürünün bir parçası olması sağlanmalıdır.

Literatürde hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik ele alınan yöntemler iki temel yaklaşım ile sınıflandırılabilir. Bu yaklaşımlar; bir hata veya zararın ortaya çıkmasını önceden beklemeden, süreçlerde bir değişiklik yapılmasını hedefleyen proaktif yaklaşımlar ile önceden ön görülemez bir hata ya da istenmeyen olay ile karşılaşıldıktan sonra bu gibi durumlar ile sonradan tekrar karşılaşmamak üzere alınması gereken tedbirlere yönelik reaktif yaklaşımlardır (Feldman, Douglas 1997; Layde et al. 2002; McNutt et al. 2002).

Proaktif yaklaşımlarda kullanılan kalite teknikleri; Hata Türleri Etkileri Analizi, Olay Ağacı Analizi, Ön Tehlike Analizi, Kontrol Listesi Kullanılarak Birincil Risk Analizi olarak dört maddede sıralanabilir. Bu yaklaşımlar; sonradan ortaya çıkma olasılığı olan, hastaya zarar verebilecek durumlar ve hatalar ile karşılaşılmasını önlemeye yönelik tedbirlerin alınmasına odaklanmaktadır. Bir başka deyişle, bu yaklaşım yüksek riskli süreçlere odaklanmaktadır (McNutt et al. 2002)

Reaktif yaklaşım ise hata ortaya çıktıktan, istenmeyen olay ile karşılandıktan, zarar görüldükten sonra uygulanmaktadır. "Kök Neden Analizi" tekniği bu yaklaşıma örnek olarak verilebilir. Böylece sistem ve süreçlerde geliştirme alanları belirlenilerek tedbirler alınabilmektedir.

### 2.3. Kırık Pencereler Teorisi

Teori, Zimbardo ve öğrencileri tarafından gerçekleştirilen deneyler sonrasında ortaya çıkmış, (1969) daha sonra James Wilson ve George Kelling (1982a) tarafından ilk kez düzensizliğin suça zemin oluşturması açısından kullanılmıştır. Zimbardo deneyini öğrencileriyle birlikte New York ve Kaliforniya'da gerçekleştirmiştir. Deneylerden birinde motor kapakları açık bırakılan, plakaları sökülen terk edilmiş araç görünümünde aynı marka ve model iki adet otomobil kullanılmıştır. Deneyde, araçlardan biri varoş sayılabilecek bir konumda bırakılırken diğer araç gelir ve eğitim durumları daha yüksek insanların yaşadığı ve merkezi sayılabilecek bir konumda bırakılmıştır. İzleyen süreçte ilk konumda bırakılan araç dakikalar içerisinde yağmalanırken merkezi konumda bırakılan araca bir hafta boyunca dokunan kimse olmamıştır. Ancak deneyde araştırmacılar bir hafta sonra, aracın camlarından birini kırmışlar ve üzerinden çok zaman geçmeden bu aracın da yağmalandığı görülmüştür (Welsh et al. 2015).

Deney, sadece araçlar üzerinde değil, sahipsiz görünen binalarda da tekrarlanır ve aynı sonuçlar ortaya çıkar. Pencerelerinde kırıklar olan bina kısa sürede yağmalandıktan sonra evsizlerin mekânı olur. Pencereleri sağlam olan başka bir binada ise araştırmacılar tarafından birkaç penceresi kırıldıktan sonra aynı sonuçlar ortaya çıkar. Bu deneylerin sonucunda, ilk pencerenin kırılmasına yönelik herhangi bir önlem alınmaması, bu durumlara göz yumulması halinde tüm yapının hasar görmesi, insanlar için suç kaynağı oluşturması bulgularına ulaşılır. Özetlenen deneylerde kırılan bir cam ile birbirini izleyen süreçte ortaya çıkan durum "kırık pencereler" yaklaşımı ile ifade edilmektedir. Kırık pencereler teorisinden yola çıkıldığında, davranış kuralları net bir şekilde önceden belirlenen, yeterince güvenlik önlemi alınan ve denetlenen koşullarda suç unsurlarının ve hataların engellenmesi daha olasıdır (Altuntop 2015).

Wilson ve Kelling (1982b) tarafından ortaya konulan çalışma, düzensizliğin insanlar ve toplum üzerinde yapabileceği zararlı etkileri belirten ilk çalışma olmasa bile düzensizliğin suça neden olduğunu varsayan ilk çalışma olmuştur. Araştırmacılar, tek bir düzensizlik durumunun ortaya çıkması halinde, düzensizliğin ya da "kırık pencerenin" hızlı bir şekilde onarılmaması ya da düzeltilmemesi halinde, o "kırık pencerenin" düzenin gerilemesinde ve yapının bozulmasında zincirleme bir etkiye yol açacağını savundular. Bu savunularının temel dayanağı ise ilgili ortamda zamanında hızlıca çözülmemen sorunlar, insanlar arasında resmi



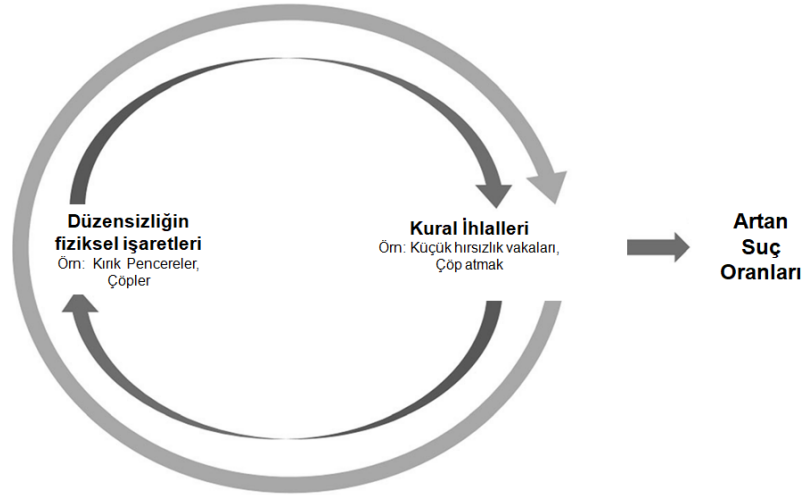
ya da gayri resmi kontrol mekanizmalarının başarısız olduğu algısına yol açmaktadır şeklinde ifade edilebilecektir.

Teorinin test edilmesine yönelik olarak bir dizi çalışma gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu çalışmalar, işlenen suçlarda özellikle polis stratejilerinin geliştirilmesine yönelik olarak, tespit edilen düzensizlikler ile soygun ya da şiddet içeren suçlar gibi daha ağır suçlar arasında bir ilişki kurmaya çalışmaktadır. Bu çalışmalardan örneğin Kelling ve Sousa (2001), New York'ta zaman serileri analizleri kullanarak yaptıkları araştırmada, hafif suçlara yönelik gerçekleştirilen tutuklamalar ile suç oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve önemli bir negatif ilişki ortaya koymaktadırlar. Corman ve Mocan (2005) tarafından yapılan başka bir zaman serisi çalışmasında da aynı bulgular elde edilmiştir.

Ancak diğer yandan yapılan tüm çalışmalar "kırık pencere" ve suç açısından aynı bulgulara ulaşamamakta, düzensizliğin suç oranlarını etkilemesinde çok küçük bir ilişki olduğu ya da hiç bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmaktadır (Sampson, Raudenbush 1999).

Bu alanda yapılan çalışmalarda her ne kadar farklı bulgulara ulaşılmış olsa da kırık pencereler teorisi, kamusal düzende ortaya çıkan düzensizliklerin hızlıca düzeltilmediği durumlarda çoğalarak artacağını savunmaktadır. Sosyal ortamlardaki düzensizlikler giderilmediği takdirde, sosyal yapı (kamu otoritesi, toplum ya da ilgili grup) tarafından o düzene ya da kurallara sahip çıkılmadığı, bu nedenle de suça meyilli kişiler ya da düzensizlikten fayda sağlayacak kişiler için uygun bir ortamın oluştuğu algısı ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan kırık pencereler teorisinde, polis memurları ya da ilgili otorite, kamusal düzenin sağlanması için bir sigorta görevi üstlenmektedir (Wilson, Kelling 1982a).

### Şekil 1. Kırık Pencere Teorisi ve Suç İlişkisi



**Kaynak:** Churruca et al. (2018)

Teorinin önemli bileşenleri, suç oranlarının artmasında özellikle ele alınan ortamda görünür olumsuzlukların ortaya çıkması, kırılan pencereler, ortalıkta duran çöpler gibi düzensizliğin fiziksel öncül işaretlerinin oluşmasıdır. Fiziksel unsurlar aynı şekilde kural ihlalleri ile desteklenmekte, birbirini beslemektedir. Fiziksel düzensizlik kural ihlallerini beraberinde getirmekte, kural ihlalleri ile fiziksel düzensizlikler artmakta ve bu döngü suç oranlarındaki artışı beslemekte, sosyal norm ve kuralların ihlal edilmesi sonuçta kanun ihlaller ve suça gebe olmaktadır. Başlangıçta ufak, göze görünmeyen düzensizlikler bir süre sonra fiziksel düzensizlikler ve kural ihlalleri ile birbirini besleyen bir döngü içerisine girmektedirler çünkü bu durumun düzensizliği ve kural ihlallerini yaratanlara herhangi bir

maddi-manevi, sosyal maliyeti olmadığı gibi sosyal kontrol mekanizmalarının da zayıflık içerisinde olduğunu ortaya koymaktadır (Keuschnigg, Wolbring 2015; Sampson, Raudenbush 1999).

### III. TARTIŞMA

#### 3.1. Şehir Hastaneleri ve Hasta Güvenliği

Karmaşık bir sistem ve matris yönetim yapısı içerisinde hizmet sunulan sağlık kurumlarında, hasta, hasta yakını, çalışanlar ve diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileme olasılığı olan hata, kaza gibi istenmeyen olayların önceden engellenmesi, ortadan kaldırılması ya da bu gibi durumlara ilişkin risklerin en aza indirilmesi önem arz etmektedir. Özellikle stratejik yönetim bakış açısı ile ele alındığında; süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımların ortaya konulması, hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesi ve raporlanarak düzeltilmesini sağlamak hasta güvenliğinin temel hedefini oluşturmaktadır. Bu hedefe ulaşmaya yönelik alınacak tedbirler, özellikle şehir hastaneleri gibi yüksek kapasitede hizmet sunumunun gerçekleştirilmesinin planladığı bir yapıda daha da karmaşık ve zor bir hal alabilecektir. Bir de kamu özel ortaklığı çerçevesinde farklı türlerde hizmetlerin, farklı önceliklere sahip kamu ve özel yönetim anlayışları içerisinde, karma bir yapıda sunuluyor olması bu hedefin gerçekleştirilmesinde gözden kaçabilecek farklı risklerin ortaya çıkmasını sağlayabilecektir. Dolayısıyla kurumsal açıdan henüz ülkemiz için çok yeni olan bu yönetim modelinde şehir hastanelerinde hasta güvenliğine yönelik süreçlerin gözden geçirilmesi ve farklı araçların değerlendirilmesi daha da önemli bir hal almaktadır.

Hasta güvenliğini tehdit edebilecek eksikliklerin birçok farklı sebebi olabilmektedir (Kohn et al. 1999; Richardson, Briere 2001). Çalışan yetersizliği, yeni teknoloji kullanımı ve yönetim sistemlerinde ortaya çıkan hızlı değişim, yeni uygulama ve tesislerde gerekli olan teknik bilgi eksikliği veya bu bilginin gelişmesine olanak tanıyacak yapının olmaması ya da yetersiz olması, hataların yeterince çabuk fark edilmemesi ya da hiç farkında olunmaması, hataların yönetim sistemleri ya da kalite iyileştirme süreçleri içerisinde yeterince izlenmiyor oluşu, bu tür sistemler mevcut olsa da hatalardan öğrenmeye yardımcı olacak sistemlerin var olmayışı ve örgüt kültüründeki direnç ve engeller bu sebepler arasında sıralanabilecektir.

Sıralanan riskler açısından ele alındığında yeni yapıları ile şehir hastaneleri bu konuda sistemli çalışılması gereken yapılardır. Atasever ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilen Şehir Hastaneleri Araştırma bulgularında bu kapsamda oluşabilecek riskler detaylıca ifade edilmektedir. Araştırmada, şehir hastanelerinin diğer hastanelere göre mekânsal büyüklüğü, bu hastanelerde sunulan hizmetin çeşitliliğinin artması ve vatandaşların ilgisinden dolayı artan talebe karşın, mevcut çalışan sayılarının yetersiz olduğu değerlendirilmesinde bulunmaktadır. Şehir hastanelerindeki alanların genişlemesi, personel ihtiyacını artıran bir diğer unsurdur. Ancak hastanelerin fiziki alan ve imkânlarındaki bu yüksek artışa karşın personel sayısında aynı oranda ve kayda değer bir artış gözlemlenmemektedir. Bu durumun yanı sıra şehir hastanelerinde çalışan personelin iş yükleri de önemli ölçüde artmış, özellikle hemşireler açısından daha da belirgin bir hal almıştır. Araştırmada ortaya konulan bu durum sadece kamu personeli açısından değil, firma personeli açısından da vurgulanmaktadır.

Personel ihtiyacının ötesinde, sağlık hizmetleri dışındaki hizmetleri yürütmekle sorumlu firma çalışanları, şehir hastanelerindeki istihdam türlerine yeni bir çeşitlilik katmaktadır. Fiziki ortamlarının yanı sıra, iş yapma biçimlerinin de önemli oranda farklılık gösterdiği şehir hastanelerinde, farklı çalışma statülerinin birlikte bulunmasından doğabilecek sorunlar dikkat çekmektedir. Önceki yönetim modellerinde kamu sağlık çalışanı ve taşeron

çalışanlarından oluşan personele, ağırlıklı olarak firma çalışanlarından oluşan ve özel sektör prensipleri ile hareket eden yeni bir çalışan grubu eklenmiştir. Bu durum ise hastane yönetimi açısından, hızlı değişime adaptasyonda yaşanacak aksaklıklara ve dolayısıyla yukarıda sıralanan hasta güvenliğini tehdit edebilecek unsurlara etki edebilecektir. Hasta güvenliği risklerinin ortaya çıkmasının önlenmesinde, personele verilecek eğitimler, özellikle hızlı değişime adaptasyonda önemli bir parametredir. Şehir hastanelerinde personel eğitiminin yetersiz olduğu, yeni işletim modeline ilişkin detaylı bilgilendirme eğitimlerinin yapılmadığı aynı araştırmada ifade edilmektedir.

Fiziki olanaklardaki iyileştirmelerin olumlu özelliklerinin yanı sıra şehir hastanelerindeki büyük koridorlar ve katlar arası ulaşımın sadece asansör ile sağlanıyor olması gibi unsurlar aynı şekilde güvenlik riskleri açısından ele alınması gereken diğer bir unsur olarak sıralanabilecektir.

Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde ele alınan ve hasta güvenliği açısından yukarıda değerlendirilen risklerin tümü şehir hastaneleri yönetim modelinin bütünü için hizmetin sunulması açısından da geçerlidir. Şehir hastaneleri, temelde önceden sözleşme yapılan yüklenici firma ya da firmalar tarafından inşa edilmekte, hastane hizmetleri kapsamında tüm ticari işletmelerin de yönetiminden de sorumlu olmaktadır. P1 ve P2 sınıflandırması ile özetlenen bu hizmetler hastane tıbbi süreçlerinde de etkili olabilecek dolayısıyla hasta güvenliğine de direkt etki edebilecek hizmetlerdir. Ele alınan kapsamda, kamu ve özel sektör yöneticilerinin yetki ve sorumluluk alanlarında ortaya çıkabilecek belirsizliklere yönelik risk analizlerinin de yapılması hasta güvenliği açısından önemli bir parametre olarak karşımıza çıkmaktadır. Şehir hastaneleri yönetim yapısında bir "koordinasyon kurulu" yer almaktadır, bu kurulun etkin çalışması hasta güvenliği açısından önemlidir.

### **3.2. Hasta Güvenliği ve Kırık Pencereler Teorisi**

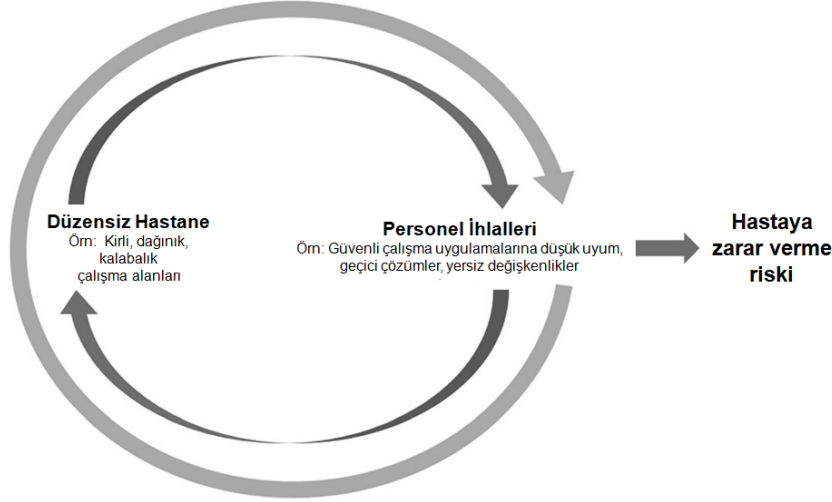
Her ne kadar kırık pencereler teorisi farklı disiplinlerce uygulanmış olsa da sağlık hizmetleri ve hasta güvenliği açısından hastanelerde ele alınmasına yönelik örnekler yenidir. "Hasta Güvenliği ve Kırık Pencereler Kuramı" başlığı ile ele alınan makalede Kayral (2015), ilgili teorinin hasta güvenliği için de ele alınabileceği önermektedir. Yazar, "her ne kadar toplumda suç işlenmesine yönelik olarak ortaya konulan kriminolojik bir kuram olsa da, Kırık Pencereler Kuramı, hasta güvenliği çabaları ya da sistemin sağlıklı işlemlerini gerektiren her türlü çaba için örnek teşkil edecek bir kuram" olduğunu belirtmektedir. Makalede, suç işleyenlerin, pencereleri kıranların yerine hasta güvenliğini tehdit eden her türlü unsurun ve hatanın konulabileceğine vurgu yapılmaktadır. Etik İklim Algısının Hasta Güvenliği Kültürü üzerine etkilerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada, hasta güvenliği ve kırık pencereler teorisi ele alınmakta (Emül, Demirel 2018) ve teorinin öne sürdüğü ilkelerin hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması açısından uygulanabilirliği gerçekçi bulunmaktadır.

Teorinin sağlık hizmetlerine yönelik kullanılmasının tartışıldığı bir diğer çalışmada ise Churruca ve diğerleri (2018) "Kırık Hastane Pencereleri" şeklinde teorinin hastanelerde kullanılabileceğini Kayral (2015) ve Emül ve Demirel (2018) ile paralel şekilde önermiş ve önerdikleri teoriye uyarlamışlardır.

Hasta güvenliğine ilişkin risklerin tanımlanması ve hastaya zarar verme ihtimalleri açısından değerlendirildiğinde, kırık pencere teorisi perspektifinden hastanelerde sorulması gereken temel soru düzensizliği yaratan faktörler nelerdir sorusudur. Sağlık hizmetleri gibi karmaşık bir sistemde ortaya çıkan hataların ve bu hataları doğuran düzensizliklerin cevabının sadece fiziksel unsurlar temelinde değerlendirilmesi yeterli olmayacaktır. Bunun

ötesinde hastane kültürü içerisinde hatanın doğasını ortaya koyacak bir mutabakata da ihtiyaç olacaktır (Bosk 2003)

## Şekil 2. Kırık Pencere Teorisinin Hastane Ortamında Uyarlanması



**Kaynak:** Churruca et al. (2018)

Kırık pencere teorisi perspektifinden fiziksel düzensizliklerin ve personel ihlallerinin sağlık hizmeti çıktılarına nasıl etkilediğine dair ilişkilerin tanımlanması elbette kolay değildir. Bununla birlikte teorinin öncelikli ve ilk çalışma alanının hastaya ulaşan sağlık çıktıları ile düzen ya da düzensizlik arasındaki ilişkilerin tanımlanması olacaktır (Churruca et al. 2018)

Sağlık çıktıları ve düzensizlik ilişkilerinin doğru tanımlandığı bir sistemde teori, düzensizliğin ve ihlallerin görünen işaretlerinin tespiti ile uygulamaya geçilebilecektir. Aksi halde kurum ortamında düzensizliğin görünür hal alması ve göz ardı edilmesi örneğin el hijyeninin uygulanması, hastane atıklarının doğru yönetilememesi, tıbbi ekipmanın kurallarına uygun kullanılmaması gibi basit kural ihlallerinin yaygınlaşması ve davranış kalıpları haline dönmesine yol açacaktır. İlerleyen süreçte bu düzensizlik ve sistemsel bozukluk, kural ihlalleri ile onarılması güç bir pekiştirici ilişki doğuracak bir süre sonra ise durum rutin bir “kuralsızlık” hali içerisinde hastaya zarar veren olayları “normal” hale getirecektir (Amalberti et al. 2006).

### 3.3. Kırık Pencereler Teorisinin Şehir Hastanelerinde Hasta Güvenliğine Yönelik Olarak Uygulanması

Kapasiteleri ve hedefleri açısından şehir hastaneleri bir diğer bakış açısı ile aynı zamanda birer hastane şehri olarak ele alınabilir. Hem hasta hem de çalışan personel sayısı ve kapasiteleri açısından ele alındığında hastane şehirlerinde bir araya gelen topluluğun güvenlik risklerine karşı korunması için sosyal normlar çerçevesinde hareket etmesi ve bu normların sistematik şekilde sağlık yöneticileri tarafından izlenmesi, değerlendirilmesi, risklere karşı tedbirlerin alınması gerekmektedir.

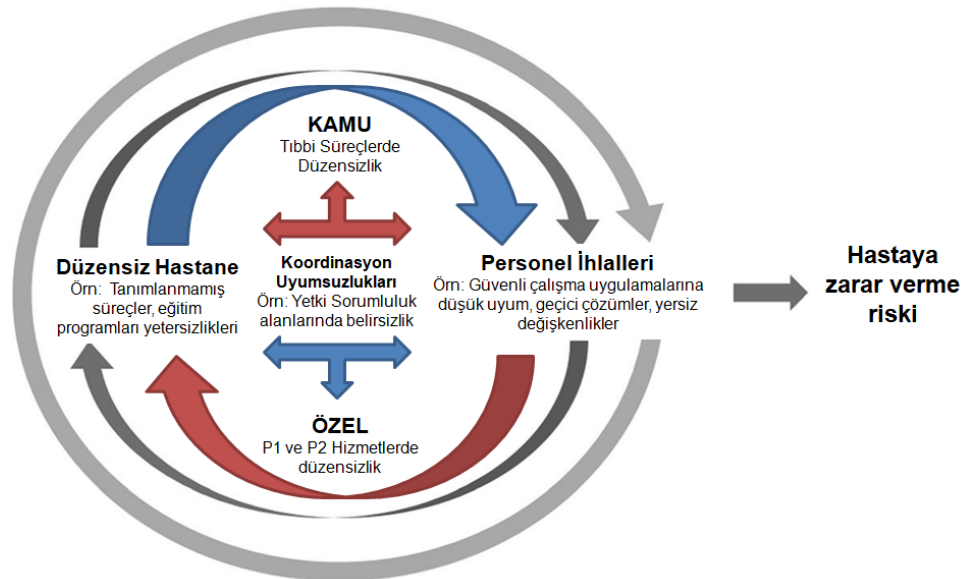
Literatürde sunulan birçok teori, farklı bakış açıları ile sorunlara çözümler sunuyor olsalar bile, bu çözümler çoğu zaman pratiğe geçirilmemektedir. Örneğin Kırık Pencereler Teorisi 1984 yılında, New York Metro İdaresi ve New York Polis Departmanı tarafından suç oranlarının iki katına çıktığı bir dönemde teoride kalmamış ve uygulanmıştır. O dönemde

yaygın olan metro vagonlarının duvar yazıları ile çizilip, boyanması kuram açısından “kırık pencere” olarak değerlendirilmiştir. Bunun için öncelikle vagonların temizlenmesi ile “pencereler onarılmaya” başlanmıştır. Yazılan, çizilen boyanan tüm vagonlar elden geçirilmiş, temizlenmiş ve yeniden boyanmıştır. Her seferde, vagon turunu tamamladığında, eğer boyalı bir vagon var ise hattan çekilerek temizlendikten sonra tekrar sefere konulmuştur. Bu sayede topluma, otoritenin sürekli bir izleme, değerlendirme ve iyileştirme yaptığı mesajı verilmiştir. Bir sonraki adımda ise küçük suçların peşine düşülmüş; vagonları boyayanlar, metroya bilet almadan binenler, buraları tuvalet olarak kullananlar, kamu malına zarar verenler yakalanarak haklarında hukuki işlem yapılmıştır. Bunun ötesinde suçlardan yakalananlardan birçoğunun aynı zamanda daha büyük suçlardan arandığı tespit edilmiş ve tutuklanmışlardır. Yıllık bir milyar yolcu taşınan metroda ortaya konulan “sıfır tolerans” sayesinde şehirde cinayet, yaralama, hırsızlık, gasp vb. gibi bir zamanların olağan suçlarında önemli oranda bir düşüş yaşanmıştır.

Pencereleri kıran, duvarları boyayanların yerine hasta güvenliğini tehdit eden riskleri ve hataları ortaya koyduğumuz zaman sistem uygulayıcılara düzensizliğin yerine düzenin sözcüğü olduğu mesajını vermeye başlayacaktır (Kayral 2015). Hasta kimliğinin yanlış tanımlanması, hastane enfeksiyonları, yanlış ilaç uygulamaları, tesis güvenliği aksaklıkları, uygunsuz şekilde tıbbi atık biriktirilmesi, tıbbi hatalar gibi hasta güvenliği riskleri doğuran alanlarda, başlangıçta küçük gibi görünen ama tolerans gösterildikçe sağlık çıktılarına etki eden durumlara karşı sistemli tedbir alınması kırık pencerelerin en baştan itibaren onarılmasını hizmet edecektir. Küçük şeyleri karalılıkla düzelttikçe, sistemin verdiği net mesaj düzenin etkin işlemesine yardımcı olacaktır.

Kırık pencereler teorisinin, düzensizlik ve kural ihlallerini besleyen, bu sayede hataların artmasına yol açacak döngüsüne (Şekil 2), Şehir Hastaneleri perspektifinden bakıldığında, problemin, hastane kapasitelerinin ötesinde kamu ve özel sektörün bir arada hizmet sunuyor olmasından dolayı biraz daha karmaşıklaştığı görülecektir. Bundan dolayı bu çalışmada, Kırık Pencere Teorisinin şehir hastanelerinde uygulanmasına yönelik kamu ve özel sektörlerinin sunduğu hizmetler açısından düzensizliğin ve kural ihlallerinin ayrı ayrı ele alınması gerektiği, buna ilave olarak koordinasyon kurulunun etkinliğinin de yine aynı bakış açısı ile değerlendirilmesi gerektiği önerilerek model Şehir Hastanelerine uyarlanmıştır (Şekil 3).

Şekil 3. Kırık Pencere Teorisinin Şehir Hastanelerine Uyarlanması



#### IV. SONUÇ

Sağlık hizmetleri sunumu ve hasta güvenliği üzerine yapılan çalışmaların önemli bir kısmı istenmeyen olayların ve önlenebilir hataların en aza indirilmesine odaklanmaktadır. Her ne kadar farklı bir disiplin çatısı altında üretilmiş olsa da Kırık Pencereler Teorisi kent yaşamında suça ilişkin sosyoloji literatüründe sorunlara çözümler arayan ve uygulamada sonuçlar doğuran farklı bir bakış açısı kazandırmaktadır. Bu bakış açısının sağlık hizmetlerinde de uygulanması, sorunlara farklı çözümlerin geliştirilmesinde disiplinler arası fırsatları da beraberinde getirebilecektir.

Sağlık hizmeti sunumunda risklerin göz ardı edilmesi sonucunda hasta güvenliğini tehdit eden istenmeyen olaylar birçok farklı şekilde karşımıza çıkabilmektedir. Örneğin yanlış hasta ya da organ ameliyatları, beklenmeyen ciddi nörolojik yaralanmalar, operasyon sonrasında tekrar ameliyat olma ihtiyacının ortaya çıkması, yatarak tedavi gören hastalarda intiharlar, anestezi veya ventilatora bağlanma sonucu ortaya çıkan oksijen yetersizliği ve beyin hasarları, çocuk ve bebek kaçırmaları, bebeğin yanlış aileye verilmesi, hatalı ilaç uygulamaları ile ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri gibi birçok farklı olay hastanın sağlık hizmeti alırken karşılaşılabileceği hatalar arasında sıralanabilecektir (Akgün 2014).

Her ne kadar hem literatürde hem de uygulamada farklı yaklaşımlar ile istenmeyen olayların ve hataların önüne geçilmeye çalışılsa da hasta güvenliğini etkileyen hatalara uygulamada rastlanmaktadır. Özellikle sistem yaklaşımını henüz benimsememiş kurumsal yapılar, sorunlara henüz kişi odaklı yaklaşmakta, ortaya çıkan problemlerde kişilere odaklanmaktadır. Bu bakış açısının doğal sonucu olarak hatalara çözüm geliştirmeye yönelik sistemli çalışmaların yerine hataların gizlenmesi, sorunları üzerinde konuşulamaz bir hale getirmektedir. Einstein'ın, problemlerin ele alınma şekline yönelik "Bir problemi, onu ortaya çıkaran bilinç düzeyi ile çözemezsiniz!" sözü, hasta güvenliğine yönelik problemlerin ele alınış şekli için de bize farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Bu bakış açısı ile farklı disiplinlerde farklı sorunlar için ortaya konulan yaklaşımların ele alınması ve tartışılması önem arz edecektir. Kırık pencereler teorisi, özellikle kentlerde suç oranlarının azaltılmasına yönelik geliştirilmiş sistemli bir çaba olarak uygulanmış farklı bir örnek olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmada hasta güvenliğine yönelik çalışmalarda bu teorinin ele alınması ve ortaya konulacak sistemli çabaların bu teori ile farklı bir perspektiften değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Sağlık hizmetleri için yeni olan model, yine ülkemizde sağlık sektöründe yeni olan şehir hastaneleri modelinin hayata geçirildiği bu dönemde tasarım kalitesi ve etkinlik açısından ele alınıp değerlendirilmesi gereken bir teori olarak çalışmada önerilmekte ve şehir hastanelerinde uygulanmasına yönelik bir model ile sunulmaktadır.

Özellikle hasta odaklı olarak kurgulanmış ve hayata geçirilen şehir hastaneleri, mekânsal alanlardaki nitelik artışı dolayısıyla hasta güvenliğine olumlu etki yapmaktadır. Ancak bununla birlikte tıbbi süreçlerin etkin bir şekilde işlemesine yönelik çalışanların eğitilmesi, motive edilmesi ve komiteler vasıtasıyla süreçlerin belli standartlara göre sürekli gözden geçirilmesi büyük önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun yüksek kapasitede ve yüksek personel sayıları ile sunuluyor olması, hasta güvenliğinin şehir hastanelerinde sadece standartlar ve personel eğitimleri ile sağlanmasında yeterli olmayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda sosyal bir yapı olan hastane örgüt yapısında, bir taraftan standartlara ve verilen eğitimlere uyulmaması durumunda ortaya çıkabilecek düzensizlikler karşısında ne tür tedbirler alınacağına önceden tasarlanması önem arz edecektir. Özellikle hasta çıktılarına olumsuz etki edecek en ağır istenmeyen olay ve hatalar için önceliklerin belirlenerek süreç başlanması kaynakların etkin kullanılmasını da sağlayacaktır.

Ele alınan bakış açısıyla sıralanan şu sorular, bu alanda planlanacak çalışmaların yapılabilmesi için bir başlangıç noktası oluşturabilecektir. Sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilmesinde "düzensizlikler" hangi alanlarda yer almaktadır? Bu "düzensizlikler" şehir hastanesinde kimlerin sorumluluğundadır? Düzensizliklerin ortadan kaldırılmasında kamu ya da özel sektörün yetkileri ve sorumlulukları nelerdir ve kimlerdedir? Yetki ve sorumluluk alanlarının net olmadığı durumlar nelerdir? Bu alanda ortaya çıkabilecek hata ve risklerin koordinasyonu için nasıl bir çözüm geliştirilmelidir? Hata kaynaklarının tıbbi ve tıbbi olmayan süreçlere göre ayrımı sınıflandırılabilir mi? Hasta güvenliğini tehdit eden olaylarda sistemsel yaklaşımların dışında kalan sistemsel olmayan, kişi kaynaklı hatalar nelerdir? Bu hataların ağırlığı ve hastaya etkisi nasıl şekillenmektedir? Bireysel ve geçici olarak kabul edilen hata kaynaklarının sistematik çözümü için nasıl bir düzenleme önerilebilir? Hasta güvenliğinin sağlanmasında başta tıbbi hataların ve bu hataları doğuran kaynakların ortadan kaldırılması, öncelikle hastaya zarar verme ilkesinin olmazsa olmazıdır.

Bununla birlikte sadece sağlık çıktıları değil, örneğin hasta mahremiyeti gibi hasta bilgilerinin korunmasını sağlayacak tıbbi olmayan diğer alanlarda da istenmeyen olaylara karşı alınacak tedbirler kırık pencereler yaklaşımı ile değerlendirilebilecek farklı çalışma konuları olarak önerilebilecektir. Şehir hastanelerinde, yüklenici firmanın aynı zamanda hastanenin bilgi yönetim sistemini işletiyor olması, hasta kayıtlarının güvenlik ve mahremiyetine ilişkin farklı riskleri de beraberinde getirebilecek bir alandır. Bu risklere yönelik tedbirlerin de "ilk pencere kırılmadan" alınması, "tüm pencerelerin kırılmaması" için önem arz edecektir.

Yukarıda sıralanan açılardan değerlendirildiğinde; çalışmada ortaya konulan modelin uygulanmasına yönelik Sağlık Bakanlığı ve TÜSEB gibi ulusal otoritelerin bünyesinde oluşturulabilecek çalışma gruplarının model çerçevesinde hasta güvenliği risklerini ele alıp öneriler geliştirmesi, bu önerilerin bir dizi çalıştay ve oluşturulacak bilimsel komisyonlar ile standardize edilmesi ve ilgili rehberlerde yer verilerek yasal düzenlemeler ile desteklenmesi konunun sistemli şekilde ele alınmasına hizmet edebilecektir. Ayrıca yine şehir hastaneleri bünyesinde yer alan kalite birimlerinin hastanelerindeki güvenlik risklerini modelin sunduğu bakış açısı ile ele alıp değerlendirmesi ve uygulamalarda yer vermesi hem bu alanda literatürün gelişmesine katkı sağlayacak, hem de uygulamada karşılaşılabilecek farklı yaklaşımları zenginleştirebilecektir.

Ülkemiz sağlık sistemi içerisinde en üst düzey sağlık merkezleri olarak planlanan şehir hastaneleri, hem ulusal hem uluslararası hastaların tedavi göreceği üst düzey merkezler olarak planlanmaktadır. Bu beklentilerin etkin bir şekilde karşılanması sadece fiziksel değil, örgütsel düzenlemelerin de tasarlanması ve hayata geçirilmesi ile mümkün olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Akgün S. (2014) Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar -Sentinel Olaylar- Sentinel Events in Healthcare. **Sağlık Akademisyenleri Dergisi** 1(2): 75-82.
2. Altuntop S. (2015) Suçla Mücadele ve Güvenlik: Klasik ve Çağdaş Metinler. İçinde: Altuntop, S. (Ed.) **Kırık Camlar** (ss: 231-245). Siyasal Kitabevi, Ankara.
3. Amalberti R., Vincent C., Auroy Y. and de Saint MG.(2006) Violations and Migrations in Health Care: A Framework for Understanding and Management. **Qual Safety Health Care** 15(1): 66-71.
4. Atasever M., Gözülü M., Özaydın M., Güler H., Örnek M., Barkan B., Kavak Y. ve İlhan M. N. (2018) **Şehir Hastaneleri Araştırması**. Sağlık Sen Yayınları-46, Ankara.
5. Aydan M. ve Kaya S. (2017) Hata Türü ve Etkileri Analizi (HTEA): Üniversite Hastanesinde Bir Uygulama. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 20(4): 475-502.
6. Bosk C. L. (2003) **Forgive and Remember: Managing Medical Failure** (2<sup>nd</sup> Ed.) University of Chicago Press: Chicago.
7. Churruca K., Ellis L. A. and Braithwaite J. (2018) Broken Hospital Windows: Debating the Theory of Spreading Disorder and its Application to Healthcare Organizations. **MC Health Services Research** 18(1): 201.
8. Corman H. and Mocan N. (2005) Carrots, Sticks, and Broken Windows. **Journal of Law and Economics** 48(1): 235-266.
9. Emül E. ve Demirel E. (2018) Etik İklim Algısının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Elazığ Örneği. **Electronic Turkish Studies** 13(7): 83-122.
10. Feldman S. E. and Douglas D.W. (1997) Medical Accidents in Hospital Care: Applications of Failure Analysis to Hospital Quality Appraisal. **Joint Commission Journal on Quality Improvement** 23(11): 567-80.
11. Karahanoğulları O. (2011) Eksik İmtiyaz (Kamu - Özel Ortaklığı). **Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu** 6-7 Mayıs 2011, s.128- 163, Bursa.
12. Karasu K. (2011) Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi** 66(3): 217-262.
13. Kaya S. (2005) **Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme**. Pelikan Yayıncılık, Ankara
14. Kayral İ. (2015) Hasta Güvenliği ve Kırık Pencereler Kuramı. <http://www.ibrahimkayral.com/2015/10/hasta-guvenligi-ve-kirik-pencereler-kurami/> (Erişim Tarihi: 25.03.2019).
15. Kelling G. L. and Sousa W. H. Jr. (2001) **Do Police Matter? An Analysis of the Impact of New York City's Police Reforms**. The Manhattan Institute: New York, NY.



16. Kerman U., Altan Y., Aktel M. ve Eke E. (2012) Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 17(3): 1-23.
17. Keuschnigg M. and Wolbring T. (2015) Disorder, Social Capital, and Norm Violation: Three Field Experiments on the Broken Windows Thesis. **Rationality and Society** 27(1): 96 –126.
18. Kohn L. T., Corrigan J. M. and Donaldson M. S. (1999) **To Err is Human: Building a Safer Health System**. National Academy Press, Washington.
19. Layde P. M, Cortes L. M. and Teret S. P. (2002) Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Injuries. **Journal of the American Medical Association** 287(15): 1997–2001.
20. McNutt R. A., Abrams R. and Aron D. C. (2002) Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors. **Journal of the American Medical Association** 287(15): 1997-2001.
21. Naveh E., Katz-Novan T. and Stern Z. (2005) Treatment Errors in Healthcare: A Safety Climate Approach. **Management Science** 51(6): 949-966.
22. Ovalı F. (2010) Hasta Güvenliği Yaklaşımları. **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi** 1(1): 33-43.
23. Richardson W. C. and Briere R. (2001) **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century** (1<sup>st</sup> Ed.). National Academies Press, Washington, DC.
24. Sağlık Bakanlığı SHGM (2017) **SAS Hastane Seti v2**, Ankara.
25. Sağlık Bakanlığı ve TBMM (2017) **2018 Yılı Plan Bütçe Sunumu**, 14 Kasım 2017, Ankara.
26. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü (2019), **Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri**, <https://sygm.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 26.03.2019).
27. Sampson R. J. and Raudenbush S. W. (1999) Systematic Social Observation of Public Spaces: A New Look at Disorder in Urban Neighborhoods. **The American Journal of Sociology** 105(3): 603–651.
28. Stamatis D. H. (1995) **Failure Mode and Effect Analysis: FMEA From Theory to Execution**. ASQ, Quality Press, Milwaukee.
29. Tak B. and Özçakır A. (2008). 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.
30. Welsh B. C., Braga A. A. and Bruinsma G. J. N. (2015) Reimagining Broken Windows: from Theory to Policy. **Journal of Research in Crime and Delinquency** 52(4): 447-463.
31. Wilson J. Q. and Kelling G. L. (1982a). The Police and Neighborhood Safety: Broken Windows. **The Atlantic Monthly** 127(2): 29-38.

32. Wilson J. Q. and Kelling G. L. (1982b). Broken Windows: Derleyenler: Le Gates, R. T. ve Stout, F., (2000). City reader, Second Edition, Routledge, 107, Paris.
33. Zimbardo P. G. (1969) The Human Choice: Individuation, Reason, and Order versus Deindividuation, Impulse, and Chaos. In W. D. Arnold and D. Levine (Eds.). **Nebraska Symposium on Motivation** (pp. 237-307). Lincoln: University of Nebraska