

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi

OCAK - 2010 / SAYI: 1



BİLİMSEL HAKEMLİ DERGİ



TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
PERFORMANS YÖNETİMİ VE KALİTE GELİŞTİRME DAİRE BAŞKANLIĞI

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE DERGİSİ

BİLİMSEL HAKEMLİ DERGİ

SAYI:1

OCAK 2010

Yayın Sahibi

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Genel Müdür Yardımcısı **Dr. Hasan Güler**

Yönetim Yeri

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Yayın Türü

Sürekli Yayın

Yayın Periyodu

Dergi Ocak ve Temmuz sayıları olmak üzere
yılda 2 kez yayımlanır.

Dergimiz hakemli dergi olup yayınlanan makaleler en az 2 hakem tarafından okunmaktadır.

- Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi'ne ve derginin Yayın İlkeleri ve Yazım Kuralları'na uygun yazılar kabul edilir.
- Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı anlamına gelmez.
- Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

İletişim Adresi

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi Umut Sokak No:19 Kat:1 Kolej / ANKARA
web: www.performans.saglik.gov.tr
e-mail: spkdergisi@saglik.gov.tr
Tel: (0312) 458 50 08 • **Fax:** (0312) 435 16 79

ISSN: 1309-1972

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE DERGİSİ
BİLİMSEL HAKEMLİ DERGİ

Genel Yayın Yönetmeni

Dr. Mehmet DEMİR

Genel Yayın Yönetmen Yardımcısı

Uzm. Özlem AĞARI ÖNDER

İmtiyaz Sahibi

Dr. Hasan GÜLER

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Editörler

Prof. Dr. Nihat TOSUN

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

Doç. Dr. İrfan ŞENCAN

Dr. Yasin ERKOÇ

Editör Yardımcıları

Uzm. Dr. Seda USUBÜTÜN

Dt. İsmail SERDAROĞLU

Uzm. Harun KIRILMAZ

Uzm. Serap SÜZÜK

Hukuk Danışmanı

Süleyman Hafız KAPAN

Dış İlişkiler Sorumlusu

Uzm. Günnur ERTONG

Görsel Danışman

Erol YALÇIN

Kapak Fotoğraf

Yasin KESEMEN

DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. İ. Safa KAPICIOĞLU

Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ

Doç. Dr. Mustafa ERTEK

Yrd. Doç. Dr. İsmail DEMİRTAŞ

Doç. Dr. Turan BUZGAN

Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŞİLYURT

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Uzm. Erdoğan YILMAZ

Melahat ELMAS GAZİ

Uzm. Harun KIRILMAZ

Uz. Dr. Ergün KARAHALLI

Dr. Menderes TARCAN

Uzm. Abdurrahman ATLI

Uzm. Umut BEYLİK

Uzm. Serkan YORGANCILAR

Uzm. Dr. Ferzane MERCAN

Gülsemin TUYGAR

HAKEM KURULU

Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN

Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü

Prof. Dr. John FONTANESİ

California University

Prof. Dr. Musa EKEN

Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Bilâl ERYILMAZ

Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Ramazan ŞEKEROĞLU

Van 100. Yıl Üniversitesi

Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ

Van 100. Yıl Üniversitesi

Prof. Dr. Haydar SUR

Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Coşkun AKTAN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof. Dr. Nilay ÇABUK KAYA

Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Yasin AKTAY

Selçuk Üniversitesi

Prof. Dr. Nazmi ZENGİN

Selçuk Üniversitesi

Prof. Dr. Hakan HAKERİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Prof. Dr. Arzu TOPELİ

Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU

Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Tefk ÖZLÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Ali Pekcan DEMİRÖZ	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Tansu ARASIL	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa PAÇ	Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Bilçin TAK	Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. Suat TURGUT	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Fahri OVALI	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastanesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Mehmet Mithat ÜNER	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Tengiz UÇOK	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Mustafa ERTEK	Sağlık Bakanlığı
Doç Dr. Öner ODABAŞ	Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Oğuz TUNCER	Van 100.Yıl Üniversitesi
Doç. Dr. Hamza ATEŞ	Kocaeli Üniversitesi
Doç. Dr. Asım BALCI	Selçuk Üniversitesi
Doç. Dr. İsmail BAKAN	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU	Muğla Üniversitesi
Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Mustafa ALTINDİŞ	Afyon Kocatepe Üniversitesi
Doç. Dr. Hasan Hüseyin ÇEVİK	Polis Akademisi
Doç. Dr. Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Gönül DİNÇ	Celal Bayar Üniversitesi
Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Arslan TOPAKKAYA	Erciyes Üniversitesi
Yrd. Doç. Hanefi ÖZBEK	İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü
Dr. Mehmet DEMİR	Sağlık Bakanlığı

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE DERGİSİ

SAYI:1 OCAK 2010

İÇİNDEKİLER

Habil GÖKMEN • Sibel GÜLEÇ

Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir
Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk
Sigortaları

9

*Physician Professional Responsibility
Insurances as a tool for Medical Malpractice
Risk Management*

Dr. Diş Hekimi Selma Altındiş

Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve
Hasta Güvenliğine Etkileri

17

*Event Reporting In Health Services And
Effect To Patient Safety*

Prof. Dr. Fahri OVALI

Hasta Güvenliği Yaklaşımları

33

Patient Safety Attitudes

Prof. Dr. Nazmi ZENGİN

“Sağlık Hakkı” Ve Sağlık Hizmetlerinin
Sunumu

44

Right To Health And Health Care Services

Prof. Dr. Hakan HAKERİ

Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksal
Sorumluluk

53

*Health Workers Safety and Legal
Responsibilities*

**Dt. Hakan ÇOLAK • Dt. İsmail SERDAROĞLU
Doç. Dr. Çoruh Türksel DÜLGERGİL**

“Temel Ağız-Diş Sağlığı Hizmetinde”
Restorasyon Uygulamalarının Yeri Önemi
Sonuçları

60

*Restorative treatment in BASIC oral health
service: its importance and consequences.*

Prof. Dr. Bilçin TAK

Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru
Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin
Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol
Haritası Önerisi

72

*Building A Patient Safety System As A Main
Component Of Quality In Healthcare: A Road
Map For Hospitals*

Yard. Doç. Haluk TANRIVERDİ • Uzm. Dr. Çiğdem TEKER

Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların
Klinik İş Yükleri Bakımından Performans
Ölçütlerinin Karşılaştırılması

114

*A.Comparison Of Performance Measures
In Education Hospitals In Point Of Clinical
Work Loads In Assistant Doctors*

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Değerli okurlar,

Gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de gerek sağlık hizmetleri sunumunda gerekse bu hizmetlere olan talepte arzulanan sonuçların elde edilmesi çabaları hızla ilerlemekte ve bu dinamik yapı sürekli kendini yenilemektedir. Bakanlığımız tarafından yürütülen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında daha verimli ve nitelikli sağlık hizmetini sağlamaya yönelik çalışmalar hızla ilerlerken, ilgili paydaşlardan ve sahadan gelen geri bildirimler dikkate alınmakta, bilgi ve deneyim paylaşımının sürekliliğini sağlamak için çeşitli ortamlar yaratılmaktadır. Bu bağlamda; sağlık sistemindeki, yeni fikirleri, sorunları ve çözümlerini bilimsel bir platformda tartışmak amacı ile ortaya koyduğumuz “Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi” bilimsel yayın dünyasına ilk adımını atmaktadır.

Sağlığı farklı yönleri ile bir bütün olarak değerlendirmek, tüm boyutları ile tartışabilmek ve resme daha yukarıdan bakmak “Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi”nin amaçlarının en başında gelmektedir. Ülkemizde son yıllarda sağlıklı ilgili konulara yaklaşımda, bu bakış açısının giderek daha etkin bir rol oynadığını görmek mümkündür. Bu bakış açısı, sorunları daha iyi analiz etme, yeni bir çalışma ortaya koyma veya sistemde bir değişiklik yapma çalışmalarında, gerçekçi ve etkili bir öngörme imkânı sunmaktadır.

Sağlık; fikir ve uygulamada pek çok bilim dalı ile doğrudan ilişkili olduğu gibi, sosyal ve teknik birçok konuya da doğrudan dâhil olmakta ya da ilham vermektedir. Tıp bilimleri dışında, ekonomi, sosyoloji, hukuk, istatistik, iletişim, siyaset bilimi, insan hakları gibi konular sağlık uygulamalarını ve yönetimini farklı boyutlarda desteklemekte ve etkilemektedir. Aynı zamanda teknoloji de farklı şekilleri ile konunun vazgeçilmez bir paydaşı olarak karşımıza çıkmaktadır.

İlk sayısıyla yayın hayatına başlayan dergimiz bir çok paydaşı bir araya getirecek bilimsel bir ortamı oluşturma hedefini gütmektedir.

Dergi bu sayıda olduğu gibi bundan sonraki sayılarında da sağlık alanındaki bilimsel çalışmalara ışık tutacak ve desteklemeye devam edecektir.

Ülkemizde sağlıkta bilimsel çalışmaların geliştirilmesi ve desteklenmesi amacıyla hazırlanan bu dergide emeği geçen ve katkı sunan herkese teşekkürlerimi sunar, sağlıklı günler dilerim.

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL
EDİTÖR

TIBBİ MALPRAKTİS RİSKİNİN YÖNETİMİNDE BİR ARAÇ OLARAK HEKİM MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTALARI

Habil GÖKMEN*, Sibel GÜLEÇ**

ÖZET

Hekimler, hastalara tanı koyar, tedavi eder veya cerrahi girişimlerde bulunurlar. Bu süreçler, hızlı hareket etmeyi ve yüksek risk içeren uygulamaları da içerebilir ve bazen istenmeyen, üzücü sonuçlar oluşabilir. Dünya Tabipler Birliği malpraktisi; “Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık hizmet endüstrisinden hizmet alan hastaların beklentilerinin artması, hasta güvenliği ve hasta hakları konusunda yapılan çalışmaların sonuçları ve medyanın etkisi ile hekim hatalarıyla ilgili olarak ceza ve tazminat davaları artmış, bu konudaki haberler de sık sık medyada yer alır olmuştur.

Risk yönetimi, hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ile başlayan ve aynı zamanda bir işletme olan hastanelerde, hastalara, ziyaretçilere ve çalışanlara zarar verebilecek, çevrenin güvenlik ve emniyetini tehlikeye atabilecek ve hukuksal açıdan işletmeye finansal zarar verebilecek olası durumlardaki riskleri tanımlayıp önlem almayı içeren bir yönetim biçimidir.

Sorumluluk sigortaları, üçüncü kişilere verilebilecek zarardan ötürü sigortalının karşılaşılabileceği tazminat taleplerinin karşılanması amacı ile yapılır. Hekim mesleki sorumluluk sigortalarının amacı ise, hekimlerin mesleklerini yaparken, görev ve yükümlülüklerini yerine getirmede ihmal, hata, yanlış uygulama gibi olayların sonucunda hastalarına verebilecekleri zararların tazmini ile ilgili maddi zararları koruma altına almaktır. Hekimler ve sağlık kurumları için mesleki sorumluluk sigortası ile malpraktis uygulamaları teminat altına alınmaktadır.

Bu derlemenin amacı, tıbbi malpraktis ile bir risk yönetim aracı olarak hekim mesleki sorumluluk sigortası arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Malpraktis, Risk Yönetimi, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası

* Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Muhasebe-Finansman A.D. Tınaztepe-İzmir, habil.gokmen@deu.edu.tr

** Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon A.D. İnciraltı-İzmir, sibel.gulec@deu.edu.tr

ABSTRACT

Physicians, diagnose, cure and do operations. These processes may include quick actions and they may have risks ending with undesirable results. According to World Medical Association “Medical malpractice occurs where a medical practitioner proceeds in a negligent conduct when treating a patient. Malpractice can take place from an action taken by the medical practitioner, or by the failure to take a medically appropriate action. Examples may include: failure to diagnose or misdiagnosis of a disease or medical condition; failure to provide appropriate treatment for a medical condition; unreasonable delay in treating a diagnosed medical condition”. Recently, there has been an increase in the medical malpractice cases due to the increasing expectations of the patients, increasing importance on patient safety and patients’ rights, and media.

Risk management may be defined as, “policies, procedures, and practices involved in identification, analysis, assessment, control, and avoidance, minimization, or elimination of unacceptable risks”. A firm may use risk assumption, risk avoidance, risk retention, risk transfer, or any other strategy (or combination of strategies) in proper management of future events. Insurance is a formal contract-document issued by an insurance company to an insured which states associated information such as the specific risks and perils covered. Occupational liability insurance policies for physicians aim to protect the physicians financially who gives harm to patients by negligence, medical errors or misdiagnosis and takem under assurance from medical malpractice practices.

The aim of this review is to examine the relationship between medical malpractice and physicians’ occupational liability insurance which is a risk management tool.

Key Words: Medical Malpractice, Risk Management, Physicians Occupational Liability Insurance

GİRİŞ

Son yıllarda, tıbbi hata ve malpraktis kavramlarını hem sağlık sektöründe, hem de medyada sıklıkla duymaktayız. Bu kavramlardan “tıbbi hata”, hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenilmeyen sonuç (National Patient Safety Organization, www.npsf.org) olarak tanımlanabilirken, “malpraktis”, Latince’de “kötü, hatalı uygulama” anlamına gelir. “Tıbbi malpraktis” ise tıp mensuplarının hatalı uygulamaları için kullanılır. Malpraktis, Dünya Tabipler Birliği tarafından “Hekimin tedavi sırasında standart uygulama yapmaması, beceri eksikliği veya tedavi uygulamama sonucu hastaya zarar vermesi” olarak tanımlanır. Bir diğer tanıma göre ise malpraktis “Hekimin tanı ve tedavide standart ve belirlenmiş davranış biçimlerinden farklı davranması (hatalı davranış) veya görev ihmali sonucu, hastada geçici sağlık bozulmasından ölüme kadar giden bir değişkenlikte

zarara neden olmasıdır.” (www.Doktordergisi.com/ 45/haberdetay.asp). Türk Tabipleri Birliği Etik İlkeleri Madde 13’e göre ise malpraktis “bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi” anlamına gelir (Mızrak ve Celbiş, 2007:213).

Bu derlemede, tıbbi malpraktis, risk yönetimi ve hekim mesleki sorumluluk sigortası incelenmiş ve aralarındaki ilişkiye yer verilmiştir. Çalışmanın bakış açısı ve odaklandığı nokta ise hekimin korunması ve mesleki faaliyetlerini daha iyi bir şekilde yerine getirmesidir.

HEKİMLERİN SORUMLULUKLARI

Hekimlerin uyması gereken mesleki ve etik kurallar vardır ve yasal düzenlemelerle tanımlanmıştır. Ancak, gerek ceza gerekse medeni kanunumuzda hekimlerin “cezai” ve “hukuki” sorumluluğunu düzenleyen özel bir madde bulunmamaktadır. Yasal düzenlemelerde yer alan mesleki etik kurallar gereğince hekim, ilgili yasalardaki genel tanımlar çerçevesinde cezai ve hukuki açıdan sorumlu hale gelmektedir (Tuğcu ve ark., 2009:6). 5237 sayılı Türk Ceza Yasasında çalışanların mesuliyetine ilişkin hükümler yer alır. Madde 21’e göre, suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. *Kast*, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir. Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde *olası kast* vardır. Madde 22’ye göre ise, *taksir* dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir. Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde ise *bilinçli taksir* vardır. Birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda, herkes kendi kusurundan dolayı sorumlu olur (Başkan, 2006:9).

MALPRAKTİS DAVALARINDAKİ ARTIŞIN NEDENLERİ

Tıbbi malpraktisle ilgili olarak hem idari makamlara, hem de tabip odalarına yapılan başvurularda artış gözlenmektedir. Bu başvurularda yaşanan artış nedenleri aşağıdaki tabloda açıklanmıştır.

Tablo 1: Malpraktis Davalarında Artış Nedenleri

MALPRAKTİS DAVALARINDA ARTIŞ NEDENLERİ	
Tıp eğitimindeki eksiklikler	Eğitimdeki eksikliklerin uygulamalara yansımaları
Tıp ve teknolojiye hızlı gelişmeler	Tıptaki gelişmeleri takip edememe veya teknolojik gelişmeleri suistimal etme
Sağlık sistemindeki sorunlar	Sistemdeki sorunların hekimleri sorumlu durumda bırakması.
Medya	Medyanın kamuoyunu etkilemesi
Yüksek tazminatlar	Mağdurlara ve avukatlara cazip gelen tazminat miktarları
Sivil toplum örgütlerinin çoğalması ve etkilerinin artması	Toplumsal malpraktis ve hasta hakları konularında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi
Hasta beklentilerinin artması	Hastaların, artan rekabet ile aldıkları hizmeti sorgulamaları ve seçici olmaları

HASTANELERDE RİSK YÖNETİMİ

Her işletme risklerle karşı karşıyadır. Sağlık kuruluşları da birer işletmedir ve yönetilmesi gereken riskleri vardır. Risk yönetimi, risklerin tanımlanmasıyla başlayan ve analizi ile devam ederek, olası riskler için tedbir alma ve hazırlık yapma sürecidir. Risk yönetiminin adımları aşağıdaki gibidir:

1. Risklerin belirlenip listelenmesi
2. Risklerin analizi veya değerlendirilmeleri
3. Risk kontrolü ve risk finansmanı çalışmalarının yapılması
4. Seçilen risk yönetimi tekniklerinin uygulanması
5. Kontrol ve denetimlerin yapılması
6. Geribesleme ve iyileştirme

Hastanelerdeki riskler diğer işletmelere göre daha fazladır. Bu yüzden, hastanelerdeki riskler, klinik ve klinik olmayan riskler olarak ikiye ayrılabilir. Tıbbi riskler, klinik risk grubunu oluştururken, hastanelerin bir işletme olarak karşılaştıkları riskler de klinik olmayan riskleri oluşturur. Hastanelerde risk altında bulunan unsurlar şunlardır (Güleç ve Gökmen, 2009:7):

- İnsanlar: hastalar, sağlık personeli veya çalışanlar, ziyaretçiler ve kamu
- Fiziki ve mali varlıklar: bina, cihaz, ekipman ve her türlü mali varlıklar
- Hukuki konular: yapılan hatalar sonucu açılan hukuki davalar
- Kurum ile ilgili konular: kurumsal itibar

Hastanelerdeki riskleri yönetmek için bir risk yönetimi programı oluşturmak ve risk yönetiminin basamaklarını takip etmek gerekmektedir. Risk yönetimi, koşullara göre sürekli yenilenmeyi ve değişikliği gerektiren çok dinamik bir süreçtir (Dorfman M.S., 2002: 44)

TIBBİ MALPRAKTİS VE RİSK YÖNETİMİ

Hekim, hastaya tanı koyar, tedavi eder veya cerrahi girişimlerde bulunur. Tıbbi girişimler belli bir risk taşırlar. Her tıbbi girişimin, tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmaları çerçevesinde doğabilecek kötü sonuçları hekimi sorumlu kılmaz. Günümüz hukuk anlayışında, hekimler ve diğer sağlık personeli çalışmalarını “izin verilen risk” kavramı çerçevesinde yerine getirirler. İzin verilen “risk”in tıbbi karşılığı “komplikasyon” dur ve tek başına kusur sayılmaz. Dünya Tabipler Birliği’nin 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulu’nda kabul edilen bildirgesine göre; tıbbi malpraktis (tıbbi uygulama hataları) “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmış; tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Tuğcu ve ark., 2009:6).

Tıbbi malpraktise iki yönden bakılabilir. Birisi malpraktisi oluşturan koşullar, diğeri ise malpraktis sonucu oluşan zararın tazmin edilmesi ve hem hastanın hem de hekimin mağduriyetinin bir dereceye kadar giderilmesidir. Hastanelerde risk yönetimi konuya bu iki açıdan da yaklaşır. Risk yönetiminin bir parçası risk kontrolü üzerine odaklanırken, diğeri de risk finansmanı (ya da tazmini) üzerinde durur (Rejda E.G, 2005:44). Risk yönetimi prensipleri dikkatlice uygulandığı takdirde malpraktis vakalarının kök sebepleri azalacağı için daha az vaka ile karşılaşılacaktır. Benzer şekilde, risk yönetimi uygulandığında, malpraktis oluşması durumunda hastane ve hekim zararın giderilmesi için hazırlıklı olacaklardır. Böylece hastanın mağduriyeti giderilirken hekim de finansal açıdan zorluğa düşmeyecektir.

HEKİM MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI

Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları 16 Mart 2006 tarihinde, Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klotu ise 21 Eylül 2006 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur (Resmi Gazete, Sayı 26296). Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası, tıp mensuplarının mesleki görevlerini yerine getirirken hata, ihmal veya kusur nedeniyle üçüncü şahıslara verebilecekleri maddi ve bedeni zararları tazmin eden bir sorumluluk sigortasıdır. Bu sigorta, hukuki sorumluluk nedeniyle ödenecek tazminat miktarını poliçede yazılı teminat limitleri dahilinde güvence altına alır. Aynı zamanda, sigortalının ödemesi gerekebilen manevi tazminat miktarı, yargılama giderleri ve avukatlık masrafları da bir dereceye kadar güvence altına alınır.

Türk Tabipler Birliği hekim mesleki sorumluluk sigortaları hakkındaki görüşlerini ve önerilerini açıklamıştır (<http://www.ttb.org.tr/index.php/hukuk/hukuk-haberleri/1432-malpraktis>). TTB bu konudaki eleştirilerini iki bölüme ayırmıştır. Birinci bölümde koruma süresi, hekime getirilen özel yükümlülükler ve özel şartlar bakımından ana sorunları ele alarak policede yer alan hükümlerin olumsuz yönlerini gerekçeleriyle beraber ortaya koymuştur. Bir örnek vermek gerekirse, mesleki sorumluluk sigortası şartlarında *uzlaşma, arabuluculuk gibi dava dışı yollar önemsenmemiş, sözleşmede yer aldığına ise tüm işlemleri yapmakla sigorta şirketi kendini yetkilendirmiş, hekimin iradesi ve istemleri yok sayılmıştır*. Poličeye dair olumsuz yönlerin sıralandığı ikinci bölümde teminat dışı bırakılan ve eleştiriye açık hükümler konusunda görüş bildirilmiştir. Örneğin, *genel şartlara aykırı olarak acil durum istisnasına yer verilmeden uzmanlık ve faaliyet alanı dışında hizmet sağlayan hekim güvence kapsamının dışında tutulmuştur* görüşüne yer verilmiştir.

Türk Tabipler Birliği hekim mesleki sorumluluk sigortalarına ilişkin eleştirilerinin yanı sıra önerilerini de ortaya koymuştur (<http://www.ttb.org.tr>). Söz konusu öneriler dört bölüme ayrılmaktadır :

- Sözleşmenin türü ve koruma
- Manevi tazminat oranına ilişkin
- Tazminatın kapsamına ilişkin
- Sigortalı hekimin yükümlülükleri ve hukuki süreçlerle ilgili hükümlere ilişkin

Bunların dışında Türk Tabipler Birliği mesleki sorumluluk sigortalarının genel şartlarına ilişkin muhalefet şerhini koymuştur. Buna göre, *mesleki sorumluluk sigortasının, ortaya çıkan mesleki uygulama hatalarını azaltıcı sağlık hizmetinin niteliğini arttırıcı bir etkisinin olmadığı, sağlık hizmet sunumu sonrasında açılan davaları sayısal olarak arttırdığı, primlerin yüksekliği sebebiyle hekimlerin gelirlerini azaltıcı etkisinin yanı sıra hekimleri riskli hizmetleri sunmaktan kaçınmaya sevk ettiği, olası riskin azaltılması amacıyla çok sayıda tetkike başvurulması eğiliminin artması sebebiyle hizmetin pahalılaşmasına sebep olduğu bu nedenle toplumsal yarar açısından uygun olmadığı* görüşü dile getirilmiştir (<http://www.ttb.org.tr/index.php/hukuk/mes-sor-sigortalarinmenu-37/45-m-sor-sigortalar-genel-rtlarili-muhalefet-imiz>).

30 Ocak 2010 tarihinde Resmi Gazete (Sayı 27478)’de yayınlanan “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un 8. maddesi de bu konu ile ilgili hükümler getirmektedir. Bu maddeye göre, kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır.

HEKİM MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI VE RİSK YÖNETİMİ

Sigorta bir risk yönetim tekniğidir ve temelde zararın veya kaybın tazmin edilmesiyle ilgilidir. Bir başka deyişle, amaç sigortalıyı zarara uğramadan önceki durumuna getirebilmektir. Sorumluluk sigortası üçüncü kişilere verilen zararların tazminine ilişkindir. Risk yönetimi yönünden bakıldığında sigorta bir tür risk finansmanı aracıdır. Kayıp gerçekleştiğinde bunun yol açtığı zararı gidermeye yöneliktir. Bu bakımdan sigorta risk yönetiminin bir parçasını oluşturur. Risk yönetiminin diğer parçası kayıpları önleme ve etkilerinin azaltılmasıyla ilişkilidir. Buna risk kontrolü adı verilir. Risk kontrolü aşamasında kaybı veya zararı önlemek ve etkisini azaltmak için gerekli tüm tedbirler alınır. Benzetmek gerekirse, risk kontrolü koruyucu hekimlik risk finansmanı ise tedavi edici hekimlik gibidir. Takdir etmek gerekir ki, her ikisi de risk yönetimi açısından önemlidir ve biri olmadan diğeri eksik kalacaktır. Ne kadar önlem alınırsa alınsın bazı risklerin gerçekleşmesi kaçınılmazdır. Bu gibi durumlarda, söz konusu zararın en iyi şekilde tazmin edilmesi gerekir. Hekim mesleki sorumluluk sigortası bu noktada devreye girerek finansman anlamında hekime destek olmaktadır. Hekimler zaman zaman çeşitli sebeplerle yanlış uygulamalar yapabilir. Hata, ihmal veya kusurdan kaynaklanan bu tip durumların malpraktis olarak adlandırıldığı daha önce ifade edilmişti. Hekim mesleki sorumluluk sigortası malpraktisin önlenmesine ilişkin olmayıp sonucuyla bağlantılıdır. Malpraktis sonucunda ortaya çıkan tazminat ve diğer masrafların karşılanmasında hekim mesleki sorumluluk sigortasından yararlanılır (Özbolat, 2006:253). Öte yandan, risk yönetimi prensiplerinin doğru bir şekilde uygulanması durumunda malpraktis vakalarında ciddi bir azalışın ortaya çıkması beklenmelidir.

SONUÇ

Tıbbi malpraktis hekimler için son derece ciddi bir sorundur. Her hekim sadece mesleğini yapmak ve mesleki konular üzerine odaklanmak ister. Ancak malpraktis sonucu oluşan olaylar hekimleri hukuksal ve finansal açıdan güç duruma sokabilir. Bu nedenle, hekimlerin bu konuda gerekli tedbirleri alması önem taşımaktadır.

Malpraktis vakalarının azaltılması ve sonuçlarının tazmin edilebilmesi temelde iyi bir risk yönetimine bağlıdır. Risk yönetiminin birinci parçası olan risk kontrolü kayıpların önlenmesi ve etkilerinin azaltılmasıyla ilgilidir. Risk yönetiminin diğer parçası olan risk finansmanı ise, önlenemeyen kayıpların yol açtığı zararın tazmin edilmesiyle ilgilidir. Hekim mesleki sorumluluk sigortaları, bu kayıpların tazminini sağlayarak hekimin finansal açıdan zor duruma düşmesini engeller.

Ülkemizde hekim mesleki sorumluluk sigortası oldukça yeni bir uygulamadır ve Türk Tabipler Birliği tarafından ciddi eleştiriye maruz kalmıştır. Bununla beraber TTB bu sigortayı tümenden reddetmemiş ve kendi önerilerini getirerek düzel-

tilmesi ve iyileştirilmesi yönündeki görüşlerini beyan etmiştir.

Hastanelerde risk yönetimi uygulamalarının tam anlamıyla hayata geçirilmesiyle malpraktis vakalarının nedenlerinin ve sonuçlarının azaldığı görülecektir. Böylelikle, hekimler asıl işlerine odaklanarak daha rahat bir şekilde çalışabileceklerdir.

KAYNAKLAR

- **Başkan T., (2006).** Hekimlerin Ceza Hukuku Karşısındaki Durumları, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi No: 48, s. 09-30.
- **Dorfman M.S. (2002).** Introduction to Risk Management and Insurance, Seventh Edition, Prentice Hall, New Jersey.
- **Güleç S., Gökmen H., (2009).** Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri, 19-21Mart, Antalya.
- **Mızrak, B., Celbiş, O. (2007).** Patoloji ve Malpraktis, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt: 14 (3), s.213-217.
- **Özbolat M. (2006).** Temel Sigortacılık, Seçkin Yayıncılık, Ankara
- **Rejda E.G. (2005).** Principles of Risk Management and Insurance, Ninth edition, Addison-Wesley, Boston
- **Resmi Gazete, Sayı 26296, 2006.**
- **Resmi Gazete, Sayı 27478, 2010.**
- **Tuğcu ve ark., (2009).** Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis, www.istabip.org.tr/media/upload/klinik_2009_22/02.pdf. Erişim tarihi: Mart 2009.
- www.Doktordergisi.com/45/haberdetay.asp. Erişim Tarihi: Mart 2009.
- www.npsf.org. Erişim tarihi: Mart 2009.
- www.ttb.org.tr/index.php/hukuk/mes-sor-sigortalarinmenu-37/45-m-sor. Erişim Tarihi: Mart 2009.
- www.ttb.org.tr/index.php/hukuk/hukuk-haberleri/1432-malpraktis. Erişim tarihi Şubat 2009

SAĞLIK HİZMETLERİNDE OLAY RAPORLAMA VE HASTA GÜVENLİĞİNE ETKİLERİ

EVENT REPORTING IN HEALTH SERVICES AND EFFECT TO PATIENT SAFETY

Dr. Diş Hekimi Selma ALTINDİŞ*

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının olay raporlamaya karşı tutumları ve hastanelerdeki olay raporlamanın hasta güvenliğine etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda, sağlık çalışanlarının olay raporlama konusundaki algıları ve olay raporlama faaliyetinin hasta güvenliğine etkileri araştırılmıştır. Özellikle hastanelerdeki olay raporlama uygulamaları, güvenli sağlık bakım sonuçlarına erişme açısından önemlidir. Bu aynı zamanda hasta bakımını iyileştirme ve hataları azaltma gibi ek amaca sahip olan sağlık kuruluşları için zorunluluktur. Dolayısıyla olay raporlama, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, hatalı süreç ve uygulamaların belirlenmesi ve güvenli bakım verilmesinde temel anahtar olarak dikkate alınması gereken önemli bir konudur. Analiz sonuçları, olay raporlama faaliyetinin hasta güvenliği üzerinde belirleyici etkiye sahip olduğu ve çalışanların olay raporlama konusundaki algısının ne olumlu nede olumsuz yani orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Olay Raporlama, Hasta Güvenliği, Sağlık Hizmetleri.

ABSTRACT

This study aim is to analyze health workers attitudes towards event reporting and to investigate effects of event reporting to patient safety in hospital. With this aim in mind, the level of employees perception of on event reporting, and event reporting in hospitals effects to patient safety have been surveyed. Especially event reporting applications in hospital are important for the purpose of achieving safety

* AKÜ Tıp Fakültesi ANS Uygulama ve Araştırma Hastanesi Diş Hekimliği Ünitesi, Afyonkarahisar

health care outcomes. This is also obligation for healthcare organizations that have the additional goals of improving patient care and decreasing medical errors. So event reporting is important issue have to be taken in consideration for patient safety as it is the main key for health-care in assessment, identifying error of implementations and processing and delivery of safety care. The results of analyses showed that there is significant effect of event reporting activity on the patient safety and the level of employees perception of on event reporting is neither a positive nor the negative level that is the middle level.

Key Words: Event Reporting, Patient Safety, Health Services.

GİRİŞ

Hasta güvenliğinde olay raporlama sistemleri, organizasyonların kendi bünyeleri içerisinde, hasta güvenliğine ilişkin sorunlarının tanımlanmasına yardımcı olacak bir uygulamadır. Bu uygulama ile organizasyonların, ortaya çıkan olaylardan elde edilecek bilgilerle, hem kurumsal hem de sistematik bir öğrenme sürecini gerçekleştirmesi mümkün olabilecektir. Çoğunlukla, sağlık hizmeti organizasyonları kendi hatalarından öğrenme konusunda başarısız olmaktadır (Mikkelsen vd., 2006, 28-9).

Sağlık hizmeti sunan organizasyonlar, hatalar meydana geldiğinde önceki deneyimlerinden de yararlanarak önleyici faaliyetleri belirleme ve uygulamaya koyma için gerekli davranışlar içine girememektedirler. Dolayısıyla da sürekli olarak aynı hatalar tekrar edilmekte ve hastalar bu önlenemez hatalar nedeniyle zarar görmektedirler. Ancak hasta güvenliğine ilişkin ortaya çıkan sorunların kaynaklarını ve nedenlerini tam ve açık olarak tanımlama, riskli süreç ve uygulamaları belirleme, hasta güvenliğinin gelişmesi için gereklidir (Giles vd., 2006, 108-9; Lawrence ve Gill, 2007, 721; Walsh ve Jiju, 2007b, 312-3; WHO, 2005, 12-28). Ayrıca kurum içindeki mevcut suçlama ve cezalandırma anlayışının, olay raporlamaların ve gerekli iyileştirilmelerin yapılmasını engelleyeceği de unutulmamalıdır (Hindle vd., 2005, 20-2 Beasley vd., 2004, 56; Neuspiel, 2008).

Sağlık hizmetleri sunumunda hastalar, doğal olarak bir takım tıbbi hatalara maruz kalırlar. Ortaya çıkan bu hataların sağlık profesyonellerince raporlanması, hasta güvenliği problemlerinin tespit edilmesinde temel araçtır. Olay raporlama sistemi, hataları tanımlama, analiz etme, değerlendirme, kazaların ve yaralanmaların sıklığını ve ciddiyetini azaltmak için gerekli bilgi kaynaklarını oluşturmaya imkân verir. Olay raporlama organizasyon içinde güvenli uygulamaların da köşe taşıdır. İyileştirme yapılacak riskli ve tehlikeli alanları belirlemeye ve sistemin neresinde hatanın ortaya çıktığına yönelik bilgileri üretme fırsatı verir. Gerekli analizler ve değerlendirmeler sonrasında orta çıkan bilgilerin paylaşımına sunumu ile geri bildirim sağlanması, yapılacak değişimlerin benimsenmesini sağlayacaktır (Kilbridge and Classen, 2008, 401; WHO, 2005, 7-8; Beasley vd., 2004, 58).

Hata raporlamanın en temel amaçları, epidemiyolojik verilerin toplanmasının yanında öğrenmenin gelişmesi için kullanılabilen niteliksel bilgiyi toplamaktır. Çünkü buradaki temel amaç, kişilerin yaşadığı hata ve istenmeyen olaylar konusundaki tecrübelerinden organizasyonun tümünün öğrenebilmesinin sağlanmasıdır (Giles vd., 2006,108-9, WHO, 2005, 12). Olay raporlama ayrıca hastaya zarar verecek muhtemel hataları azaltmak için sistemde değişiklik yapma girişimlerine kaynak sağlar. Çünkü raporlardan elde edilen yararlı bilgiler vasıtasıyla sağlık hizmeti veren sistemler ve süreçler için bir takım öneriler geliştirilebilir. Geliştirilen bu öneriler doğrultusunda değişimler gerçekleştirilebilir. Tüm bunların sonucu olarak hatalardan öğrenme imkânı tanıyacak olan olay raporlama; çözümlerin geliştirilmesi, değişiklikler için önerilerde bulunma, elde edilen bilgilerin organizasyon boyunca yayılmasını sağlayacak nitelikte olması gereklidir (WHO, 2005, 7-12; Beasley vd., 2004, 58-9). Bunun için raporlamayı destekleyen bir organizasyonel iklimin, liderliğin, eğitim faaliyetlerinin, iyi işleyen bir güvenlik komitesinin, güçlü bir iletişimin, bunları gerçekleştirebilecek enformasyon sistemlerinin bulunması gereklidir (Jossi vd., 2002, 41).

Kuramsal çerçeveye dayanarak, bu çalışmada, sağlık kuruluşlarında uygulanan olay raporlamanın hasta güvenliğini artıracak varsayılmaktadır. Diğer bir ifadeyle, olay raporlama ile elde edilen bilgilerin hatalı süreç ve uygulamaların belirlenmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasına imkan vereceği için hasta güvenliğinin artmasını sağlayacaktır. Dolayısıyla olay raporlamanın hasta güvenliği üzerinde olumlu bir etkiye sahip olacağı düşünülmektedir.

MATERYAL - METOD

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma iki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik açıklayıcı bir çalışmadır. Çalışma bu doğrultuda bir bağımsız değişken (bilgi yönetimi) ile bağımlı değişken (hasta güvenliği performansı) arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı hedeflemektedir.

Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Afyonkarahisar ‘da kalite belgesi almış 50 yatak ve üstü hastanelerde uygulanacaktır. Kalite belgesi ya da ISO belgesi alan hastanelerin araştırma kapsamına alınmasının nedeni, bu hastanelerde kalite yönetim süreci içinde çalışma ortamında hasta güvenliğine yönelik verilerin bulunacağı düşüncesidir.

Araştırmanın Kısıtları

Bu çalışmanın ortaya çıkarılmasında bazı kısıtların varlığından söz edilebilir. Türkiye’de sağlık kurumlarında olay raporlama ve hasta güvenliği programlarının uygulanmasına yönelik yasal bir zorunluluk yoktur. Standart uygulamalara

ulaşılamaması, her sağlık kurumunda farklı olay raporlama ve hasta güvenliği politikaları ve uygulamalarına rastlanmasına sebep olmaktadır. Bu durum ise yöneltilen soruların/ifadelerin ankete katılanların zihninde aynı anlam karşılıklarına sebep olup olmayacağı sorusunu akla getirmektedir. Diğer bir sınırlılık ise uygulama safhasında ortaya çıkabilecek sektör çalışanlarının yoğun çalışmaları sebebiyle katılımın belirli bir düzeyde kalmış olması olabilir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Afyonkarahisar il merkezindeki kalite belgesi alan, 50 yatak ve üzeri özel hastaneler, devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinde çalışan personel olarak tanımlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinden ISO belgesi alan yatak sayısı en fazla olan iki Sağlık Bakanlığı hastanesi, ISO belgesi alan bir özel hastane ve birde üniversite hastanesi örnekleme alınmıştır. Örneklem hacminin hesaplanmasında, çalışmada yer alan bağımlı değişken sayısının (ölçek madde sayısı) 10 katı büyüklüğü ($36 \times 10 = 360$) dikkate alınarak hesaplanmıştır.

İlgili hastanelerde çalışmaya katılmayı kabul eden tüm çalışanlar örneklem kapsamına alınmıştır. Örneklemi oluşturan hastane sayısı dört, ankete katılan çalışan sayısı toplam 362 olup, ana kütleinin yaklaşık % 18,8'ini oluşturmaktadır. Ankete katılan hastaneler, çalışan sayısı, yatak kapaiteleri, dağıtılan anket sayısı ve katılım seviyesine göre dağılım aşağıdaki Tablo 1. sunulmuştur.

Tablo 1. Örneklemen Dağılımı.

Hastane Adı	Yatak Sayısı	Çalışan Sayısı	Dağıtılan Anket	Ankete Katılan Sayısı
Özel Park Hastanesi	50	200	75	64
Afyon Kocatepe Üniversitesi ANS Uygulama Ve Araştırma Hastanesi	425	446	220	180
SB Zübeyde Hanım Doğumevi	280	310	70	41
SB Afyonkarahisar Kocatepe Devlet Hastanesi	400	970	150	76
	250			
Toplam	1405	1926	515	362

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, hasta güvenliğidir. Bağımsız değişkeni ise; olay raporlamadır. Ayrıca bağımlı değişkenimiz hasta güvenliğine ilişkin alt gruplar ve ifade sayıları aşağıda verilmektedir:

- Teknoloji ve çevre unsurlarına yönelik 4 ifade,
- Güvenlik kültürüne yönelik 9 ifade,

- Liderlik konusuna yönelik 10 ifade,
- Güvenlik eğitimine yönelik 6 ifade bulunmaktadır.

Çalışanların eğitim durumu, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, hastane şekli diğer kontrol değişkenleridir.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen olay raporlama değerlendirme formu kullanılmıştır. Bu form, Acil Bakım Araştırma Enstitüsü (Emergency Care Research Institute -ECRI) tarafından geliştirilmiş olan Self-Assessment Questionnaire anketinden uyarlanmıştır ¹. Olay raporlama durumu ve hasta güvenliğine etkisini ölçmek amacıyla kullanılan soru formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik bilgiler olup, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalıştıkları kurum, çalışma süresi, çalışma birimi ve alanına yönelik soruları içermektedir. Ayrıca soru formlarında, kurumun yatak sayısı ve sahibi olduğu kalite belgesi gibi kurumu tanımlayan bilgilere ulaşılmaya çalışılmıştır. İkinci bölümde ise çalışanların olay raporlamaya karşı tutumlarını belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Soru formunda değişkenlere ilişkin ifadelerde 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Olay raporlamaya yönelik ifadelerde seçenekler, "1-kesinlikle katılmıyorum, 2-katılıyorum, 3-kararsızım, 4- katılıyorum ve 5- kesinlikle katılıyorum" biçiminde sıralanmıştır. Yüksek değerler, olumlu olma durumunu ifade etmektedir (5,00 - 4,21 Çok Olumlu; 4,20 - 3,41 Olumlu; 3,40 - 2,61 Orta, 2,60 -1,81 Olumsuz; 1,80-1 Çok Olumsuz).

Analiz yöntemi

Araştırmada kullanılan istatistikler;

Tanımlayıcı istatistikler; ilk olarak araştırmaya katılan kuruluşların ve çalışanların demografik özelliklerine ilişkin verilerin özetlenerek genel bir değerlendirme yapılmasına olanak sağlamak amacıyla tanımlayıcı istatistik olarak, frekans dağılımlarından yararlanılmıştır. Çalışmada kullanılacak bir değer tanımlayıcı istatistik ise araştırmanın değişkenleri için ortalama ve standart sapmalardır.

Yorumlayıcı istatistikler; Bu araştırmada istatistiksel analiz olarak, Korelasyon analizi, Regresyon analizi ve T-Testi analizleri kullanılmıştır. Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkileri ortaya koymak için korelasyon analizinden yararlanılırken, olay raporlamanın hasta güvenliğini ne ölçüde açıklayabildiğini belirlemek amacıyla regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizi, bir bağımlı değişken ve bunu açıklamaya çalışan bir ya da daha fazla bağımsız değişkenden meydana gelen bir ilişki inceleme metodudur. Bu analiz, bağımsız değişken veya değişkenler

¹ Acil Bakım Araştırma Enstitüsü (Emergency Care Research Institute - ECRI). 10.5.2009. https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_SAQ30.pdf.

tarafından bağımlı değişkende açıklanan toplam varyansın yorumlanmasına, istatistiksel anlamlılığına ve ilişkinin yönüne ilişkin yorum yapma imkanı vermektedir (Altunışık vd., 2004, 306).

Olay raporlama sisteminin varlığı ve yokluğuna ilişkin hasta güvenliği algısının farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi yapılmıştır. Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizi bilgisayarda istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm analizlerde güven aralığı %95 ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir

BULGULAR

Anket çalışması sonucunda toplam 362 geçerli anket formu elde edilmiştir. Bu anketlerin kontrol değişkenleri ya da demografik verileri aşağıda verilmiştir.

Ankete cevap verenlerin % 24'ü erkek, % 76'sı bayandır. Neredeyse dört çalışandan üçünün bayan olması, genel olarak sağlık hizmetlerinde bayanların istihdamının yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışanların önemli bir çoğunluğu (% 49,4), 26-35 yaş grubunda yer almaktadır. 18-25 yaş arasında bulunanların oranı ise % 33,1'dir. Çalışanların % 33,7'si önlisans ve % 30,4'ü lisans, % 11,9 u da lisansüstü eğitim almıştır. Ankete cevap verenlerin % 30,9'u cerrahi tıp bilimlerinde, % 22, 1'i dahili tıp bilimlerinde, % 10,5'i yoğun bakımlarda, % 9,1 'i laboratuvar birimlerinde, % 24'ü ise diğer birimlerde çalışmaktadır. Araştırma grubunun demografik bilgileri Tablo 2'de verilmektedir.

Tablo 2. Araştırma Grubunun Demografik Bilgileri.

Kontrol Değişkenleri		Sayı	%
Cinsiyet	Bayan	275	76
	Erkek	87	24
Eğitim	İlköğretim-Lise	87	24
	Önlisans	122	33,7
	Lisans	110	43
	Lisansüstü	43	11,9
Hastane	Devlet	118	32,6
	Üniversite	180	49,7
	Özel	64	17,7
Çalışma Süresi	1 yıldan az	78	21,5
	1-5 yıl	152	42
	6-10 yıl	80	22,1
	11-15 yıl	38	10,5
	16 +	14	3,9
Çalışma Birimi	Cerrahi	112	30,9
	Dahili	80	22,1
	Yoğun Bakım	38	10,5
	Temel Tıp	12	3,3
	Laboratuvar	33	9,1
	Diğer	87	24

Kontrol Değişkenleri		Sayı	%
Yaş	18-25	120	33,1
	26-35	179	49,4
	36-45	52	14,4
	46-55	11	3
Yatak	50-99	64	17,7
Kapasitesi	100-199	-	-
	200+	298	82,3
Haftalık Çalışma Saati	20 den az	15	4,1
	20-39	17	4,7
	40-59	283	78,2
	60-79	41	11,3
	80 +	6	1,7
Görev	Hemşire	196	54,1
	Uzman Hekim	23	6,4
	Pratisyen Hekim	7	1,9
	Teknisyen	33	9,1
	Sorumlu Hemşire	10	2,8
	Sekreter	51	14,1
	İdari	5	1,4
	Hasta Bakıcı	5	1,4
	Diğer	32	8,9

Hastane içinde olay raporlama sistemi var olup olmadığı sorgulanmış ve 266 kişi olay raporlama sisteminin var olduğunu, 96 kişi (%24'ü) ise olay raporlama sisteminin yok olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 3). Bu sonucun nedeni hastanede çalışan bazı personelin (sekreter, hasta bakıcı ve diğer görevlerde çalışanlar) olay raporlama konusunda bilgileri olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tablo 3. Olay Raporlama Sistemi.

OLAY RAPORLAMA SİSTEMİ		
	Frekans	%
Var	266	% 76
Yok	96	% 24

Son 12 ay içinde kaç tane olay raporlama olduğu ve hastanelere göre dağılımına ilişkin sonuçlar ise Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Olay Raporlama sayısı ve Hastanelere Göre Dağılımı.

Olay raporlama	Geçen 12 ay içinde	Hastane			Toplam
		Devlet Hst n (%)	Üniversite Hst n (%)	Özel Hst n (%)	
	0 olay raporu	86 (%28,9)	164 (%55,0)	48(%16,1)	298 (%100,0)
	1-2 olay raporu	20 (%57,1)	8 (%22,9)	7 (%20,0)	35 (%100,0)
	3-5 olay raporu	9 (%45,0)	5 (%25,0)	6 (%30,0)	20 (%100,0)
	6-10 olay raporu	2 (%50,0)	1 (%25,0)	1 (%25,0)	4 (%100,0)
	11-20 olay raporu	0 (% ,0)	1 (%100,0)	0 (% ,0)	1 (%100,0)
	21+ olay raporu	1 (%33,3)	1 (%33,3)	1 (%33,3)	3 (%100,0)
	Toplam	118 (% 32,7)	180 (% 49,9)	63 (%17,5)	361 (%100,0)

Anket Formunun Güvenilirliği

Anket formumuz içinde yer alan olay raporlamayla ilgili ifadelere Cronbach's Alpha testi ayrı ayrı SPSS 16.0 Versiyonu kullanılarak uygulanmıştır. Benzer bir çok çalışmada olduğu gibi bu çalışmada da Cronbach's Alpha güvenirlik testi kullanılmıştır. Yurdagül'ün alıntı yaptığı Murphy & Davidshoper ve Nunnally'ye göre güvenirlik katsayısının 0.70 ve üzeri değerde olması ölçeğin güvenirliği için gerekmektedir ². Güvenirlik analiz sonuçları tablo 5'de yer almaktadır.

Tablo 5. Olay Raporlamaya Yönelik Soruların Güvenirlik Analiz Sonuçları

Olay Raporlamaya Yönelik Soruların Güvenirlik Analiz Sonuçları		
$\alpha = 0,864$		
	A	X
İfade 1	0,866	3,1188
İfade 2	0,858	2,7652
İfade 3	0,840	3,1409
İfade 4	0,835	3,2652
İfade 5	0,836	3,1934
İfade 6	0,837	3,2956
İfade 7	0,839	3,3425

Olay raporlamaya ait ölçeğin alfa katsayısı, 0,864 olarak bulunmuştur. Bu oran yukarıda belirtilen 0,70 değerinin üzerinde olduğundan ankette yer alan olay raporlama ölçeğinin güvenilir olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca her bir ifadenin alfa katsayıları da 0,70 değerinin üzerinde olduğu için hiçbir soru değerlendirme dışı bırakılmamıştır. Dolayısıyla anketin güvenirliği yüksektir.

² Yurdagül, H. (b.t.) 12.08.2009. <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/Guvenirlik.pdf>

Liderliğe ait alfa katsayısı 0,881, güvenlik kültürüne ait alfa katsayısı 0,842, hasta güvenliği eğitimine ait alfa katsayısı 0,885, teknoloji ve çevreye ait alfa katsayısı 0,860 olarak bulunmuştur. Hasta güvenliğine yönelik soruların her bir başlığına ait güvenilirlik analiz sonuçları Tablo 6’da verilmektedir.

Tablo 6. Hasta Güvenliğine Yönelik Soruların Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Hasta Güvenliği			
Liderlik	Güvenlik Kültürü	Hasta Güvenliği Eğitimi	Teknoloji Ve Çevre
$\alpha = 0,881$	$\alpha = 0,842$	$\alpha = 0,885$	$\alpha = 0,860$

Olay Raporlama İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 7’de hasta güvenliğinde olay raporlama ile ilgili tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır.

Tablo 7. Olay Raporlama İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

İFADELER	X	SS	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
1. Hastanede hasta güvenliği, tıbbi hataların raporlanmasında sorumluluğun olduğu fakat cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım vardır.	3,118	1,126	9,7	19,9	28,5	32,9	9,1
2. Tıbbi hataların, zamanında raporlanması için ödüllendirme programı uygulanır	2,765	1,201	17,7	24,9	29,3	19,6	8,6
3. Olay raporlama sistemi tüm organizasyon içinde kolay raporlamaya imkan verir.	3,140	1,111	8,6	19,3	32,0	29,6	10,5
4. Hataya neden olan eğilimleri değerlendirmek ve belirlemek için analiz edilen tüm raporlar, birleştirilir	3,265	1,034	6,1	16,0	32,6	35,9	9,4
5. Raporlanmış hasta güvenliği sorunlarını sunmak için strateji düzeyinde personele periyodik olarak geri bildirim yapılır.	3,193	1,068	7,7	18,2	28,7	37,6	7,7
6. Hastanede, yüksek düzeyde risk içeren süreçler yılda en az bir kere değerlendirir.	3,295	1,059	6,6	14,6	32,3	35,4	11,0
7. Bu değerlendirme sonrası riskli süreçlerde başarısızlık saptanırsa; süreç yeniden düzenlenir.	3,342	1,065	5,8	15,7	29,0	37,3	12,2
Hasta Güvenliğinde Olay Raporlama	3,160						

1-Kesinlikle katılmıyorum,

2-Katılmıyorum,

3- Kararsızım,

4-Katılıyorum,

5-Kesinlikle katılıyorum.

5,00 - 4,21 Çok Olumlu;

4,20 - 3,41 Olumlu;

3,40 - 2,61 Orta,

2,60 -1,81 Olumsuz;

1,80-1 Çok Olumsuz.

Tıbbi hataların, zamanında raporlanması için ödüllendirme programı uygulanır ifadesi en düşük ortalamaya sahiptir (2,765)(Tablo 7). Bu durumda olay raporlamayı destekleyecek etkili bir ödüllendirme programının olmadığı söylenebilir. Ancak ankete cevap verenlerin % 46,4’de hastanede, yüksek düzeyde risk içeren süreçlerin yılda en az bir kere değerlendirildiği düşüncesine sahiptir. Aynı zamanda “bu değerlendirme sonrası riskli süreçlerde başarısızlık saptanırsa; süreç yeniden düzenlenir” ifadesi de en yüksek ortalamaya sahiptir (3,342). Genel olarak hasta güvenliğinde olay raporlama ile ilgili düşüncelerin ne olumlu nede olumsuz, orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Olay raporlamaya yönelik çalışanların algı düzeylerinin ne olumlu nede olumsuz oldukları görülmesi, bu konuda da bazı eksikliklerin olduğunu düşündürmektedir. Bu konuda olumsuz düşüncelere baktığımızda, olay raporlamaya yönelik en düşük puanı alan (2,76; 3,11) ifadeler “Tıbbi hataların, zamanında raporlanması için ödüllendirme programı uygulanır” ve “Hastanede hasta güvenliği, tıbbi hataların raporlanmasında sorumluluğun olduğu fakat cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım vardır” ifadeleridir. Burada çalışanların herhangi bir güvenlik olayını bildirdiklerinde cezalandırılacağı korkusuna sahip oldukları söylenebilir. Hâlbuki olay raporlamayı teşvik eden en önemli unsurun cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım olduğu bilinmelidir. Bu anlamda hasta güvenliği için hastanelerde, raporlamayı teşvik eden konular üzerinde durulması ve uygulanması önerilebilir.

Sağlık kurumlarında olay raporlama ile hasta güvenliği arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısının 1,00 olması, mükemmel pozitif bir ilişkiyi; -1,00 olması mükemmel bir negatif ilişkiyi; 0,00 olması ilişkinin olmadığını gösterir. Korelasyon analizi ile hesaplanan korelasyon katsayısı r mutlak değer olarak 0,70 – 1,00’un arasında ise “yüksek”; 0,70 -0,30 arasında ise “orta” ve 30’un altında ise iki değişken arasındaki ilişkinin düşük düzeyde olduğu kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2004, 32). Hasta güvenliği, güvenlik kültürü, liderlik, eğitim programları, teknoloji ve çevre parametrelerinin toplamı esas alınarak değerlendirilmiştir.

Tablo 8. Olay Raporlama Faaliyeti Ve Hasta Güvenliği Arasındaki İlişki

	Hasta Güvenliği
Olay Raporlama	0,850**

** korelasyon %1 düzeyinde anlamlı (2 kuyruklu)

Tabloda 8’de görüldüğü gibi olay raporlama faaliyetleri ile hasta güvenliği ilişkisi dikkate alındığında % 99 güven aralığında olay raporlama faaliyetleri ile hasta güvenliği arasında pozitif, yüksek düzeyde ilişki vardır (r değeri 0,850).

Sağlık hizmetlerinde uygulanan olay raporlama faaliyetlerinin hasta güvenliği üzerinde anlamlı herhangi bir etkisinin olup olmadığını belirlemek için reg-

resyon analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizi ile değişkenler arasındaki ilişkinin varlığı ve derecesi ortaya koyulduktan sonra, geliştirilen hipotezleri test etmek için regresyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 9. Olay Raporlamanın Hasta Güvenliğine Etkisi

Bağımsız Değişken	B Değerleri	Standart Hata	β Değerleri	T Değerleri	P Değerleri
Sabit	0,890	0,080	-	11,124	0.000
Olay raporlama Faaliyeti	0,750	0,025	0,850	30,604	0,000
R= 0, 756 R ² =0,722 F = 950,590 p= 0, 000					

Analiz sonuçları incelendiğinde olay raporlamanın hasta güvenliğinin anlamlı bir açıklayıcısı olduğu görülmektedir (R= 0, 756, R²=0,722, F = 950,590, p < 01). Hasta güvenliğine ilişkin toplam varyansın % 72'sinin olay raporlama ile açıklandığı ifade edilebilir. Analizde, olay raporlama bağımsız değişken, hasta güvenliği bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Beta değerleri incelendiğinde bilgi yönetiminin hasta güvenliği üzerindeki etkisinin yaklaşık % 85 olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, bilgi yönetiminin hasta güvenliği üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir (p < 0,05). Regresyon analizi sonuçlarına göre hasta güvenliğinin açıklanmasına ilişkin regresyon eşitliği aşağıda verilmiştir.

HASTA GÜVENLİĞİ= 0,890+ 0,750 OLAY RAPORLAMA

Bu durumda olay raporlamanın hasta güvenliği üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Olay raporlama sisteminin varlığı ve yokluğu bakımından hasta güvenliğine ilişkin algılama durumunun farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi yapılmıştır. T-testi sonuçları aşağıdaki Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Değişkenlerin Olay Raporlama Sistemine Bağlı Olarak Değişmesi.

DEĞİŞKENLER	OLAY RAPORLAMA SİSTEMİ				T – TESTİ SONUÇLARI	
	Var		Yok			
	266		96			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	t-değeri	P değeri
HASTA GÜVENLİĞİ	3,3609	0,71476	2,9692	0,64010	4,725	0,000

Tablo 10'da olay raporlama sisteminin varlığı ve yokluğuna bağlı olarak hasta güvenliğine ilişkin algılama durumunun değiştiği görülmektedir ($p < 0,05$). Olay raporlama sistemi var diyenlerin yok diyenlere göre hasta güvenliği yönünden genel hasta güvenliği algılama ($\chi = 3,3609$; $\chi = 2,9692$) durumlarının daha olumlu olduğu görülmektedir.

Olay raporlama sistemi var diyenlerin yok diyenlere genel hasta güvenliği algılama durumlarının daha olumlu olduğu görülmektedir. Eğer hastanelerde bir olay raporlama sistemi var ve iyi bir şekilde işliyorsa, bu hastanede olay raporlama konusunda etkin bir liderliğin, raporlama için uygun bir iş ortamının olduğu ya da güvenlik kültürünün olduğu söylenebilir. Ayrıca raporlamanın öneminin kavrandığı, bunun için gerekli eğitimlerin verildiği bir organizasyon olduğu düşünülebilir. Çünkü olay raporlama tüm personelin katılımının sağlanması için etkin bir liderliği, personelin bu konuda eğitilmesini, iyi bir güvenlik ikliminin kurum içinde olmasını gerektirir.

TARTIŞMA

Organizasyon içinde mevcut olan hasta güvenliği sorunlarının belirlenmesi, ortaya çıkan sorunların nedenlerinin tam ve açık olarak tanımlama, tanımlanan olayların organizasyon boyunca paylaşılmasını sağlayarak hatalardan öğrenmeyi gerçekleştirme olay raporlamalarını zorunlu kılar. Ayrıca organizasyonlarda riskli süreç ve uygulamaların belirlenmesinde ve hasta güvenliğinin gelişmesinde olay raporlama sistemlerinin kurulması oldukça önemlidir.

Çalışmamızın sonuçları, Sorra ve arkadaşlarının (2008) sonuçlarıyla kısmen benzerlik göstermektedir. Sorra ve arkadaşlarının 2008'de yaptıkları bir çalışmada personelin genel olarak olay raporlama konusundaki tutum ve algısının çok olumlu olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise personelin olay raporlama konusundaki algısının ne olumlu nede olumsuz orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca Sorra ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bu çalışmada personel içindeki kayda değer bir grup, olay raporlamanın cezai sonuçlarından korktuklarını belirtmişlerdir. Mikkelsen ve arkadaşlarının (2006) hekimlerle yaptığı bir başka çalışmada da olay raporlama konusunda hekimlerin pozitif bir davranış ve algı içinde oldukları belirtilmektedir.

Wilson ve arkadaşları (2008) 201 hemşire ve doktor üzerinde yaptıkları başka bir çalışmada hemşirelerin hekimlere göre daha pozitif bir tutum ve algı içinde olduklarını bildirmektedir. Rogers ve arkadaşlarının (1988) mail yoluyla yaptıkları çalışmaya yaklaşık 3000 hekim katılmış, raporlama olayının zahmetli olduğunu belirtmişlerdir. Coyle ve arkadaşları (2005) ise olay raporlama konusundaki temel engellerin zaman yetersizliği, ilave kâğıt işi, kişisel itibar ve kariyer endişesi olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca Coyle ve arkadaşları eğitim programlarına katılım ile olay raporlama konusundaki tutum ve algılar arasında pozitif bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri oldukça karmaşık, birçok sağlık profesyonelinin, farklı işleri ve uygulamaları içinde barındıran bir hizmet sektörüdür. Dolayısıyla bu alanda hataların görülmesi çok doğaldır. Ancak hataların minimalizasyonu hem ekonomik hem de etik zorunluluktur. Hataların azaltılması için hataların belirlenmesi, tanımlanması gerekmektedir. Bunun için de bir takım bilgilere gereksinim duyulur. Hatalı alanları, uygulamaları, süreçleri ve nedenlerini gösteren bu bilgiler, hatalı olayların raporlanmasıyla elde edilir. Bu çalışmada da görüldüğü gibi olay raporlama hasta güvenliği üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Dolayısıyla eksikliklere ve hatalara yönelik bir takım iyileştirmelerin yapılarak hasta güvenliğinin artırılması için olay raporlama uygulamaları gereklidir. Bunun sonucu olarak aşağıdaki önerilerde bulunmak mümkündür.

Hasta güvenliğinin oluşturulması ve gelişmesini isteyen hastanelere, formal olay raporlama sistemini kurup işlerlik kazanmasını sağlaması önerilen önemli bir konudur. Çünkü olay raporlama sisteminin sağladığı veriler, hatalı süreç ve uygulamaların belirlenmesinde belirlenen hataların azaltılması için gerekli faaliyetlerin planlanması ve uygulanması için son derece önemli bir bilgi kaynağıdır.

Sağlık hizmetlerinde olay raporlama faaliyetinin uygulanmasıyla, organizasyon içindeki personelin güçlendirilmesi/yetkilendirilmesi, yaratıcılığının geliştirilmesi, uygulamaların verimliliğini ve etkinliğini artırabilir. Böylece daha iyi organizasyonel performans ve hasta için daha güvenli sağlık hizmetine ulaşılabilir.

Hastanelerde uygulanan olay raporlama faaliyetinin hasta güvenliği üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Raporlama konusunda pozitif bir tutum ve algının gerçekleşmesi için uygulamaların değerlendirilerek başarılı birimlerin ödüllendirilmesi yararlı olabilir. Bu şekilde olay raporlama konusuna teşvik edilmesi mümkün olabilir. Başka bir deyişle motivasyon araçlarının kullanılması önerilebilir.

Ayrıca olay raporlamada amaç, cezalandırma olmamalı, bozuk olan sistemlerin tamiri olmalıdır. Sonuçta bireyler isteyerek hata yapmaz. Ve hatanın kişiden ziyade sistemden kaynaklandığı bilinmelidir. Sisteme yönelik iyileştirmelerin belirlenmesi açısından olay raporlama son derece önemlidir.

Sonuç olarak toplumun yarısından fazlasını etkileyen hasta güvenliği eksikliği probleminin çözümü için sistematik bilgi yaklaşımı içinde gerekli yatırımlar zaman kaybetmeden planlanarak uygulanmalıdır. Problemlerin önlenmesi, yönetilmesi ve daha iyi stratejilerin uygulanması ve düzeltilmesi, bilgilerin toplanarak analizi, yanlış giden şeylerin bulunmasında olay raporlama uygulamalarının zorunluluk olduğu bilinmelidir.

KAYNAKLAR

- **Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yıldırım, E. (2004).** Sosyal Bilimlerde - Araştırma Yöntemleri (3). Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- **Beasley, J.W., Escato, K.M, Karsh, B.T.(2004).** Design Elements for a Primary Care Medical Error Reporting System. Wisconsin Medical Journal. V.103. No.1 Pp.56-59.
- **Büyüköztürk, Ş. (2004).** Veri Analizi El Kitabı. (4) Ankara: Pegem A Yayınları.
- Coyle, Y. M. ,S Q Mercer, S.Q., Murphy-Cullen, C.L., Schneider, G.W., Hynan, L.S. (2005). Effectiveness of a Graduate Medical Education Program for Improving Medical Event Reporting Attitude and Behavior. Qual Saf Health Care 2005; 14:383-388.
- **Giles, S., Fletcher, M., Baker, M., Thomson, R.,(2006).** Incident Reporting and Analysis. In K., Walshe, R., Boaden, (Ed.). Patient Safety Research into Practice. (1) (108-117). Berkshire: Open University Pres.
- **Hindle, H., Braithwait, J., Iedem, R., (2005).** Patient Safety Research: A Review of the Technical Literature. Sydney: University of New South Wale., (21.5.2008). [http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/resources/Projects4/\\$file/cec_patient_safety_30111.pdf](http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/resources/Projects4/$file/cec_patient_safety_30111.pdf).
- **Joshi MS, Anderson JF, Marwaha S. A (2002).** Systems Approach to Improving Error Reporting. Journal Health Inf Manag. Winter; 16(1):40-5.
- **Kilbridge, M. P., Classen, D. C., (2008).** The Informatics Opportunities at the Intersection of Patient Safety and Clinical Informatics. Journal of the American Medical Informatics Association. Vol.15 (4), Pp. 397-407.
- **Lawrence, P., & Gill, S., (2007).** Human Hazard Analysis: A Prototype Method for Human Hazard Analysis Developed for the Large Commercial Aircraft Industry. Disaster Prevention and Management: An International Journal, 16 (5), 718-739.
- **Mikkelsen,T. H., Sokolowski, I., Olesen, F., (2006).** General Practitioners' Attitudes toward Reporting and Learning From Adverse Events: Results from a Survey.Scandinavian Journal of Primary Health Care. Vol. 24, No. 1, Pages 27-32.
- **Neuspiel, D.R., Guzman, M., Harewood, C.(2008).** Improving Error Reporting In Ambulatory Pediatrics with Team Approach. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches. Vol. 1, Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ Publication No. 08-0034-1, 2008.
- **Rogers, A. S., Israel, E., Smith, C.R., Levine, D., Mcbean, A.M., Valente, C., Faich, G.,(1988).** Physician Knowledge, Attitudes, and Behavior Related to Reporting Adverse Drug Events. Arch Intern Med. 1988; 148(7):1596-1600.
- **Sorra, J. Nieva, V., Fastman, B.R., Kaplan, H., Schreiber, G., King, M. (2008).** Staff Attitudes about Event Reporting and Patient Safety Culture in Hospital Transfusion Services. Transfusion, Volume 48, Number 9, September 2008, Pp.

1934-1942(9).

- **Walsh, K., & Jiju, A., (2007b).** Quality Costs And Electronic Adverse Incident Recording and Reporting System: Is There a Missing Link? International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 20 (4), Pp. 307-319.

- **Wilson,B., Bekker, H.L., Fylan, F. (2008).** Reporting Of Clinical Adverse Events Scale: A Measure of Doctor and Nurse Attitudes to Adverse Event Reporting. Qual Saf Health Care 2008; 17:364-367.

- **World Health Organization (2005).** WHO Draft Guidelines for Adverse Event

- Reporting and Learning Systems: From information to action. 28.8.2009. http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

- **Yurdagöl, H. (b.t.) 12.08.2009.** <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/Guvenirlilik.pdf>

HASTA GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMLARI

Prof. Dr. Fahri OVALI*

ÖZET

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya eliminasyonu olarak tanımlanır. Hasta güvenliği, ilk çağlardan beri toplumların önem verdiği konuların başında gelmekte ve her dönemde çeşitli uygulamalar yapılmakta ve önlemler alınmaktadır. Hasta güvenliği, tıbbi bir sorun olduğu kadar, ekonomik bir sorun olarak da ortaya çıkmaktadır. Tıbbi hatalar, tanı ve tedavi hataları olmak üzere iki ana başlık altında incelenebilir. Hastanede yapılan hatalar incelendiğinde en sık yapılan hataların allerji bilgilerinin yetersiz olması, uygun olmayan doz/atlanan doz, uygun olmayan veriliş yolu, duplikasyon, ilaç etkileşimi, yanlış ilaç seçimi, yanlış tedavi süresi, yanlış/eksik boy/kilo, yanlış formülasyon, uygun olmayan aralıkta ilaç verilmesi, ilaç verilmesinin tamamen unutulması, ilaç-besin etkileşimi, kısıtlanmış ilaç kullanımı, okunmayan ilaç orderı olduğu gözlenmiştir. Tıbbi hatalar, ortaya çıkış şekli ve sonuçları açısından farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Tıbbi hatalardaki kök nedenler arasında, kalitenin önünde bütçeleme veya politik düşüncelerin olması, bilgi, araştırma ve eğitimin önemini anlamama ve kibir yer almaktadır. İlaçlarla ilgili olarak, yazım hatalarının azaltılması kadar, dağıtım ile ilgili kısa ve uzun vadede alınabilecek önlemler bulunmaktadır. Bunun dışında, meydana gelen hatalarda sistematik bir yaklaşım uygulanması, çalışanlar arasında hasta güvenliği kültürünün ve medikal hatalara yaklaşım biçiminin ve davranış kalıplarının değiştirilmesi, çift kontrol sisteminin titizlikle uygulanması, hasta devirlerinin yapılandırılması yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Tıbbi Hatalar, Hasta Güvenliği Yaklaşımları

ABSTRACT

Patient safety is defined as the prevention and elimination of health care associated errors and patient injuries. Patient safety has been a major issue in social life since ancient times and various practices have been performed. Patient safety is not solely a medical issue, but is an economical issue as well. Medical errors can be

* Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hast. Eğt. ve Arş. Hast.

classified as diagnostic errors and therapeutic errors. Most common errors in hospitals include inadequate information on allergic status of patients, inadequate drug dosages, wrong route of application of drugs, forgetting or duplication of drugs, drug interactions, wrong drugs or wrong durations, wrong calculation of the weight or height of the patient, wrong formulations, drug and food interactions and unreadable drug orders. Medical errors can be classified in different ways according to the timing and consequences of the actions. The roots of medical errors may be the financial or political constraints on the quality of health care, failure to understand the importance of knowledge, investigation and research and extreme arrogance. Regarding drugs, there are many short term or long term precautions that can be taken starting from writing orders to drug distribution. Gaining a systematic attitude towards the investigation of medical errors, changing the patient safety culture and approach to medical errors of medical personnel, strict use of double-check procedures and making patient referrals in a structurilazed way are some of the precautions that can be taken.

Key Words: Patient Safety, Medical Errors, Patient Safety Approaches

HASTA GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMLARI

21. yüzyıldaki sağlık sistemlerinde amaçlanan temel konular, hasta güvenliği, etkili bir sağlık sistemi, hasta odaklı sağlık hizmeti, zamanında verilen ve verimli bir sağlık hizmeti ile sağlık hizmetinin tüm hizmet alanlara eşit olarak dağıtılması olarak özetlenebilir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya eliminasyonu olarak tanımlanır. Hasta güvenliği, bakımın kalitesi ile ilişkilidir ancak her ikisi aynı şey değildir. Güvenlik, kalitenin önemli bir alt grubudur. Bir diğer tanıma göre ise hasta Güvenliği, sağlık hizmetinin sunum aşamalarında görülebilecek ‘basit hatalar’ nedeniyle, hastalar, yakınları ve sağlık kuruluşunda çalışanlar için zararlı sonuçlanabilecek süreçleri ön görmek, zarar ve hataları engellemek çabasıdır.

Hasta güvenliği, son yıllarda gündemde daha fazla yer alıyor olmasına rağmen, aslında tarihin eski çağlarından beri var olan bir konudur. Örneğin MÖ. 1700’lerdeki Hamurabi kanunlarında, “Hekimin hastasını öldürmesi veya tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde, her iki elinin kesileceği...” (Madde 219) yazılmıştır. Daha sonraları Galen, bugün adeta tıbbın temel paradigmalarından biri olan “Primum non nocere” (önce zararlı olma) ilkesini ortaya koymuştur. 1883 yılında İngiltere’de “Tıbbi ihmal” kavramı, kanunlara girmiştir. Floranca Nightingale...” Bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor... “Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır” diyerek hem hasta güvenliği, hem de bu kavramın ayrılmaz bir parçası olan hastane enfeksiyonlarına dikkat çekmiştir. Osmanlılar döneminde de hasta güvenliğinin önemli bir yer tuttuğu, arşiv

belgelerinden anlaşılmaktadır. Örneğin bir belgede şöyle yazılmıştır: “Abdülmenan oğlu Mustafa Bey, saygıdeğer şer’i şerif meclisinde cerrahlık ilminde hazakati ve akranı arasında üstünlüğü belli olan bu belgenin hamili Küpeli kızı Saliha Hatun adındaki Kıpti kadın huzurunda kendi rızasıyla şu ikrar ve itirafta bulundu: “Ben fı-tık arazına müptelayım, tedaviye şiddetle ihtiyacım vardır. ..beni tedaviye başlamak üzere.. 1200 akçe ücreti peşin olarak Saliha Hatun’a ödeyip teslim ettim. Merkuma Saliha Hatun’un tedavisi dolayısıyla uyanamaz veya sözü edilen hastalıktan, Allahu Teala emriyle ölürsem, mirascılarım veya daha başkaları kan ve diyet davası açma-sınlar. Açarlarsa da hakimler nezdinde davaları kabul edilmesin” dedi. 1861 tarihli Belediye İспенçiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname’nin 18. Maddesinde ise “Reçete ile eczacı dükkanından yapı-lıp verilen ilaçların ağzı mühürlü olup üzerinde filan kimse için şöyle istimal olunacaktır diye tahrir olunmuş yaftası ile verilecektir ve dahilen istimal olunan ilaçların yaftası turuncu olacaktır.” denerek bugünkü an-la-mıyla ilaç güvenliğine atıfta bulunulmuştur (8). 2000 yılında yürürlüğe giren yeni TCK’da ise sağlık personelinden kaynaklanan hatalarla ilgili olarak oldukça ağır yaptırımlar getirilmiştir.

Tıbbi hatalar tahmin edilenden çok daha sıktır. Örneğin; uçağa binen ki-şinin uçak kazasında ölme riski 1: 1 000 000 iken, sağlık kuruluşu içine giren bir kişinin tıbbi bir hata nedeniyle zarar görme riski: 1:300’dür. İngiltere’de hastane en-feksiyonlarının yıllık maliyetinin 1 milyar sterlin dolayında olduğu hesaplanmıştır. Kıyaslamak gerekirse, bungee jumping yapan bir kişinin ölme riski 1: 100, dağcılık yapanın 1: 300, araba kullanmanın 1: 20 000’dir. Avrupa tren yollarında seyahat eden bir kişinin ölme riski ise 1: 10 000 000’dir (3).

Amerikan CDC verilerine göre 2000 yılındaki ölüm nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır (4):

1) Kalp hastalıkları	716 974
2) Kanser	539 577
3) Serebrovasküler hast.	159 791
4) KOAH	109 029
5) Tıbbi hatalar	98 000
6) Kazalar	95 644
7) Pnömoni	86 449
8) Diyabet	62 636
9) İntihar	30 535
10) Böbrek hastalıkları	25 331

Tıbbi hatalar, iki ana başlık altında incelenebilir:

A) Tanı hataları

- 1) Hastanın muayenesini eksik yapma
- 2) Yanlış tanı koyma
- 3) Uygun ve gerekli tetkikleri yapmama
- 4) Tetkiklerin sonuçlarına göre davranmama/tetkikleri yanlış yorumlama

B) Tedavi hataları

- 1) Tedavinin uygulanmasında gecikme
- 2) Uygun ve gerekli tedaviyi yapmama
- 3) Uygunsuz tedavi yapma
- 4) Tedavi sırasında hata yapma
- 5) İlacın doz ve verilme yönteminde yanlışlık yapma
- 6) Yetersiz ve hatalı tıbbi ekipman kullanma
- 7) Yetersiz takip ve bakım
- 8) İlaç reaksiyonları
- 9) Profilaksi ve Diğer hatalar
- 10) Gereken profilaksinin yapılmaması, eksik veya yanlış yapılması
- 11) Yanlış taraf cerrahileri
- 12) Transfüzyon hataları
- 13) Düşmeler
- 14) Cerrahi yaralanmalar
- 15) Hastane enfeksiyonları
- 16) İletişim hataları

Son yıllarda, tıbbi hataların arttığına dair bazı veriler vardır. Ancak bu artışın nedeni, sağlık personelinin yetersizliği veya ihmalkârlığı olmayıp, değişik faktörler burada rol oynamaktadır. Örneğin; teknolojinin gelişmesi, hekimleri geçmişte yapmadıkları bazı işlemleri yapmaya itmekte ve bu işlemler yüksek risk taşımaktadır. Hekimler üzerinde tıbbi hizmetlerin artan maliyetleri ile ilgili baskılar vardır. Diğer yandan elde edilebilir, var olan sağlık hizmetine ulaşma hakkı, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve kalma hakkıyla karıştırılmaktadır. Bunlara ilave olarak, medya, hekimlere karşı olumsuz bir tutum içindedir ve yapılan en küçük bir hata bile “sağlık skandalı” olarak günlerce medyada yer bulabilmektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı artan davalar karşısında defansif tıp uygulamalarının dolaylı olmayan sonuçları da dava konusu olmaktadır.

ABD’de tıbbi hatalara bağlı maliyetin 17 – 29 milyar dolar arasında olduğu hesaplanmıştır. Tıbbi hatalara karşı sağlık personelinin toplanan primler ve ödenen tazminatlar kıyaslandığı zaman ise ortaya çok ciddi bir tablo çıkmaktadır. 1990 yılında toplanan 4 milyar dolar prime karşılık ödenen tazminat miktarı 4.2 milyar iken, bu oran 2000 yılında 5.6 milyar dolar prime karşılık 8.6 milyar dolar

tazminata yükselmiştir. İngiltere’de ise açılan dava sayısı 1975 yılında 500 iken 1990 yılında 6000’e, ödenen tazminat miktarı da 1975 yılında 1 milyon pound iken 1990 yılında 500 milyon pounda yükselmiştir. ABD’de doktorların ödediği sigorta primleri, iç hastalıkları uzmanları için 13.000 – 40.000 \$, cerrahi uzmanları için 40.000 – 125.000 \$, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları için ise 60.000 – 170.000 \$ civarındadır. FDA’nın yaptığı bir araştırmada, bildirilen 5366 ilaç hatasının % 78’inin ciddi hasar veya ölümlle sonuçlandığı ortaya çıkmıştır (2).

Yapılan tıbbi hatalarla ilgili olarak hastaların %70’inin haklarını bilmediği ortaya konmuştur. Bununla beraber, doktorlar incelendiğinde de doktorların %94’ünün Türk Ceza Kanunu’nun yanlış tedaviyle ilgili maddelerini bilmediği, %67’sinin Hasta Hakları Yönetmeliği’nden haberdar olmadığı, %47’sinin tedavi sırasında hastadan yazılı onay almadığı ve %20’sinin ilaçların nasıl kullanılacağını hastalarına anlatmadığı ortaya çıkmıştır.

Hastanede yapılan hatalar incelendiğinde en sık yapılan hataların allerji bilgilerinin yetersiz olması, uygun olmayan doz/atlanan doz, uygun olmayan veriliş yolu, duplikasyon, ilaç etkileşimi, yanlış ilaç seçimi, yanlış tedavi süresi, yanlış/eksik boy/kilo, yanlış formülasyon, uygun olmayan aralıkta ilaç verilmesi, ilaç verilmesinin tamamen unutulması, ilaç-besin etkileşimi, kısıtlanmış ilaç kullanımı, okunmayan ilaç orderi olduğu gözlenmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılan tıbbi hatalar: % 1,2 – 1,4 civarında olup bu hataların % 29’unun ciddi ve en az % 34’ünün önlenabilir olduğu gösterilmiştir. Nozokomial enfeksiyonlar ve solunum sorunları yapılan hataların başında gelmektedir (1).

Tıbbi yanlış uygulamalar, tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan ayırt edilmelidir. Malpraktis, doktorun tedavisi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır. İstenmeyen sonuç, tıbbi uygulama sırasında öngörüle-meyen bilgi ya da beceri noksanlığı sonucu oluşur; hekimin sorumluluğu yoktur. Tıbbi hatalar ortaya çıkış şekli ve sonuçları açısından sınıflandırılabilir (Tablo 1).

Tablo 1: Tıbbi hataların sınıflandırılması (6)

Hata derecesi	Kategori	Tanım
Hata yok, zarar yok	A	Hataya yol açma kapasitesi bulunan olaylar veya durumlar
Hata var, zarar yok	B	Hata oluşmuş ancak hastaya ulaşmamış
	C	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış ancak zarar vermemiş
	D	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış; hastanın takibi veya zararın önlenmesi için girişim gerekmiş
Hata var, zarar var	E	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşmuş veya girişim gerekmiş
	F	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşturmuş ve hastanın hospitalizasyonu gerekmiş
	G	Hastada kalıcı zarara yol açan bir hata mevcut
	H	Hastanın yaşamının devamı için girişim gerektiren hata mevcut
Hata var, ölüm var	I	Oluşan hata, hastanın ölümüne yol açmış veya katkıda bulunmuş

Tablo 2: İlaç yazımında dikkat edilmesi gereken özellikler

Kullanılmaması gereken kısaltma	Anlamı	Oluşabilecek hatalar
KCL	Potasyum klorür	HCL ile karışabilir
MS, MSO4	Morfin sülfat	Magnezyum sülfat ile karışabilir
s.g	Suda glikoz	Konsantrasyon karışıklığı yapabilir
U veya IU	Ünite veya internasyonal ünite	IV ya da 10 ile karışabilir
mcg veya µg	Mikrogram	mg ile karışabilir
D5	% 5 dekstroze	Konsantrasyon karışıklığı yapabilir
1.0 mg	1 mg	10 mg gibi algılanabilir
.5 mg	0.5 mg	Nokta görülmediği zaman 5 mg gibi algılanabilir
cc	ml	Sıfır rakamı ile karışabilir
SC	Sübkütan (cilt altı)	SL (sublingual) ile karışabilir
3x1	Günde 3 kez	Veriliş aralığı anlaşılmayabilir
HCT	Hidrokortizon	Hematokrit ile karışabilir

Tıbbi hatalardaki kök nedenler irdelendiği zaman ise, kalitenin önünde bütçeleme düşüncelerinin olması (idarenin, kötü kalitenin maliyetini anlamaması), kalitenin önünde program düşüncesinin (Doğru yapmaya zamanın olmaması), veya politik düşüncelerin yer alması, bilgi, araştırma ve eğitimin önemini anlamama ve kibir gibi özellikler öne çıkmaktadır.

Tıbbi hata özelliklerine bakıldığı zaman, en sık yapılan tıbbi hatanın yanlış ilaç, doz, şema (tedavi çizelgesi- defteri) ve infüzyon hızı (besleyici ajanlar ve kan ürünleri) olduğu görülmektedir (%47). Bunları, kullanılan tedavi yöntemleri hataları (%14), tanımlama hataları (Anne sütünün yanlış hastaya verilmesi gibi) (%11), diğer sistem hataları (%9), tanıda hata ya da gecikme (%7) ile işlem ve prosedür hataları (%4) takip etmektedir (5). Bu hataların nedeni birçok kez, hastaları korumaya yönelik sistemlerin yeteri kadar uygulanmaması ve uyulmamasıdır. İlaçların yazılması sırasında sık yapılan yanlışlıklar ve düzeltilmesi gereken hususlar Tablo 2’de özetlenmiştir. İlaçların sulandırılması sırasında yapılan sulandırma hataları çoğu kez ilaç dozların 10 veya 100 kat hatalı olmasına yol açabilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri gibi özelliği olan ünitelerde, hasta, tanımlama prosesine katılmadığı için bu ünitelerde daha farklı güvenlik önlemlerinin alınması gerekir. Hataların esas nedenleri araştırıldığı zaman, üç neden ortaya çıkmaktadır:

- 1) Yalnızca insan olmadan kaynaklanan ve mükemmel olamamaktan kaynaklanan hatalar
- 2) Hasta güvenliğinin umursanmamasına bağlı hatalar
- 3) Güvenli hizmet sunmak isteyen, bu hizmetin özelliklerin bilen ancak bu konudaki önlemlere yeteri kadar uymayan kişilerin yaptıkları hatalar

Özellikle ilaçlar ile yapılan hataların önlenmesi için bir dizi önlemler alınabilir. Bu önlemler, kısa ve uzun dönem önlemleri olabilir.

a) İlaç dağıtımı ile ilgili kısa vadede yapılabilecekler

1. Acil olmayan tüm ilaçlar için doz-dağılım sistemi uygulanmalıdır.
2. Tüm intravenöz ilaçların/karışımlar eczanede hazırlanmalıdır.
3. Konsantre solüsyonlar servislerden kaldırılmalıdır.
4. Yüksek riskli ilaçların kullanımı ve depolanması ile ilgili özel protokoller hazırlanmalıdır.
5. Yeni ilaçlar, nadir kullanılan ilaçlar, formüllerde olmayan ilaçlar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
6. Eğitim sürekli olmalıdır.

b) İlaç dağıtımı ile ilgili uzun vadede yapılabilecekler

1. Bilgisayara dayalı ilaç order sistemi,
2. Elektronik ilaç kullanım sistemi,
3. İlaç barkod (bar coding) sistemi kurulmalı,
4. Servis temelli klinik eczacılar ile çalışılmalıdır.

Serviste bir tıbbi hata ile karşılaşıldığı zaman sorulması gereken sorular şunlardır:

- a) Ne oldu? (olay, zamanı, etkilenenler)
- b) Niçin oldu? (süreç nasıl işledi, hangi adımlar katkıda bulundu)
- c) İnsani faktörler neler?
- d) Ekipman faktörleri neler?
- e) Kontrol edilebilir çevre faktörleri neler?
- f) Kontrol edilemeyen çevre faktörleri neler?
- g) Herhangi başka bir faktör var mı?
- h) Diğer bölge ve hizmetler etkilendi mi?

Hasta güvenliği kültürü, hataların önlenmesi ve düzeltilmesi için en önemli faktörlerden biridir. Klasik yaklaşımda, kişiler, yaptıkları hatalardan dolayı sorguya çekilecekleri ve cezaya çarptırılacakları korkusu duyarlar ve bu nedenle de hataların üzeri örtülmeye, yok sayılmaya çalışılır. Ancak bu durumun en önemli zararı, insanların yapılan hatalardan ders almamaları ve aynı hataları sürekli tekrarlamalarıdır. Bu yaklaşımda insanlar, hata yaptıkları için etiketlenirler, yaptıkları hatalar yüzlerine vurulur, utandırılır ve sürekli olarak suçlandıkları için suçluluk duygusu içinde yaşarlar. Dolayısıyla kişiler hatalarla yüzleşmekten kaçınır, fakat hata yapmaya devam ederler. Halbuki, hatalar açık olarak konuşulmalı, tartışılmalı, esas nedenler ortaya çıkarılmalı ve yine hatalar önlenmelidir. Böyle bir yaklaşımda hatalardan herkes bir şeyler öğrenir. Hatanın sistemden mi yoksa kişilerden mi kaynaklandığı ortaya konarak ilgili birim düzeltilir. Eğer hata sistemde ise, sistemde yapılacak düzenlemeler ortaya konur. Kişilerde ise, kişi kaynaklı hataları minimize edecek yaklaşımlarda bulunulur. Kişiler değiştikçe hataların oluşma riski olacağından, yeni kişilerin eğitimlerine önem verilir. 21. Yüzyılda, sağlık bakımı ile ilgili klasik (mevcut) yaklaşımlar ve yeni yaklaşımlar Tablo 3’de özetlenmiştir.

Tablo 3: Sağlık bakımı yaklaşımları

Mevcut yaklaşım	Yeni yaklaşım
Bireyin sorumluluğu	Sistem sorumluluğu
Bilgi	Bilgi birikimi
Gizlilik	Şeffaflık
Sistem gerekliliği	Gerekliliklerin tahmini
Profesyonel yaklaşım	Kanıtı dayalı karar

Bireysel sorumluluk ve sistem sorumluluğundaki özellikler ise Tablo 4’de görüldüğü şekilde sıralanabilir.

Tablo 4: Hatalara yaklaşım şekilleri

Geleneksel kişi yaklaşımı	Sistem yaklaşımı
Oluşabilecek hataları önlemede başarılı değildir.	Eğer farklı sonuçlar isteniyorsa tüm sistemlerin sorgulanması gerekmektedir.
Bu yöntem kullanıldığında sadece kişi üzerinde durulup sistem sorgulanmadığından hata tekrar edebilir.	Doğru sonuçlar sistemde yapılacak değişikliklerle mümkündür.
Naming-shaming-blaming felsefesi yanlış bir yaklaşımdır.	

Davranış kalıpları: Sağlık bakım profesyonellerinin hataya doğru olan yaklaşımları onların hatayı, önleyebilme kabiliyetlerini etkiler. Hata meydana geldiğinde incelemenin hemen başlatılması tavrı önemlidir. Dakikalar içinde olayın niye meydana geldiği belirlenmelidir. Hataları azaltmak için hasta güvenliğini maddi ve manevi olarak benimsemiş kurum yöneticileri oluşturmak, hastaların eğitimini sağlamak, hastane personelinin tümünü motive edici hizmet içi eğitim vermek, sistemden kaynaklanan hataları azaltmak, yapılan hatalardan ders çıkarmak ve öğrenmek, aksaklığın esas nedenlerinin ortaya konması, hata ağacının çıkarılması ve yeterli ve doğru bilgiye sahip olma önem kazanır.

İletişim hataları, tıbbi hatalar içinde en sık rastlanan ancak en az dikkat edilen hatalardır. İletişim hataları yönelme ve eğitim hataları olduğu kadar, kültürel-etnik özellikler ile sosyo-ekonomik faktörlerden de etkilenir. Yapılan çeşitli araştırmalarda doktor: “Benim zamanım değerli” ve “Hastanın bilgiyi kavrama düzeyi düşüktür” mantığı ile hastasına yeterli zaman ayırmadığı, iletişimi önemsemediği ortaya çıkmıştır. Hastalar ise “Cahil görünmemek için” soru sormadıkları için tanı ve tedavi konusunda bilgisiz kalmakta ancak bu konuda da yeterli bilgiyi vermedikleri için doktorları suçlamaktadırlar. ABD’de sigorta şirketleri erkek doktorlar için daha fazla ödeme yaptıkları, diğer bir deyişle, kadınların iletişiminin daha iyi olduğu ve haklarında daha az dava açıldığı ortaya çıkmıştır. Okuryazarlık ve eğitim düzeyi ne olursa olsun, hiç kimsenin “Cahil” diye, hastayı reddetme hakkı yoktur.

En fazla hata yapılan alanlardan birisi, hasta devirleridir. Hasta devirleri, bakım düzeyi değişiklikleri yapıldığı zaman, geçici nakiller sırasında, taburculukta, hizmet sunucu değişikliği (nöbet, rotasyon vb) olduğu zaman gündeme gelmektedir. Bu devirler sırasında, hataları en aza indirmek için standart bilgiler verilmelidir. Bu bilgiler arasında hastanın kimlik, protokol no, doğum tarihi, Doktor Adı, hastanın tanısı ve son durumu, yapılan son işlemler, durum ve tedavi değişiklikleri ile durumda ve tedavide beklenen değişiklikler, izlenmesi gerekenler belirtilmelidir. Nöbet dışındaki devirler kayda geçirilmelidir. Devir notları yazılırken ifadeler net olmalı, farklı anlaşılabilir kısıltmalar kullanılmamalı, etkili iletişim teknikleri kullanılmalı, soru sorulmalı ve birimler arası raporlama standardize edilmelidir. Ta-

burcu edilen hastaya bilgi verilmeli ve telefonla takip edilmelidir.

Özellikle ilaç uygulama hataları azaltmanın yollarından biri, çift kontrol sistemidir. Birçok yoğun bakım ünitesinde özellikle ilaç uygulamaları ve IV pompa hatalarını önlemek için çift kontrol ya da iki hemşire kontrol sistemi denenmektedir. Ancak bazı durumlarda çift kontrol sistemini uygulamak zor olabilir. Kişilerin, bu işin gerekliliğine dair önyargılarının olması, hemşire/hasta oranının yetersiz olması yani bir hemşirenin çok fazla hastadan sorumlu olması, zaman alıcı olması, ekip çalışması ve ekip kültürü gerektirmesi, kişilerin birbiriyle uyumlu olması gerekmesi, bu yöntemin kullanılmasını zorlaştırabilmektedir. Çift kontrol sisteminin uygulandığı yerlerde çalışanların birbirine karşı dürüst, açık olması, etkili iletişim kurabilmesi, hastanın özelliğine göre hızlı değişikliklere ayak uydurabilmesi, koordineli çalışabilmesi, akıcı ve esnek yapıya sahip olması gerekir. Ekipteki herkes “vazgeçilmezdir”

Sağlıklı bir hasta güvenliği kültürü oluşturabilmek için göz önüne alınması gereken temel ilkeler şu şekilde sıralanabilir (7).

1. Yüksek riskli ve hata yapılabilecek durumları saptamak
2. Tıbbi hataları araştıran ve belirleyen bir ortam yaratmak
3. Zamanında ve israfi önleyerek verimli sağlık hizmeti sunmak
4. Bilgisayar programları, protokoller, kontrol listelerini yaygın olarak kullanarak sağlık personelinin belleklerine güvenerek karar vermelerinin önüne geçmek
5. Hekimin gerekli bilgiye çabuk ve kolay ulaşmasını sağlamak
6. Tedavileri bilgisayar destekli programlar aracılığı ile düzenlemek
7. Bilgisayar destekli ilaç barkod sistemleri oluşturmak
8. İntravenöz ilaç karışımlarını hasta başında değil, hastane eczanesinde hazırlamak
9. Yüksek riskli ve nadir kullanılan ilaçlar ile ilgili özel protokoller hazırlamak
10. Hastane eczanesinde 24 saat nöbetçi eczacı bulundurmak
11. Tedavi işlemlerini mümkün olduğunca standart hale getirmek
12. Cezanın ön planda olmadığı bir kültür oluşturmak
13. Yüksek riskli durumlarda işbirliği ile ortak çözüm oluşturmak
14. Yeni teknolojilerin içerdiği riskler konusunda halkı aydınlatmak, bu tür tedavi ve cerrahilerde hastanın bilgilendirilmiş onamını almak üzere hekimlere eğitim vermek
15. Tıp alanındaki sorunları ortaya çıkarmak ve sağlık hizmetlerindeki kaynak yetersizliği konusunda kamuoyu oluşturmak
16. Okullarda ve sosyal ortamlarda, genel sağlık eğitimi programları yapmak
17. Tıp eğitiminin düzeyini yükseltmek
18. Hekimler için, tıbbi hizmetlerin niteliğini artıracak programlar yapmak

19. Bilgi ve becerisi yetersiz olan hekimler için uygun politikalar geliştirmek
20. Halkı ve hükümetleri defansif tıp uygulamasının çeşitli yönleri konusunda uyarmak
21. Halkı, tıbbi uygulamalar sırasında önceden tespit edilemeyen durumlar olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı konusunda uyarmak
22. Ulusal yasalarda, tıbbi zarar görmüş hastaların zararının karşılanabilmesi için herhangi bir engel olmaması.
23. Yasaların, tıbbi hataların zararlarının ödenmesi için yöntemleri ve zarar kanıtlandığında ödenmesi gereken miktarları belirlemesi.

Ülkemizde henüz tam olarak yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi yoktur. Ancak uluslar arası akreditasyon kurumları tarafından akredite edilen hastanelerde, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Hasta güvenliği bilincini yaymak ve kültürünü geliştirmek için yoğun çalışmalar yapılmakta, kongre ve toplantılar düzenlenmektedir. Hasta güvenliğinin aslında hastanın yararına gibi gözüke de hem hastanın hem de sağlık personelinin yararına olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) **AORN Guidance Statement. 2006** standarts, recommended practices and guidelines.
- 2) **Kavalchuck RM. Patient Safety. (2008)** *ASQ Healthcare update Newsletter*, April 2008
- 3) Null G, Caroly D, Feldman M, Rasio D, Smith D. Death by Medicine. <http://www.rangeguide.net/dethbymedicine.pdf>
- 4) **Proceedings of National Association of Neonatal Nurses. (2007)** 22nd Annual Conference,
- 5) **Ramachandrappa A, Jain L. (2008)** Iatrogenic disorders in modern neonatology: A focus on safety and quality of care. *Clin Perinatol* 35: 1-34
- 6) **Stavroudis TA, Riller MR, Lehmann CU. (2008)** Medication errors in neonates. *Clin Perinatol* 35: 141-161
- 7) **Suresh K et al. (2004)** Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care units. *Pediatrics* 113: 1609-18
- 8) **Yılmaz C, Yılmaz N. (2006)** *Osmanlılarda Sağlık*. İstanbul

“SAĞLIK HAKKI” ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Prof. Dr. Nazmi ZENGİN*

ÖZET

Mümkün olan en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standardına sahip olma hakkı, kısaca “sağlık hakkı, uluslar arası hukukla korunan temel bir insan hakkıdır. “Sağlık hakkı”, sağlıklı bireyler ve toplum hedefine ulaşabilmek için gerekli tesislere ve şartlara ulaşma, bunları kullanma hakkıdır. “Sağlık hakkı”, diğer insan haklarında söz konusu olduğu gibi, hükümetlere üç düzeyde sorumluluk yükler: saygı duyma, koruma ve yerine getirme. “Sağlık hakkı” öncelikle devlete, daha sonra da sağlık çalışanlarına ve toplumun diğer kesimlerine, hatta uluslararası topluma sorumluluklar yükler. Bu hak ülkelerde sağlık sisteminin ve sağlık hizmetlerinin sunumunun iyileştirilmesi için çok etkili bir araç olabilir. Sağlık kuruluşları için kalite standartları geliştirmek, kaliteyi arttırmak için çalışmalar yapmak sadece insanlara daha iyi tıbbi hizmet sunma sorunu değil uluslararası hukukta yaptırımları olan bir insan hakları sorunudur. Ülkemizde insan hakları alanında faaliyet gösteren kuruluşlar genellikle siyasal haklar üzerinde odaklanmışlardır; bu kuruluşların insan hayatıyla ve toplumun kalkınmasıyla doğrudan ilişkili olan “sağlık hakkı”nı da eşit oranda dile getirmeleri sağlık hizmetlerimizin kalitesini ve sağlık kuruluşlarımızın performansını olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hakkı, Sağlık Hizmetleri, Kalite

ABSTRACT

The right to the highest attainable standard of physical and mental health, in short, “right to health” is a fundamental human right protected by international law. “Right to health” is right to access and use facilities and conditions to achieve the goal of healthy individuals and healthy community. As is the case for other human rights, “right to health”, imposes three obligations on governments: to respect, to protect, and to fulfill. “Right to health” imposes obligations primarily to the state, but also to health professionals and to all the other groups of the community, even to international community. “Right to health” can be a very useful instrument for imp-

* Selçuk Üniv. Meram Tıp Fak.Göz Hastalıkları AD Konya

roving health systems and health care services. For health care facilities, developing quality standards and working to increase quality is not only a matter of delivering good medical care but also a matter of human rights. Human rights organizations in our country generally focuses on political rights; if these organizations give equal importance to the “right to health”, which is directly related to human life and community development, this will impose a positive effect on the quality of health services and on the performance of health care facilities.

Key Words: Right To Health, Health Services, Quality

“SAĞLIK HAKKI” KAVRAMI

Dünyada ve bölgemizde süren birçok silahlı çatışmaya, baskıcı rejimlere ve uygulamalara rağmen çağımızın bir hak ve özgürlükler çağı olduğunu söylemek hatalı olmayacaktır. Bunun nedeni artık insanın bireysel ve toplumsal hayatına ilişkin birçok konunun hak-temelli bir yaklaşımla dile getirilmesidir.

Hak temelli yaklaşımı kısaca şu şekilde özetlemek mümkündür:

- Politika oluşturma ve planlamanın kalbine insan hakları ilke ve standartlarını koymak;
- Toplum hak temelli yaklaşım konusunda eğitmek;
- Tüm paydaşların nitelikli katılımını sağlamak;
- Hesap verebilirliği garantilemek; ve
- Dezavantajlı gruplara ayrımcılık yapmamak.

Son yıllarda, sağlığın da giderek artan bir biçimde insan hakları bağlamında ele alınması sonucu “sağlık hakkı” kavramı doğmuştur (Nygren-Krug, 2002).

“Sağlık hakkı”, sağlıklı bireyler ve toplum hedefine ulaşabilmek için gerekli tesislere ve şartlara ulaşma, bunları kullanma hakkıdır. “Sağlık hakkı”nın bileşenleri iki ana kısma ayrılabilir:

- sağlık hizmetleri ile ilgili olanlar;
- güvenli su, gıda, sanitasyon ve barınma gibi sağlığı etkileyen genel yaşam şartları ile ilgili olanlar.

Bir başka deyişle, “sağlık hakkı”, sağlık hizmetlerini ve sağlığın belirleyicilerini kuşatan etkili ve entegre bir “sağlık sistemi” hakkıdır (Asher, Hamm ve Sheather, 2007).

“SAĞLIK HAKKI” KAVRAMININ GELİŞİMİ

“Sağlık hakkı” ya da daha açık haliyle mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkı ilk olarak 1946’da yayınlanan *DSÖ Anayasası*’nda yer almıştır:

“Mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olmak, ırkı, dini, politik

inancı, ekonomik ve sosyal durumu gözetilmeksizin, her insanın temel haklarından biridir.”

Bunu izleyerek 6-12 Eylül 1978 tarihlerinde yapılan *Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı*’nın sonunda yayınlanan *Alma Ata Bildirgesi*’nde “sağlık hakkı” şöyle dile getirilmiştir:

“Konferans, sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, tam bir bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olan sağlığın temel insan haklarından biri olduğunu ve sağlığın mümkün olan en yüksek düzeyde tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal amaç olduğunu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarının gerektiği gerçeğini önemle vurgular.”

Hali hazırda “sağlık hakkı”nın çok sayıda uluslararası ve bölgesel insan hakları belgesinde ve ulusal anayasa ve yasalarda onaylandığı görülmektedir. Örneğin *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*’nın 56. maddesi şu hükümleri içerir:

Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

Uluslararası insan hakları hukukunda mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşma hakkı, bu hakkın en iyi biçimde uygulanmasını güvenceye alan bir dizi sosyal düzenlemeler –normlar, yasalar ve bunların gerçekleşmesini mümkün kılan bir ortam– talebi biçiminde yer alır. “Sağlık hakkı”nın en geçerli açıklaması Kasım 2009 itibarıyla 160 ülkenin imzaladığı *Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi*’nin 12. maddesinde bulunur (Dev Maden-Sen, 2006):

1. Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır.
2. Bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler, aşağıdakiler için de alınması gerekli tedbirleri içerir:
 - a) Varolan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukları sağlıklı gelişmelerinin sağlanması;
 - b) Çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme;
 - c) Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü;
 - d) Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için

gerekli şartların yaratılması.

Birleşmiş Milletler sisteminde “genel yorum”lar bireysel hakların ve imza koyan devletlerin yükümlülüklerinin tabiatını ve kapsamını açıklarlar. Mayıs 2000’de, *Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi*’ni izlemekte görevli *Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi*, “sağlık hakkı”na ilişkin *14 nolu Genel Yorum*’u kabul etmiştir. *14 no’lu Genel Yorum*’da “sağlık hakkı”nın gıda, barınma, çalışma, eğitim, katılım, bilimsel ilerlemelerin ve bunların uygulamalarının faydalarından yararlanma, yaşam, ayrımcılığa uğramama, işkence görme, mahremiyet, bilgiye erişim ve örgütlenme, toplanma ve dolaşım hakkı gibi diğer insan haklarının hayata geçirilmesi ile yakından ilişkili ve onlara bağımlı olduğu kabul edilmiştir (Özden, 2006).

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, ek olarak, “sağlık hakkı”nı sadece zamanında ve uygun sağlık hizmeti alma hakkı olarak değil, güvenli suya ve yeterli sanitasyona ulaşma, yeterli gıda, beslenme ve barınak sağlanması, sağlıklı çalışma ortamları ve çevre şartları, cinsel ve üreme sağlığı da dahil olmak üzere sağlık eğitimine ve sağlıkla ilgili bilgiye erişim gibi sağlığın sosyal belirleyicilerini de içeren kapsamlı bir hak olarak yorumlamıştır (Rubenson, 2002).

“SAĞLIK HAKKI” KAVRAMIYLA İLGİLİ YANLIŞ ANLAMALAR

Sağlık hakkı kavramının zaman zaman, özellikle siyasal söylemler eşliğinde, yanlış kullanıldığına da tanık olunmaktadır. Bazen sağlık hakkı sağlıklı olma hakkı zannedilmektedir. Kuşkusuz “sağlık hakkı” devlete sağlıkla ilgili çok önemli görevler yüklemektedir ancak devletin vatandaşlarını örneğin genetik hastalıkların olumsuz etkilerinden, bireysel yatkınlıklardan ya da uyarılara rağmen sağlıklı yaşam biçimlerini benimseme gibi sağlığı bozan tüm muhtemel nedenlerden koruyamayacağı açıktır. Sıkça karşılaşılan bir başka yanlış anlama da sağlık hakkının her hastalık ya da engellilik için sınırsız tıbbi bakım alma hakkı olarak anlaşılmasıdır (Clapham ve Robinson 2009).

“SAĞLIK HAKKI” KONUSUNDA DEVLETİN SORUMLULUKLARI

“Sağlık hakkı”, diğer insan haklarında söz konusu olduğu gibi, hükümetlere üç düzeyde sorumluluk yükler (Nygren-Krug, 2002):

Saygı duyma: devletin kendi uygulamalarıyla vatandaşlarının sağlık hakkını ihlal etmemesi demektir. Bu sorumluluk devletin mahkumlar, azınlıklar, mülteciler de dahil olmak üzere herkesin eşit sağlık hizmeti almasını engellememesini; cinsel sağlık eğitimi ve bilgisi de dahil olmak üzere sağlıkla ilişkili doğru bilgileri sansürlemekten, elinde tutmaktan ya da yanlış yorumlamaktan kaçınmasını gerektirir.

Koruma: devletin vatandaşlarının sağlık hakkının başkalarının ihlal edilmesine izin vermemesi görevini belirtir. Bu bağlamda devlet üçüncü şahıslarca tıbbi gereç ve ilaçların pazarlanmasını kontrol edecek sistemler getirmeli ve uygulamalı; sağlık çalışanlarının uygun eğitim almalarını, beceri geliştirmelerini ve etik ilkelere uymalarını garantilemelidir.

Yerine getirme: devletin vatandaşlarının sağlık hakkından yararlanmayı garantilemesi anlamına gelir. Bu yükümlülük doğrultusunda devlet sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri bakımından ülke içinde ve vatandaşları arasında mevcut olan dengesizlikleri düzeltmeyi hedeflemelidir. Bu yükümlülük ayrıca devletin sağlığa yararlı davranışları teşvik etmesini ve sağlıkla ilgili doğru bilgilerin yayılmasını teminat altına almasını da gerektirir.

“Sağlık hakkı”nın tam olarak gerçekleştirilebilmesi için gereken zaman ve uygulanması gereken yöntemler ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilir. Uluslararası hukuk devlete sağlık hakkı konusunda yükümlülükler getirmekle birlikte, her devlet yükümlülüklerini yerine getirmek için uygulama takvimini ve yöntemlerin olduğunu kendisi belirlemelidir. Ancak bu asla devletin görevlerini savsaklayabileceği anlamına da gelmez, çünkü aynı asgari standartlar her ülkede geçerlidir. Bunlar hemen yerine getirilmesi gereken temel yükümlülüklerdir.

Devletin sağlık hizmetleri konusunda temel yükümlülükleri:

- Belli başlı enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklama;
- Epidemik ve endemik hastalıkları önlemek, tedavi etmek ve kontrol altında tutmak için önlem alma;
- *DSÖ Temel İlaçlar Eylem Planı*’nda belirtilen ilaçları sağlama;
- Üreme, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri;
- *Alma-Ata Bildirgesi*’nde tanımlanan temel sağlık hizmetleri;
- Sağlık kuruluşlarına ayrımcılığa maruz kalmadan;
- Tüm sağlık tesislerinin, malzemelerinin ve hizmetlerinin hakkaniyetli dağılımı.

Devletin sağlığın altta yatan belirleyicileri konusunda temel yükümlülükleri:

- Açlığa ve kötü beslenmeye maruz kalmamalarını garantilemek için uygun, besinsel açıdan yeterli ve güvenli minimum miktarda gıdaya erişim;
- Yeterli, güvenli ve içilebilir suyla birlikte temel barınmaya, konut ve sanitasyona erişim.

Devletin sağlık eğitimi ve bilgilendirme konusunda temel yükümlülükleri:

- Topluma belli başlı sağlık sorunları hakkında, önleme ve kontrol yöntemleri dahil, eğitim ve bilgi sağlama; ve
- Tıp mensuplarına ve diğer sağlık çalışanlarına, sağlık ve insan hakları eği-

timi dahil, uygun eğitim verme.

Ayrıca devletin “sağlık hakkı”nı tedricen ileriye götürecek politikaları yürürlüğe koyma zorunluluğu da vardır. Daha fazla kaynak sağlandıkça hükümet sorumluluklarının daha fazlasını yerine getirmelidir. Bu amaçla her devlet bir ulusal halk sağlığı stratejisi ve eylem planı hazırlamalı ve uygulamalıdır ((Nygren-Krug, 2002).

“Sağlık Hakkı” Konusunda Sağlık Çalışanlarının Sorumlulukları

“Sağlık hakkı” kavramıyla ortaya çıkan sorumluluklar sadece devletlere yüklenmemiştir. Kamu sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanları da “sağlık hakkı”nın gerçekleştirilmesi konusunda doğrudan sorumluluk sahibidir. Sağlık çalışanlarının çoğu için “sağlık hakkı” konusundaki yükümlülüklerini yerine getirmenin en etkili yolu hastalarının haysiyetlerine saygı duyacak biçimde mümkün olan en yüksek bakım ve tedavi standartlarını sağlamaktır. Bunun için sağlık çalışanlarının:

- Hastalara ayırım yapmadan dürüst, nazik ve saygılı olmaları;
- Mesleki becerileri mümkün olan en yüksek düzeyde tutmaları;
- Hastaların otonomi ve haysiyetlerine ve kendileriyle ilgili karar verme haklarına saygı duymaları;
- Hastaların karar vermelerine yardımcı olmak için ayrımcılık yapmadan en güncel ve geçerli bilgileri sağlamaları
- Hasta mahremiyetine saygı duymaları;
- Hastalara en yüksek etik standartlara uygun davranmaları gerekir.

Sağlık çalışanları gündelik uygulamaları sırasında, sistemli ya da rasgele biçimde “sağlık hakkı” ihlallerine şahit olabilirler. Bu tür ihlallerin belgelenmesi ve uygun otoritelere bildirilmesi de sağlık çalışanlarının “sağlık hakkı”na ilişkin sorumlulukları arasında yer alır.

Bazı sağlık çalışanları sağlık hizmetlerinin planlanmasında, organizasyonunda ya da sunumunda karar verici, yönetici veya danışman olarak çalışırlar. Sağlık çalışanlarının bu hizmetlerin insan haklarına saygılı biçimde verilmesini sağlamak üzere devlet yetkilileriyle birlikte çalışmaları “sağlık hakkı”nın yaşama geçirilmesine çok önemli katkıda bulunabilir (Asher, Hamm ve Sheather, 2007).

“SAĞLIK HAKKI” VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Yukarıda sözünü ettiğimiz 14 no’lu Genel Yorum, sağlık kuruluşlarında sağlık hakkının değerlendirilebilmesi için dört kriter ortaya koymaktadır (Nygren-Krug, 2002) :

a) Mevcudiyet: Ülkenin kalkınma düzeyi ve ekonomik durumu hesaba ka-

ıldığında taraf devletin sınırları içerisindeki sağlık kuruluşları, sağlıkla ilgili malzemeler, hizmetler ve programlar yeterli sayıda ve işler halde olmalıdır. Bu tesisler, malzemeler ve hizmetlerin kesin niteliği devletin kalkınma düzeyi de dahil olmak üzere pek çok faktöre bağlı olarak farklılıklar gösterebilir. Mevcudiyet şartı, güvenli ve içilebilir su kaynaklarına erişimi ve yeterli sağlık koruma şartlarını, hastane, klinik ve benzeri sağlık kuruluşlarını, ülke şartlarına göre uygun maaş alan uzman sağlık personellerini ve *DSÖ Temel İlaçlar Eylem Programı*'nda belirtilen temel ilaçları da kapsar.

b) Erişilebilirlik: Sağlık kuruluşlarının, malzemelerinin ve servislerinin ayrımcılık yapılmadan herkesin erişimine açık olması devletin görevleri içindedir.

Erişilebilirliğin birbiriyle kesişen dört boyutu vardır:

- **Ayrımcılık yapmama:** Sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri herkesin, özellikle de genel nüfusun en korunmasız ya da dışına itilmiş kesimlerinin hem hukuken hem de fiilen açık olmalıdır.
- **Fiziksel erişilebilirlik:** Sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri toplumun bütün kesimlerinin, özellikle de etnik azınlıklar, kadınlar, çocuklar, ergenler, yaşlılar, engelliler ve HIV/AIDS'li kişiler gibi genel nüfusun en savunmasız ya da dışına itilmiş kesimlerinin güvenli biçimde fiziksel erişimine açık olmalıdır.
- **Ekonomik erişilebilirlik (bütçeye uygunluk, ödenebilirlik, karşılanabilirlik):** Sağlık kuruluşlarından, malzemelerinden ve hizmetlerinden yararlanmanın ücreti herkesin ekonomik olarak karşılayabileceği düzeyde olmalıdır. Hem sağlık hizmetlerinin hem de sağlığı belirleyici faktörlerin ücretlendirilmesi hakkaniyet ilkesine dayanmalıdır. Böylece, ister kamu ister özel sektör tarafından sunulsun, bu hizmetlerin bedelinin, sosyal olarak dezavantajlı gruplar da dahil herkesçe karşılanabilir olması garanti altına alınmalıdır. Hakkaniyet ilkesi, daha fakir hane halklarının, daha zengin hane halklarıyla kıyaslandığında orantısız bir biçimde sağlık harcamalarının yükü altına sokulmamalarını gerekli kılar.
- **Bilgiye erişilebilirlik:** Sağlıkla ilgili konularda bilgi ve fikir isteme, alma, açıklama haklarını içerir. Örneğin; hükümetler gençlerin tarafsız olarak sunulan cinsel ve üreme sağlığı eğitimine ve bilgilerine ulaşmalarını garanti-lemelidir. Bilgiye erişim, mahremiyetin söz konusu olduğu kişisel sağlık bilgilerinin gizliliği hakkını ihlal etmemelidir.

c) Kabul edilebilirlik: Tüm sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri

- Tıp etiğine saygılı;
- Bireylerin, azınlıkların, halk ve toplulukların kültürlerine uygun;
- Toplumsal cinsiyete ve yaşam döngüsünün gerekliliklerine duyarlı;
- Mahremiyeti gözetecek; ve
- İlgili kişilerin sağlık durumunu iyileştirecek biçimde tasarlanmış olmalıdır.

d) Kalite: Sağlık kuruluşları ve hizmetleri, malzemeleri ve servisleri bilimsel ve tıbbi gereklere uygun ve iyi kalitede olmalıdır. Bu,

- Nitelikli sağlık personelinin,
- Bilimsel olarak onaylanan ve tarihi geçmemiş ilaç ve hastane ekipmanının,
- Güvenli ve içilebilir içme suyunu ve
- Yeterli sağlık koruma şartlarını

gerekli kılar.

Buradan anlaşılacağı üzere sağlık kuruluşları için kalite standartları geliştirmek, kaliteyi arttırmak için çalışmalar yapmak sadece insanlara daha iyi tıbbi hizmet sunma sorunu değil uluslararası hukukta yaptırımları olan bir insan hakları sorunudur. İnsan haklarının özellikle dezavantajlı bireylerle ve gruplarla ilgilendiğini hatırlayacak olursak mahkûmlar, engelliler, akıl ve ruh hastaları gibi gruplara hizmet veren sağlık kuruluşlarındaki kalitenin diğer gruplardan hiç de geri kalmasının gerekliliği ortaya çıkar.

SONUÇ

“Sağlık hakkı” öncelikle devlete, daha sonra da sağlık çalışanlarına ve toplumun diğer kesimlerine, hatta uluslar arası topluma sorumluluklar yükleyen temel bir insan hakkıdır. Bu hak ülkelerde sağlık sisteminin ve sağlık hizmetlerinin sunumunun iyileştirilmesi için çok etkili bir araç olabilir. Ülkemizde insan hakları alanında faaliyet gösteren kuruluşlar genellikle siyasal haklar üzerinde odaklanmışlardır; bu kuruluşların insan hayatıyla ve toplumun kalkınmasıyla doğrudan ilişkili olan “sağlık hakkı”nı da eşit oranda dile getirmeleri sağlık hizmetlerimizin kalitesini ve sağlık kuruluşlarımızın performansını olumlu yönde etkileyecektir.

KAYNAKLAR

- **Asher J, Hamm D, Sheather J (2007)**. The right to health: a toolkit for health professionals. London: British Medical Association.
- **Clapham A, Robinson M (2009)**. Realizing the right to health. Zurich: Rüffer & Rub.
- **Dev Maden-Sen (2006)**. Uluslararası belgelerde ekonomik, sosyal ve kültürel haklar. Ankara: Dev Maden-Sen Yayınları.
- **Nygren-Krug H (2002)**. 25 Questions and answers on health and human rights. - Health & Human Rights Publication Series Issue No1. Geneve: World Health Organization.
- **Özden M (2006)**. The right to health. Geneve: Centre Europe-Tiers Monde.
- **Rubenson B (2002)**. Health and human rights. Stockholm: Swedish International Development Agency.

SAĞLIK ÇALIŞANI GÜVENLİĞİ VE HUKUKSAL SORUMLULUK

Prof. Dr. Hakan HAKERİ*

ÖZET

Tıp hukuku alanında gerek kurumsal ve gerekse bireysel hukuksal sorumluluk bakımından üzerinde önemle durulması gereken konulardan birisi güvenlik konusudur. Bu bağlamda sadece hasta güvenliği değil, sağlık çalışanı güvenliği de ele alınmalıdır. Sağlık çalışanı güvenliği çerçevesinde alınması gereken tedbirler ve bu tedbirlerin alınmaması halinde ne tür bir hukuksal sorumluluğun doğacağı ve bu sorumluluğun kimlere ait olacağı bu çalışmada ele alınmaktadır. Bu sorumluluk esas itibarıyla kasten/taksirle öldürme ve kasten/taksirle yaralama eylemleri nedeniyle söz konusu olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tıp Hukuku, Çalışan Güvenliği, Çalışan Sorumluluğu

ABSTRACT

The field of medical law, the corporate and individual legal responsibility should be emphasized in terms of security. In this context, not only patient safety, healthcare worker safety should also be addressed. In this study is being discussed safety of healthcare staff and the measures to be taken. Also legal responsibility regarding lack of this measures are being discussed. This legal responsibility is responsibility because of intentionally/unintentionally killing or injury.

Key Words: Medical Law, Employee Safety, Employee Responsibility

GİRİŞ

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 37. maddesine göre, *“herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır”*. Bu hak sadece hastalar bakımından geçerli olmayıp, aynı zamanda sağlık çalışanları bakımından da geçerlidir. Bu kısa çalışmada, bu çerçevede nelere dikkat edilmesi gerektiği ve bu husustaki kurallara aykırılığın ne tür hukuksal yaptırımlara neden olabileceğini ele almak istiyorum.

* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dekanı.

GENEL BİLGİLER

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ'in ¹ çalışan güvenliği başlıklı 15.maddesi şöyledir:

- (1) Çalışan güvenliği için alınması gereken tedbirler şunlardır:
 - a) Çalışanları olası risk ve tehlikelere karşı korumak amacıyla, riskli alan ve gruplar belirlenir. Bu çerçevede Çalışan Güvenliği Programı oluşturulur ve uygulamaya konulur.
 - b) Riskli bölümlerde çalışan personel için ilgili mevzuat doğrultusunda düzenli olarak sağlık taramaları yapılır.
 - c) İğne ucu yaralanmaları takip edilir ve gerekli önlemler alınır.
 - ç) Kemoterapi hazırlama ve uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliği için yürürlüğe konulan Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi doğrultusunda uygulama yapılır.
 - d) Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde önlük, eldiven, yüz maskesi, gözlük ve benzeri kişisel koruyucu ekipmanlar bulundurulur.
 - e) Bulaş özelliği yüksek hastalar ve özellikli grupların tedavi ve bakım sürecinde, hasta ve çalışanları korumak için kurum gerekli tedbirleri alır.
 - f) Radyasyona tabi çalışan kişilerin dozimetre kontrolleri düzenli olarak yapılır. Türkiye Atom Enerjisi Kurumunca önerilen takip sürelerine uyulması zorunludur.
 - g) Lateks allerjisi olan personele yönelik düzenlemeler yapılır.
 - h) Çalışanların bulaş riski olan hastalıklara karşı korunması için, Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından aşı listesi oluşturulur ve riskli alanlarda çalışan personelin aşılansması sağlanır.

Aynı tebliğin hasta ve çalışanlar için güvenlik tedbirleri başlıklı 18.maddesine göre,

- (1) Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması için yapılacak işlemler şunlardır:
 - a) Sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, fiziksel saldırılara karşı gerekli tedbirler alınır ve prensipler belirlenir.
 - b) Özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın şikâyetlerini değerlendirecek ve üst yönetimin desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılır.
 - c) Bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulur.

¹ RG: 29 Nisan 2009, Sayı : 27214.

Tebliğin 19.maddesi ise afetler ve olağan dışı durumlarda alınacak tedbirleri düzenlemektedir:

- (1) Afetlerde (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması için yapılacak işlemler şunlardır:
 - a) Kurum bir afet planı oluşturur.
 - b) Afet planının tatbikatları yılda en az bir kere yapılır. 1.derece deprem bölgesinde olan kurumlar yılda en az iki kez deprem tatbikatı yapar.
 - c) Afet planında insanların toplanma alanları belirlenir ve tatbikatlar bu toplanma alanları üzerinde gerçekleştirilir.
 - ç) Toplanma alanında o gün kurumda yatan hastaların ve o gün kurumda görev yapan tüm personelin listesi kontrol edilerek kişiler, mekândan tahliye edilir.
 - d) Özürlü ve yatan hastaların tahliyesini sağlayacak araçlar, kurumda hazır bulundurulur.
 - e) Yangın söndürme araçlarının her an kullanıma hazır olması sağlanır.
 - f) Tüm personel yangın söndürme teknikleri ve söndürme cihazlarının kullanımı konusunda eğitilir.
 - g) Yangın söndürme tesisatı beş senede bir genel kontrolden geçirilir.

Tebliğin 20/1.maddesine göre, “sağlık kurum ve kuruluşları, türlerine, bünyelerindeki tıbbi hizmet birimleri ve niteliklerine göre bu Tebliğin ilgili hükümlerini yerine getirmekle yükümlüdür”.

Görüldüğü üzere, sağlık çalışanı güvenliğine ilişkin olarak alınması gereken tedbirler bulunmaktadır. Esasen çok yeni olan bu tebliğ olmasa dahi, kurum yöneticilerinin, hukukun genel prensiplerinden kaynaklanan tedbir alma yükümlülüğü vardır.

Hastane yönetiminin, somut organizasyon yükümlülükleri bulunmaktadır. Ayrıca, sözleşmeden kaynaklanan birtakım yükümlülükleri de vardır. Hastaneler sadece tıbbi tedavi sağlayan kurumlar olmayıp, hasta bakımının bütün yönleriyle ilgili tam bir servis sağlamakla yükümlü olduğu gibi, bu çerçevede, kendi çalışanına karşı yükümlülüklerini de yerine getirmelidir. Örneğin, sağlıklı yiyecek, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, acil çıkış imkânlarıyla donatılmış sağlıklı binalarda hizmetin sağlanması gibi. Sonuç itibarıyla, hastane yönetimi özen borcu çerçevesinde kendini geliştirmekle yükümlüdür.

Karşılaştırmalı hukukta da, hastane yönetiminin genel olarak dört alanda görevleri olduğu kabul edilmektedir ²:

² Thompson v. Nason Hospital, 1991.

1. Tesisin ve ekipmanın güvenilir ve uygun bakımı için gerekli özeni göstermek.
2. Sadece ehil hekimleri seçmek ve çalıştırmak.
3. Tıp bilimini icra eden veya hasta bakımında faaliyet gösteren herkesi denetlemek.
4. Hastalar için kaliteli bir bakımı sağlamak için uygun kuralları ve siyaseti belirlemek ve uygulamak.
5. Bu sayılanlara, sağlık çalışanının güvenliğine ilişkin tedbirleri almak da eklenebilir.

Hastane yönetiminin “hastane bakımı” kavramı içinde yer alan edimlerini yerine getirmemesi; örneğin, bozuk yiyecek verilmesi yüzünden zehirlenmelere yol açılması, yeterli ısıtma yapılmaması dolayısıyla hastaların veya personelin hastalanmasına neden olunması; cerrahi müdahalede kullanılan araç ve gereçlerin bozuk olması nedeniyle veya organizasyon yükümlülüklerinin yerine getirilmemesi nedeniyle personelin malpraktis iddialarına maruz kalması; yangına karşı gerekli tedbirlerin alınmamış olması gibi olaylarda hastane yönetimi kusurlu kabul edilebilmektedir ³.

Gece acil hizmeti yapan hekim, kural olarak kendisine bu görevi veren sorumlunun, kendisinin yeteneklerini aşacak muhtemel bir komplikasyon durumunda gerekli tedbirleri (örneğin, daha tecrübeli bir hekimin hazır bulundurulması gibi) aldığına güvenebilir. Böylece bu noktada bir sorun çıkması halinde, sorumlu hastane yönetimi veya ilgili birim sorumlusu olacaktır.

Hastane yönetiminin özen gösterme borcunun bir sonucu olarak, hastanede bulunması gereken asgari unsurları bulundurması; tıp bilimi ve uygulamasında ortaya çıkan yeni gelişmeleri takip ederek hastaneyi buna uydurması gerekmektedir. Aynı şekilde tıbbi teknik aletlerdeki yeni gelişmeler takip edilmeli, eskimiş aletler yenileriyle değiştirilmelidir. Bunlar bir yandan hasta güvenliğine hizmet ederken, aynı zamanda çalışan güvenliğini de sağlamaya yönelik esaslardır.

Hastane yönetiminin istihdam ettiği personel ile ilgili olarak da sorumlulukları bulunmaktadır. Hastanenin üç ana görevinden bahsedilebilir: Bakım, muhafaza ve denetim. Bu görevler personel tarafından yerine getirilecekse de, hastane, bu personelin iyi bir şekilde seçilmesi, eğitilmesi ve denetlenmesi konularında hastasına karşı sorumludur. Dolayısıyla, öncelikle hekim dâhil bütün sağlık personelinin seçimi, denetlenmesi ve organizasyonu görevleri gereği gibi yerine getirilmelidir. Örneğin, bir görevin uzmanı olmayan bir kişiye verilmesi, alkol, uyuşturucu vb. nedenlerle görevi gereği gibi yerine getiremeyecek bir kimseye müdahale edilmesi organizasyon kusuru olarak değerlendirilir. Böylece hastane işleticisi gerek tıbbi, gerekse tıbbi olmayan personeli seçerken özenli hareket etmek ve bunları yeni

³ Ayrıntılı bilgi ve atıflar için bkz. Hakeri, Hakan, Tıp Hukuku, Ankara 2007, s. 366 vd.

gelişmelere uygun hale getirmek zorundadır. Bunlar aynı zamanda sağlık çalışanının hukuksal güvenliğine de hizmet eden tedbirlerdir. Zira ekip çalışmasında ekibe mensup bir kimsede bulunan sorunlar, ekibin tümünü etkileyecektir.

Yönetim, hastanede hatasız çalışmasını sağlamak, bu amaçla ilgili bölümlerdeki organizasyonu soyut olarak belirledikten başka, somut olayda güçlükler çıktığı takdirde müdahale de etmek durumundadır. Bu bakımdan sadece ilk organizasyonun yapılmış olması yetmez, bunun sürekli denetlenmesi ve iyi yürüyüp yürümediğinin kontrol edilmesi gerekir. Hastane yönetimi, eldeki mevcut personel ile hizmetin en iyi şekilde yürütülmesine ilişkin organizasyonu iyi yapmalıdır. Tecrübeli cerrahlar hazır bulundurularak, ameliyatların iyi şekilde yapılması sağlanmalı, keza hekimlerin nöbetleri de iyi ayarlanmak suretiyle, hekimlerin üzerine çok yük yüklenmemeli ve böylece yorgunluk veya konsantrasyon eksikliği nedeniyle, tıbbi müdahalelerin sağlıklı yapılmamasının önündeki engeller kaldırılmalıdır. Nitekim bir mahkeme kararında, bir asistanın anesteziist hekim olarak aynı anda üç ameliyatta birden görevli olduğu sırada, hastalardan birinde ağır beyin zararlarına yol açan nefes alma problemlerinin meydana çıkması dolayısıyla hastane sorumlu tutulmuştur.

Hastane yönetimi, hekimlerin branşı itibarıyla hastaya ayırması gereken süreyi göz önünde bulundurarak, görevlendirme yapması gerekir. Hekim de, hasta sayısının fazlalığını ileri sürerek, gerekli standardı sağlayamadığını ileri süremez. Hastane yönetiminin yanlış görevlendirmesi veya zorlaması, hekimin gerekli standarttan hasta aleyhine taviz vermesini haklı gösteremez. Böyle bir durumda tıbbi uygulama hatasının vukuu durumunda hem hekim, hem de hastane yönetiminin kusurlu olacağına tereddüt yoktur. Ancak hastane yönetiminin resmi bir görevlendirmesi durumunda, bu husus hekimin cezasının belirlenmesinde göz önünde bulundurulabilir.

Hastanın ameliyata en iyi şekilde hazırlanması, ameliyat edilmesi, hastane enfeksiyonundan korunması hastanenin sorumluluğu altındadır. Hasta müşahade evrakının titiz bir şekilde doldurulması, elde edilen bilgilerin tedavi eden hekime en iyi şekilde ulaştırılması, konsültasyon bilgilerinin doğru ve tedaviyi yanıltmayacak şekilde bulunması, bu hususların değerlendirilmesinde çok önemlidir. Bu suretle hekimin hatalı tıbbi uygulama yapması da önlenmiş olacaktır.

Hastanenin sıhhi kalması da organizasyon görevlerindendir. Klinik yönetimi, dezenfeksiyon maddelerini kullanıma hazır tutmak durumundadır. Uygulamada temizlik görevinin bir firmaya devredilmesiyle hastane yönetiminin sorumluluktan kurtulmayacağı, yönetimin açık talimatlar ve kontrollerle, personel veya vatandaşlar tehlikeye sokulmaksızın hastanenin temiz tutulması konusunda çaba göstermesi gerektiğine karar verilmiştir.

Hırsızlıklar, muhtemel kavga ve çatışmalar için yeterli güvenlik personelinin bulundurulmaması gibi hallerde de hastane yönetiminin organizasyon kusuru

söz konusu olacaktır.

Bu konuya ilişkin olarak, özellikle vurgulanması gereken bir husus da, uygulamadaki problemlerin rapor edilmesine ilişkin sistemlerin geliştirilmesi ve bu konuda katkısı olan personelin herhangi bir ayrımcı muameleye maruz kalmamasına özen gösterilmesidir. Nitekim Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü'nün 9.maddesi bu hususa dikkat çekmektedir. Buna göre, “*üst amirlerine mevcut riskleri rapor eden sağlık personeli muhtemel ters durumlardan korunmalıdır*”.

HUKUKSAL SORUMLULUK

Yukarıda sağlık çalışanının güvenliği bakımından hastane yönetiminin alınması gereken tedbirlerin neler olması gerektiğini ele aldım. Bu başlık altında, bu tedbirlerin alınmasında ihmal veya kastı olan yöneticilerin hukuksal sorumluluğunun nasıl belirleneceği konusu üzerinde durmak istiyorum.

Bu tedbirlerin alınmaması durumunda, henüz ortaya zararlı bir sonuç çıkmamışsa, ilgili yöneticilerin disiplin sorumluluğu söz konusu olur. Sağlık Bakanlığı bu kimseler hakkında disiplin soruşturması yapar ve ilgili mevzuata uyulmamış olması nedeniyle disiplin mevzuatında öngörülmüş olan disiplin cezalarından birini uygular.

Buna karşılık, bu tedbirlerin alınmaması neticesinde zararlı bir sonuç ortaya çıkmış, örneğin bir sağlık çalışanı hastalanmış veya daha da kötüsü, ölmüş ise bu takdirde sorumluluk, iki ayrı tür olabilir. İlkin, **hastane yöneticisi bu tedbirleri kasten almamıştır**. Bu takdirde de, hastane yöneticisinin sorumluluğu, sağlık çalışanının sağlığı zarar görmüşse TCK 88 gereğince belirlenecek; sağlık çalışanı ölmüşse ise TCK 83 gereğince on yıl ile ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası arasında değişen bir ceza söz konusu olabilecektir. Buna karşılık **hastane yöneticisi bu tedbirleri ihmal ederek almamış**, herhangi bir sağlık çalışanının zarar görmesini istememişse, sağlık çalışanının sağlığının zarar gördüğü hallerde TCK 89 gereğince üç aydan başlayan hapis cezası; sağlık çalışanının öldüğü hallerde ise TCK 85 gereğince iki yıldan başlayan hapis cezası söz konusu olabilecektir.

Bunun yanı sıra ayrıca yöneticinin, zarar verdiği sağlık çalışanına; sağlık çalışanı bu nedenle vefat etmişse, yakınlarına karşı maddi ve manevi tazminat sorumluluğu da olacaktır.

Burada ortaya çıkabilecek sorun, bu tip durumlarda hastanedeki hangi yöneticinin sorumlu kabul edileceğidir. Yukarıda bahsetmiş olduğum tebliğin 20.maddesi bu hususu düzenlemektedir. Buna göre:

“*Bu tebliğde yer alan esas ve usullerin kesintisiz ve etkin bir şekilde uygulanması, uygulama sırasında tespit edilen sorun ve aksaklıkların giderilmesi için gerekli tedbirlerin alınması ve uygulamanın takip ve denetimi ilgili sağlık kurum veya kuruluşunun en üst amirinin yükümlülüğündedir*”. Böylece yukarıda belirtmiş olduğum hukuksal sorumluluk ilkin en üst amirin, yani **başhekimin** olacaktır. Bu-

nunla beraber, başhekimin bu konuda görevlendirdiği diğer personelin de sorumlu olabileceği gözden kaçmamalıdır ⁴.

KAYNAKLAR

- **Hakeri, Hakan, Tıp Hukuku, Ankara 2007**, s. 366 vd.
- **RG: 29 Nisan 2009**, Sayı : 27214, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ.
- **Thompson V., Nason Hospital, 1991.**

⁴ Tebliğ, denetim konusunda da bir hüküm sevk etmektedir: 21.maddeye göre, bu tebliğin sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmasını denetlemek üzere, il sağlık müdürlükleri tarafından, il performans ve kalite koordinatörlükleri ve /veya kalite akreditasyon eğitimi almış sertifikalı personel arasından ekipler oluşturulur. Bu ekipler bir hekim, bir hemşire ve diğer sağlık çalışanı olmak üzere en az üç kişiden oluşur.

“TEMEL AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİNDE” RESTORASYON UYGULAMALARININ YERİ ÖNEMİ SONUÇLARI

Dt.Hakan ÇOLAK*

Dt.İsmail SERDAROĞLU**

Doç. Dr. Çoruh Türksel DÜLGERGİL*

ÖZET

Dental restorasyonlar, diş çürüğünün tüm dünyadaki geniş yaygınlığı sebebiyle kuşkusuz diş hekimliği ilminin en değerli parçalarından biridir. Aslında, bu önem yalnızca fokal enfeksiyon odağı oluşturmaya sebebiyle temel halk sağlığı açısından değil aynı zamanda tedavinin yüksek maliyeti ile de ilintilidir. Çağdaş diş hekimliğinde restorasyon döngüsü olarak isimlendirilen terim sonuçta dişin çekimine sebep olacağından; bu tedavi şekli, dental-klinik-genel sağlık ve maliyet açısından iyi kritik edilmelidir. Bu makalede bu konular tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diş Hekimliği, Restorasyon Tedavisi, Tekrar Yerleştirme, Sağlık.

ABSTRACT

Dental restorations is, of course, one of the most valuable part of the dental-sciences due to huge prevalance of dental caries all over the world. Actually, this importance are not only related with the basic-public health, yielding focal infection; but also with high cost of the treatment. Because, in contemporary dentistry, the term “restoration cycle” would consequently lead to extraction of the teeth; this type of treatment should primarily been critized with respect to clinical-medical-dental and cost. In this paper, these issues have been disscussed.

Key Words: Dentistry, Restorative Treatment, Re-placement, Health.

* Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalı

** Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

DİŞ ÇÜRÜĞÜ VE RESTORASYONU

Başta diş çürüğü ve diş eti hastalıkları olmak üzere “ağız hastalıkları”, temel sağlık problemleri arasında yerini korumaktadır. Bu hastalık grubunun kamuoyu tarafından genel olarak “ölümcül olmayan” bir şekilde algılanmış olması, Türkiye gibi değişken sosyo-kültürel yapıya sahip ülkelerde, öneminin algılanmasını güçleştirmekte ve ne yazık ki hastalığın yaygınlığını arttırmaktadır. Aslında “ağız boşluğu”, genel sağlığın başlangıç noktası olarak kabul edilir ve bu bölgedeki hastalıklar, sistemik sorunlara zemin hazırlayabilir (Petersen, 2003:5). Öte yandan hepatit B, C ve AIDS gibi virütik pek çok hastalığın geçiş yolu olabileceği gibi son günlerde “domuz gribi” gibi bazı virütik hastalıklarda, “*ikincil enfeksiyonların*” başlangıç-geçiş yolunu da oluşturabilmektedir. Bu açıdan ağız sağlığının genel vücut sağlığının başlangıcı olduğu son yıllarda tüm tıp dünyası tarafından da vurgulanmaya başlamıştır. (Haumschild ve Haumschild, 2009)

Diş çürükleri, çeşitli ülkelerde çözülmesi gereken önemli bir halk sağlığı problemi ve dünya çapında yüksek bir insidansa ve geniş bir prevalansa sahip hastalık olarak kabul görmektedir (Zero ve diğerleri, 2001: 1127). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sosyal farklılıkların hastalık-sağlık sürecine olan etkisini de ifade etmek gerekmektedir. Bunun sonucu olarak, çürüğün farklı popülasyonlarda homojen olmayan bir şekilde dağılımını; sadece bireyin biyolojik faktörleriyle değil aynı zamanda sosyo-ekonomik-kültürel faktörle de açıklamak daha bilimsel olacaktır (Johnsen, 1995).

Yaygınlığı ve sonuçları açısından değerlendirildiğinde, diğer pek çok sistemik - enfeksiyon hastalıkları ile kıyaslanamayacak düzeyde toplumda yaygınlığı olan *diş çürüğü*; restorasyonu yapılmadığı takdirde tedavisi mümkün olmayan (dokunun kendisini yeniden yapabilme özelliği olmaması sebebiyle) sonuçlara sebep olabilmektedir. Doku kaybının ileri düzeyde olduğu durumlarda, protetik yaklaşımların *bir çözüm* olarak düşünülmesi söz konusu olsa da, bu tip *protez* işlemleri bir *uzuv (kol ya da bacak)* protezine benzer düşünüldüğünde, ancak *yalancı* bir çözüm olarak algılanabilecektir. Bu açıdan *çürüğün restorasyonu* ya da diğer bir ifadeyle kaybedilen dokunun yerine konması diğer tüm hastalıklarla kıyaslandığında *diş çürüğü* için daha *öncelikli* bir hale gelmektedir (Mjör, 2001: 523).

Bu tip bir yaygınlık, pek çok modern ülkede bile diş restorasyon hizmetinin verilmesi açısından sağlık sistemini zorlayabilmekte ve *restorasyon* işlemleri, ek bütçe arayışlarını kaçınılmaz kılmaktadır (Petersen, 2003: 11,14). Zira sorun yalnızca restorasyon için gereken yetişmiş eleman ihtiyacı değil, aynı zamanda tedavisi için gerekli ciddi alt yapı yatırımlarına olan gereksinimden de kaynaklanmaktadır (Jokstad ve diğerleri,2001). Amerika Birleşik Devletleri’nde, ortalama yıllık diş tedavi harcamaları; akciğer kanseri- romatizmal hastalıklar ve dolaşım hastalıkları için harcanan paranın yaklaşık 2.4 katı civarında tahmin edilmektedir (Hutubessy ve diğerleri, 2001: 193, 200).

Konservatif çürük kontrolü (tedavisi)

Diş ve çevre dokularında bir “restorasyon işlemi” ile hedeflenen amaçlar;

1. Çürük lezyonunun sert dokularda daha fazla ilerlemesini ve doku kaybını durdurmak. Gelecekteki ikincil çürükleri önlemek.
2. Arayüzlerdeki temas alanlarını ve embraşurları (dişlerin temas noktaları arasında oluşan üçgenimsi boşluklar) restore etmek ve korumak.
3. Normal okluzyonu (kapama) temin etmek.
4. Estetiği restore etmek ve korumak.
5. Fonksiyonel kuvvetlere karşı direnç oluşturabilmek,
6. Yüzey ve fonksiyonel karakteristikleri de dikkate alarak mevcut olan periodontal sağlık ve fizyolojinin gereksinimlerine uyacak şekilde yüzey-kontur oluşturabilmek, şeklinde özetlenebilir (Ramfjord, 1974:109 ve Bral, 1989:459).

Konservatif yöntemlerle yapılan çürük tedavisi, daha fazla diş *dokusunun* korunması ve daha az dişin diş çürüğü ile etkilenmesinin engellenmesi açısından ideal sonuçlara sahiptir. Öte yandan birkaç rehber prensibin açıklanması yerinde olabilir;

- Çürüğün erken aşamada teşhisi, klasik tedavi protokolü oluşmadan durdurulması için *hayatidir*.
- Bireyin *çürük riskinin* belirlenmesi önemlidir (çürüğün ilerleme paterni açısından).
- Halen mevcut ve gözden kaçan başlangıç-orta düzey çürüklerin durdurulması için flor tedavisi ve bakteri sayısının azaltılması için antibakteriyel tedavi protokolleri yönlendirici olmalıdır.
- Daha çok diş dokusunun korunması için mutlaka daha *küçük kavite* şekillerinin tercih edilmesi gerekir (bu durum, uzayan bir restorasyon randevu sisteminde mümkün görülememektedir. Bu açıdan daha ufak diş çürük kavitesi-erken dönemde müdahale- o kadar az doku-zaman-para kaybı olarak *sonuçlanacaktır*) (Featherstone, 2003: 30).

Restorasyon uygulamalarının sebepleri ve gecikme ile oluşabilecek durumlar açısından değerlendirildiğinde bazı sebep-sonuç ilişkilerini irdelemek yerinde olabilir;

Kolonizasyon seviyesini azaltmak; Bir streptokok türü olan Streptokokkus Mutans (çoğunlukla bir grup olarak incelendikleri için diğer isimleri ile *Mutans Streptokokları* [MS]), memelilerde bilinen en patojen çürük bakterisidir. Bu bakterinin ağızdaki (plaktaki-tükürükteki) artışı *çürük riskini artırır*. Ağız içinde *tedavi edilmeden* bırakılmış çürük lezyonu normalden daha fazla MS içerir ve uzun süreli mevcudiyeti başka bölgelerde de kolonizasyon ve bağlı olarak çürük riskini arttırabilir (Featherstone, 2002).

Bakteri oranındaki azalma; Mikroorganizmayla yüklü hastalıklı dokunun uzaklaştırılmasına, uygulayıcının dentisyonu tedavi etmedeki yeteneğine ve mikroorganizmaların yaşama alanının değiştirilmesine veya bütün bu faktörlerin kombinasyonuna bağlı olarak değişmektedir. Bu sebeple, uygun yapılan her restorasyon; çürük dokusundaki bakterileri elimine edebileceği gibi, fırça ile kolay temizlenebilen ve plak oluşumunu azaltan bir yüzey oluşturarak ek bakteri azalmasına da yol açacaktır.

Konu ile ilgili örneklerden biri Wright ve ark (1992) tarafından raporlanmıştır. Araştırmacılar; hamile annelerde yapılan restorasyon uygulamasının (çürüklerin restorasyonu ve pürüzlü dolgu yüzeylerinin polisajlanması), tükürükteki çürük bakterisi sayısını (*Streptokokkus Mutans*) belirgin oranda azaltabileceğini, ancak bu etkinin *geçici* olduğunu göstermiştir. En belirgin azalma yaklaşık olarak % 50 oranında laktobasillerde (çürüğün ilerlemesinden sorumlu bakteri türü) gözlenmiştir (Wright ve diğerleri, 1992). Bunun nedeni; laktobasillerin öncelikli olarak derin pit ve fissürlerde ve aynı zamanda derin çürük lezyonlarında yaşama alanı bulmalarından kaynaklanmaktadır. (Laktobasiller primer olarak derin çürük lezyonlarında ve pit ve fissürlerde yaşarlar (Loesche ve Straffon, 1979: 499, 501).

Benzer bir bulgu, Loesche ve arkadaşları (1977) tarafından da bulgulanmış ve rampant çürüklere sahip olan çocuklara yapılan restorasyonların tükürükteki MS (*Mutans Streptokokları*) oranında düşüşe sebep olduğu ancak bu etkinin geçici olduğu ve sonunda başlangıç seviyesine ulaştığını görmüşlerdir.

Dolaylı diş eti sağlığı oluşturmak; Dental restorasyonlar ve periodontal sağlık çok yakından ilişkilidir. Periodontal sağlık, bütün restorasyonların doğru fonksiyonu için gerekliken, periodontal sağlığın korunması da dental restorasyonların fonksiyonel uyarısı sayesinde gerçekleşmektedir. Uzun süreli restore edilmemiş diş yüzeyine komşu *dişeti* dokusunda enfeksiyon oluşabilir. Bu durum yalnızca bu bölgede aşırı biriken dental plaktan değil, bölgenin fizyolojik temizlenme hareketinden mahrum kalması ya da aşırı yiyecek artığı baskısından (food impaction) da kaynaklanmaktadır. Diş eti uyumunun bozulması yanında temizlenmesi zor bölgede artan plak-birikinti oluşumu da bu durumu tetikleyebilir (Mjör ve diğerleri, 2005:5). Bu sebeple; uyumlu yapılan bir restorasyon yalnızca diş dokusunun bütünlüğünü değil, dişeti sağlığının devamlılığını da sağlar.

Temas eden diş yüzeyinin zarar görmesini önlemek; Uzun süreli tedavi edilmeyen özellikle arayüz çürükleri-bu bölgenin kolaylıkla “çiğneme amaçlı” kullanılamaması ve bu sebeple *fizyolojik temizlenmeden* uzak kalması, çürük kavitesi sebebiyle plak birikiminin artması ve fırça-diş ipi ile temizleme ihtimalinin azalması gibi sebepler yüzünden-*yan dişin temas yüzeyini* de tehlikeye düşürebilir. Zaten pek çok *ara yüz* çürüğü, bir diş yüzeyinde ilerlemiş ve diğer diş yüzeyinde yeni başlamış bir klinik-radyolojik tablo sergiler (Hickel ve Manhart, 2001:47,50). Oysaki çalışmalar; erken dönemde doğru malzeme ile tedavi edilmiş ve ara yüz

temizliği ile desteklenmiş bu gibi klinik vakalarda *başlangıç* çürüklerinin kolaylıkla durdurulabildiğini ve *tedavi maliyetlerinin* bu sebeple yarı yarıya azaltılabildiğini göstermiştir (Bogachi ve diğerleri, 2002: 489).

Konservatif tedavi ile restore olma şansını arttırmak; Gecikmiş bir restorasyon işlemi aynı zamanda o dişin restore edilme şansını azaltmakta ve zamanla artan doğal diş dokusundaki *kayıp*, dişin yalnızca daha kısa sürede daha basit bir işlemle ve daha kısa sürede restore edilme şansını düşürmemekle kalmayıp bu durum protetik bir uygulama gibi daha pahalı-uzun süreli (çok randevulu) ve dişin en son şansı olan bir *son restorasyon la* tedavi edilmesini de zorunluluk haline getirmektedir (Forss ve Widström, 2004: 84).

Alta yapılmış olan “kanal tedavisinin” başarı şansını arttırmak; Svanberg ve arkadaşları (1990: 862), başarısız bir *kanal tedavisi* uygulamasının %60 kadarının başarısız bir koronal restorasyonla ilgili olduğunu göstermişlerdir. Bu durum, üzeri uzun süre uygun olmayan yada geçici bir restorasyonla kapatılan kanal tedavili bir restorasyonun başarısının gittikçe azalacağını ve “uzun zaman-fazla para” harcanarak yapılan bir kanal uygulamasının, randevusu geciken bir üst restorasyon sebebiyle tamamen kaybedilebileceğini, ifade etmektedir.

Fokal enfeksiyon odaklarını ortadan kaldırmak (azaltmak); Özellikle medikal sorunlu hastalarda diş çürüğü büyük ve ciddi bir risk olarak kabul edilmektedir. Sistemik hastalığa sahip ya da riskli hasta gruplarında, fokal enfeksiyon yaratmaları açısından diş çürüklerinin *acil* eliminasyonu oldukça önem kazanmaktadır (Pallasch ve Wahl, 2000: 195). Son yıllarda MS (*Mutans Streptokokları*)nın sistemik dolaşıma geçmesi ve kalp kapağına yerleşerek sistemik sorunlar oluşturması kanıtlanmış bir gerçektir (Mattila, 1993: 51). Restorasyon yapımı, ağızdaki MS (*Mutans Streptokokları*) seviyesini azaltarak büyük oranda bu ihtimali minimize etmektedir.

Okul çağı-ilköğretim çağı- çocuklarında genel duruma olan olumsuz etkiyi ortadan kaldırabilmek; Ülkemizde, 6-12 yaş grubu çocuklarda en sık görülen sağlık sorunları arasında ilk sırayı “diş çürükleri” almaktadır. Bu durum; çocuklarda yüksek oranda okul eğitiminde devamsızlığa sebep olmakta ve erken çürüyen süt dişleri sebebiyle oluşan “erken ve yoğun kolonizasyon seviyesi” erken çürük riskine sebep olarak çocuğun gelecekteki dişlenmesini de etkilemektedir (Feathers-tone, 2002). Öte yandan; çocukların yaşam kalitesini ciddi bir şekilde etkileyen ve psikolojik iz bırakan estetik problemlere ve konuşma güçlüğüne de sebep olabilmektedir. Buna ek olarak diş çürükleri çocuğun beslenme durumuna belirgin bir şekilde etki etmektedir.

Gecikmiş bir “süt dişi” tedavisi hem maliyeti arttırmakta ve hem de kolay tedavi edilebilme şansını azaltmaktadır (Johnsen, 1995; 696, 702).

Diş Çürüğüne “Riskli” Yaklaşım, Medikal Tedavi Modeli Ve Çürük Restorasyonları

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından yapılan son derlemeler genel bir bakış açısından yapılan tüm diş hekimliği uygulamalarının % 80’inin toplumun % 20’si ile ilintili olduğunu vurgulamaktadır (Petersen, 2003:11). Bu sonuç; çoğu erken yaşlarda yapılan pek çok restorasyonun, sık aralıklarla “ikincil çürükler” sebebiyle değişmesi ve bu tip ağızlarda sürekli “yeni, primer çürük” oluşumlarının gözlenmesiyle oluşturulmuştur (Petersen ve Lennon, 2004).

Bu ve benzeri pek çok klinik bulgunun sonucunda özellikle 1990’lardan itibaren diş çürüğüne bir “enfeksiyon hastalığı” mantığıyla bakmak ve tedavisinde risk bazlı “medikal model” kullanmak önerilmiştir. Anderson ve arkadaşları(1993) çürüğü restore etmenin yalnızca “semtomları” gidermekle sınırlı olduğunu, asıl amacın hastalığı ve etkenini tedavi etmek olması gerektiğini vurgulamışlardır.

Bu yeni tedavi modelinde, dişlere konservatif yaklaşım iki aşamalı (acil geçici restorasyon ve daimi restorasyon) olsa da, asıl çürük kaynağı olarak kabul edilen ve yoğun bakteri içeren çürük kavitelelerinin (enfeksiyon odaklarının) hızlıca elimine edilmesi tedavinin önemli bir aşaması olarak kabul edilmektedir. Medikal model hastalığın sebebini tedavi etmek üzerine kuruludur ve 4 basamağa sahiptir (Guzmán-Armstrong ve Warren, 2007:768,769):

- 1) Bakteriyel enfeksiyonun kontrolü,
- 2) Risk düzeyini düşürülmesi,
- 3) Başlangıç lezyonlarının remineralizasyonu,
- 4) Uzun dönem takip.

1) **Bakteriyel enfeksiyonun kontrolü;** MS (*Mutans Streptokokları*) kontrolü 2 safha da başarılmaktadır; (i) çürük lezyonlarının kontrolü ve (ii) bunu takiben kemoterapik (antibakteriyel) ilaçlar.

a) **Çürük lezyonlarının kontrolü:** Lezyon kontrolünün amacı, birey tükürüğündeki bakteriyel yoğunluğu (MS seviyesi) azaltmaktır. Son yıllarda bu aşama için önerilen yöntem, özellikle büyük ve derin kavitelelerin el aletleri ile ekskave edilerek cam iyonomer gibi flor salma özelliğine sahip terapötik restorasyon maddeleri ile geçici olarak doldurulması şeklinde özetlenebilir. Bu yaklaşım, üzerinde öncelikle durulan “acil restorasyon uygulaması” felsefesi ile uyushmaktadır. Aslında bu aşama için önerilen Travma Oluşturmayan Dolgu İşlemi (Atravmatic Restorative Treatment –ART), olarak adlandırılan “minimal invaziv çürük kontrolü”, hem mevcut hem de gelecek tedavi harcamalarını azaltmaktadır. Yapılan bu mekanik önlem daha sonra uygulanacak olan kemoterapik tedaviyi daha etkin kılmaktadır.

b) **Kemoterapötiklerin (antibakteriyellerin) uygulanması:** Oral bakteri kontrolünü sağlamada ikinci aşama antibakteriyel terapidir. MS (*Mutans*

Streptokokları) miktarını azaltmak için florlu vernik ve klorheksidin kombinasyonları uygulanmaktadır. Florlu vernik tek başına kullanılabileceği gibi diğer antimikrobiyal ajanlarla da kullanılabilir.

- 2) **Risk seviyesinin azaltılması:** Medikal modelde ikinci aşama hastaların risk seviyesini azaltmaktır. Bu amaçla “riske” sebep olması muhtemel değişkenler (şeker tüketimi, tükürük yapısı-miktarı, hijyen alışkanlığı ve flor kullanımı vs) elimine yada modifiye edilmeye çalışılır.
- 3) **Başlangıç lezyonlarının remineralizasyonu:** Çürüğün önlenmesinde medikal modelin üçüncü aşaması remineralizasyonla aktif çürüklerin tersine çevrilmesidir. Bu aşamada 4 bölüm vardır:
 - a) 10 günlük periyotlarla 3 kez florlu vernik uygulanır,
 - b) Evde flor uygulamasını artırılır. Günde 2 kez florlu diş macunları kullanılır. Dentin çürüklerine sahip yüksek çürüklü çocuklarda fırçayla %1.1’lik NaF jel uygulaması (günde ya da haftada bir kez fırça ile uygulanması) tavsiye edilir.
 - c) Ksilitollü sakızlar tavsiye edilir.
 - d) Peynir gibi kalsiyum kaynaklarının sık tüketimi önerilir.
- 4) **Uzun dönem takipler:** Medikal modelde en son aşama hastanın evinde ve dental ofiste takip edilmesidir. Muayenehane kontrolü için yüksek riskli bireyleri 3 ayda bir düşük riskli hastaları ise 6 ayda bir kontrole çağırarak gerekmektedir.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (DSÖ)-RESTORASYON UYGULAMALARI VE ÖNGÖRÜLER

Genel bir bakış açısından *bir dental restorasyon*, kayıp diş dokusu için oldukça belirli bir daimi yerine koyma işlemi olarak algılanmaktadır (Forss ve Windström, 2004: 83). DSÖ’nün son raporlarında basitleştirilmiş ve mevcut sisteme kolaylıkla entegre olabilecek “Temel oral sağlık hizmeti”; acil oral tedavi, oral hijyen eğitimi, uygun seviyede florla etkileşim ve travma yaratmayan dolgu işlemi olarak ifade edilmiştir (WHO Health Report, 2000). Bu saptamadaki en belirgin hizmet kelimelerinden biri kuşkusuz “*acil oral sağlık hizmeti*” nin sunulması ile ilgili olanıdır (Van Palenstein ve diğerleri, 2002).

Bu ifadedeki *acil* terimi, yalnızca *ağrılı* durumları değil, bireyin normal konuşma ve çiğneme fonksiyonunu etkileyebilecek her türlü ağız-diş sağlığı sorununu da ifade etmektedir. Sonuç olarak; düşünülebilecek en basit restorasyon ihtiyacını da birey için *acil* olarak sınıflamak mümkündür. Aslında, restorasyon yapımının temel sebepleri arasında; (i) çürüğü temizlemek, (ii) estetik ve fonksiyonu sağlamak, (iii) plak oluşumunu ve temizlenmesini kolaylaştırmak, ve (iv) ağız-diş sağlığını bir bütün olarak devam ettirebilmek sayılabilir (Mjor ve diğerleri, 1999: 258).

RESTORASYON YENİLENMESİ-SONUÇLARI:

Diş çürüğü en yaygın hastalıktır ve yapılan diş çekimlerinin yaklaşık olarak yarısının sebebidir. Diş çürüklerinin tedavisi kolay uygulanabilen direkt restorasyonlarla (dolgu) yapılmaktadır ve İngiltere’de bu tedavilerin her yıl için tek başına maliyeti 173 milyon Sterlin’dir (Christensen, 2005: 201).

Restorasyon yapılmasına karar verirken çürüğün ilerleyişine ve çocuğun-yetişkin bireyin yaşı dikkate alınır. Restorasyonlar travma, aşınma ve erozyon gibi farklı nedenlerle de yapılmaktadır (Anusavice, 2005: 540). Farklı maliyetleri olan bir çok restoratif materyal mevcuttur ama asıl ihtiyaç bu restorasyonların yapılmasına karar verecek-yerini hazırlayıp dolguyu yerleştirecek ve başka dişlerin çürümmesine engel olmak için karar verip uygulama yapabilecek olan uzman kişiye olan ihtiyaçtır (Scott, 2002).

Diş dolguları sonsuza kadar ağızda kalamazlar. Restorasyonlar sınırlı bir yaşam süresine sahiptir ve restoratif döngü (restoration cycle) olarak tabir edilen bu süreçte, hastanın yaşam süresi boyunca dolgu bir kaç kez değiştirilir. İngiltere’de yapılan çalışmalarda restoratif diş hekimliğinde yapılan uygulamaların büyük çoğunluğunu restorasyonların yenilenmesinin oluşturduğunu ve restoratif alanda yürütülen tedavilerin maliyetinin % 60’ını oluşturduğu belirtilmektedir (Burke ve diğerleri, 1999: 17). Buna benzer rakamları Avrupa’nın farklı ülkelerinde ve A.B.D’de görmek mümkündür. Daha öncede bahsedildiği üzere İngiltere’de basit ve direkt olarak yapılan restorasyonların maliyeti her yıl 173 milyon Sterlin’i bulmaktadır ve buna ilaveten yapılan kronların maliyeti 156 milyon Sterlin’dir. Ayrıca özel sektörde de direkt ve endirekt restorasyon hizmetleri verildiği için gerçek bir maliyet verisi belirlenmemektedir. (Christensen, 2005: 202)

Daha iyi kalitede restorasyonlar gerçekleştirmek için yapılan araştırmalar; rutin klinik uygulamalarda ne yazık ki optimal olmayan işlemler yapılabildiğini göstermektedir. Bu açıdan; gerek kaynak kullanımlarını daha karlı bir şekilde arttırıcı (koruyucu bakım gibi) ve gerekse daha kaliteli rutin klinik hizmetlerini özendirici çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Chadwick ve diğerleri, 2001: 156, 159).

Deligeorgi ve diğerlerine göre(2001:7,8) restorasyonun ömrünün etkileyen bazı etkenler vardır. Bunlar;

- Dişlenmenin tipi,
- Restorasyonun yeri,
- Restorasyonun büyüklüğü,
- Yerleştirilme nedeni,
- Çürüğün tipi,
- Yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik karakteristikler,
- Ağız hijyeninin durumu (hastanın çürük risk durumu),
- Diş hekiminin manipülasyon yeteneği-zamanı ve diş hekimi değiştirme sıklığı.

Yenilenen restorasyonlar genel de daha komplekstirler ve başlangıçta yapılan restorasyonlara göre daha maliyetlidirler. Daha az yaşam ömrüne sahiptirler ve pulpaya zararlı etkileri vardır, bazen kök kanal tedavisi gerektirebilirler ve dolayısıyla hastaya daha fazla maliyet oluşturabilirler (Burke ve diğerleri, 1999: 236).

Sonuç olarak; diş çürüğünün tedavisi (dolgusu), herhangi bir tıbbi tedavi gibi algılanmamalıdır. Sistematik-spesifik bir *koruyucu programın* yoksunluğunda, tüm dolgu uygulamaları birer *geçici tedavi* olarak düşünülebilir. Bu durum, hizmet talebini içinden çıkılmaz bir hale getirebileceği gibi, olası *tedavi maliyetlerini* de oldukça arttırabilecektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Aslında geçmiş dönemlerle kıyaslandığında toplumun *artan çürük restorasyonu* ihtiyacı, birey bilincinin *artması* ile de açıklanabilir. “Çürük vardı ama tedavi edilemiyordu ve bu yüzden başvuru yoktu” öngörüsünün; “çürük hala var, artık tedavi imkanı da var ve bunun için *talep artıyor*” şeklinde yorumlanması artık daha olası gözükmektedir. Bununla beraber son 20 yıl içerisinde yapılan çalışmalarda risk bazlı yaklaşımların restorasyon uygulamalarındaki önemi oldukça öne çıkmaktadır. Zira çalışmalar; yapılan tüm restorasyon uygulamalarının %80 inin, toplumun %20 sinde gerçekleştirildiğini kanıtlamaktadır. Bu durum, erken aşamada seçilecek bu bireylerde alınacak *koruyucu* önlemlerle uygulamaların maliyetinin büyük oranda azaltılabileceğini göstermektedir.
- Dünya Sağlık Örgütü’nün son 10 yıl içinde yaptığı değişik ülke çalışmaları belirgin bir gerçeği ortaya koymaktadır; restorasyon bazlı çalışan diş-tedavi sistemlerinin olduğu ülkelerde, en fazla diş çürüğü ve erken dişsizlik durumları izlenmektedir.

Tüm bunlar ve benzeri pek çok örnek, erken dönemde ve sistematik bir anlayışla alınması gereken koruyucu önlemlerin önemini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

- Anderson MH, Bales DJ, Omnell KA. (1993). Modern management of dental caries: the cutting edge is not the dental bur. Journal of American Dental Association 1993, 124, 36-44
- Anusavice KJ.(2005). Present and future approaches for the control of caries. Journal of Dental Education, 69, 538-554.
- Bogachi RE, Hunt RJ, del Aquala M, Smith WR. (2002). Survival analysis of posterior restorations using an insurance claims database. Operative Dentistry, 27, 488-492

- **Bral M. (1989).** Periodontal considerations for provisional restorations. *Dental Clinics of North America*, 33, 457-477
- **Burke FJ, Cheung SW, Mjör IA, Wilson NH. (1999).** Restoration longevity and analysis of reasons for the placement and replacement of restorations provided by vocational dental practitioners and their trainers in the United Kingdom. *Quintessence International*, 30, 234-42
- **Burke FJ, Cheung SW, Mjör IA, Wilson NH. (1999).** Reasons for the placement and replacement of restorations in vocational training practices. *Primary Dental Care*, 6, 17-20
- **Chadwick B, Treasure E, Dummer P, Dunstan F, Gilmour A, Jones R, Phillips C, Stevens J, Rees J, Richmond S. (2001).** Challenges with studies investigating longevity of dental restorations--a critique of a systematic review. *Journal of Dentistry*, 29, 155-161
- **Christensen GJ. (2005).** Longevity of posterior tooth dental restorations. *Journal of the American Dental Association*, 136, 201-203
- **Deligeorgi V, Mjör IA, Wilson NH. (2001).** An overview of reasons for the placement and replacement of restorations. *Primary Dental Care*, 8, 5-11.
- **Featherstone JD. (2003).** The caries balance: contributing factors and early detection. *Journal of Californian Dental Association*, 31, 29-33
- **Featherstone JDB, Gansky SA. (2002).** Cariogenic bacteria trends in a randomized caries management clinical trial. *Journal of Dental Research*, 81, A-467, Abstract 3813.
- **Forss H, Widström E. (2004).** Reasons for restorative therapy and the longevity of restorations in adults. *Acta Odontologica Scandinavica*, 62, 82-86.
- **Forss H, Windström E. (2004).** Reasons of restorative therapy and the longevity of restorations in adults. *Acta Odontologica Scandinavica*, 62, 82-86
- **Guzmán-Armstrong S, Warren JJ. (2007).** Management of high caries risk and high caries activity patients: rampant caries control program (RCCP). *Journal of Dental Education*, 71, 767-775
- **Haumschild MS, Haumschild RJ. (2009).** The importance of oral health in long-term care.
- *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 667-671
- **Hickel R, Manhart J. (2001).** Longevity of restorations in posterior teeth and reasons for failure. *Journal of Adhesive Dentistry*, 3, 45-64
- **Hutubessy RC, Bendib LM, Evans DB. (2001).** Critical issues in the economic evaluation of interventions against communicable diseases. *Acta Tropica*, 78, 191-206.
- **Johnsen D. (1995).** The preschool “passage”: An overview of dental health. *Dental Clinics of North America* , 39, 695-707.

- **Loesche WJ,Bradbury Dr,Woolfolk MP. (1977).** Reduction of dental decay in rampant caries individuals following short-term kanamycin treatment. *Journal of Dental Research*, 56, 254-267.
- **Loesche WJ,Straffon LH. (1979).** Longitudinal investigation of role of Streptococcus mutans in human fissure decay. *Infection and Immunity*, 26, 498-507
- **Mattila KJ. (1993).** Dental infections as a risk factor for acute myocardial infarction. *European Heart Journal*, 14, 51-53
- **Mjor IA, Moorhead JE, Dahl JE. (1999).** Selection of restorative materials in permanent teeth in general dental practice. *Acta Odontologica Scandinavica* 1999, 57, 257-262
- **Mjör I, Gordan V, Abu-Hanna A, Gilbert GH. (2005).** Research in general dental practice. *Acta Odontologica Scandinavica*, 63, 1-9
- **Mjör IA. (2001).** The basis for everyday real-life operative dentistry. *Operative Dentistry*, 26, 521-524
- **Jokstad A, Bayne S, Blunck U, Tyas M, Wilson N. (2001).** Quality of dental restorations. *International Dental Journal*, 51, 117-158.
- **Pallasch TJ, Wahl MJ. (2000).** The focal infection theory: appraisal and reappraisal. *Journal of the California Dental Association*, 28, 194-200
- **Petersen PE, Lennon MA. (2004).** Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 32, 319-321
- **Petersen PE. (2003).** The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry Oral Epidemiology*. 31, 3-23
- **Petti S, Pezzi R, Cattaruzza MS, Osborn JF, D'Arca AS. (1997).** Restoration-related salivary Streptococcus mutans level: a dental caries risk factor? *Journal of Dentistry*, 25, 257-262
- **Ramfjord SP. (1974).** Periodontal aspects of restorative dentistry. *Journal of Oral Rehabilitation*, 1, 107-126
- **Svanberg M, Mjör IA, Orstavik D. (1990).** Mutans streptococci in plaque from margins of amalgam, composite, and glass-ionomer restorations. *Journal of Dental Research* , 69, 861-864
- **Van Palenstein Helderman W,Mikx F,Holmgren C, Frencken J, van Reenen G.** Integration of oral health primary health care. Priorities And Guidelines For Demonstration Projects.
- **WHO. World Health Report 2000:** Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization.
- **Wright JT, Cutter GR, Dasanayake AP, Stiles HM, Caufield PW. (1992).** Effect of conventional dental restorative treatment on bacteria in saliva. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 20, 138-143

- **Young DA.**New caries detection technologies and modern caries management: merging the strategies. (2002). *General Dentistry*, 50, 320-331
- **Zero D, Fontana M, Lemmon AM.**(2001). Clinical application and outcomes of using indicators of risk in caries management. *Journal of Dental Education*, 65, 1126-1132

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 yapılanmanın 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 Kurtarıcı 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 kuruluşlar 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 yapılanmış olduğu; dolayısıyla hataya yatkın oldukları çıkarsaması yapılmıştır.

³ Örneğin bir cerrahi girişim hastanın yattığı cerrahi klinik, ameliyathane, ayılma 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 çözümlemesi 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 ortamdan 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, önlenabilir 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 Guidelenees 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 ölümle, 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 önlenabilir 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, yanlış 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 yanlış programlaması bir kusur örneğidir. Hata ise kişinin bilgisinin yetersiz veya yanlış olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Algılama, anlama, muhakeme etme, yorumlama hataları bu kapsamda ele alınmaktadır. Bir diğer ifade ile hata *planlanan faaliyetin kendisinin yanlış olması demektir*. Tanının yanlış konması, tetkik sonuçlarının yanlış yorumlanması birer hatadır.⁸ IOM Raporu'nda (2000) da doğru ilacın order edilirken yanlış doz girilmesi bir kusur; hastaya yanlış, 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 oluşturmaktadır. 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; günübirlik 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 tespiti 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 suçlu 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 net 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 kaynaktan "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 telafluz 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 yazınına 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 algılarıdır. Olaylar, uygulamalar ve prosedürleri *örgütsel rutin* olarak; beklenen, arzu edilen ve ödüllendirilen davranışları da *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 çözümleme 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 Michthell,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 öncelenme- si 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 kuruluştaki kültürel değişimin sağlanması için dört mekanizmadan yararlanılabileceğini belirtmektedir. Bunlar, çalışanların karar alma süreçlerine katılımının ve kuruluşa aidiyet geliştirmelerinin sağlanması, liderlerin kuruluştaki 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 kuruluştaki 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. Kuruluştaki 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 - yapılması 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 yansıması 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 açılması , 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 orderın 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 bildirimi, 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 bildirimin 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 kapsamının doğal bir uzantısı olarak yapabilmektedir. Benzer şekilde temizlik personeli ”hasta vücut sıvısı ile temas ettiğimde, delici- kesici aletle yaralandığımda olay bildirim formu doldurup durumunu 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, bilgin 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 yapılacağına tartışılması gerekmektedir. Hasta güvenliğini riske eden olayların bildiriminin elektronik posta, faks veya telefon yoluyla yapılması mümkündür (WHO Guidelines for adverse 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 özelliğı taşımaktadır.

Hasta güvenliğini riske eden olaylara ilişkin veriler, olay bildirim sistemi dışında 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, hemşire ve diğör sağık personelinin adverse olay bildirimleri, epikrizlerde ICD kodları bazında yapılan taramalar ve hasta güvenliğı indikatörleri³³ bazında olmak üzere üç ayrı yöntem kullanılarak yapılan ölçümlerin tutarsız sonuçlar verdiğı ortaya koymuştur. Araştırmacılar her ölçüm yönteminin farklı olayların ortaya çıkmasını sağladığını belirtmektedirler.

Olay bildirim sistemlerinin kuruluş ve genel olarak sağık sistemi bazında faydalı sonuçlar ortaya çıkarabilmesi için sistematik, karşılaştırılabilir veri üretmesi önem taşımaktadır. Ancak 2010 yılı başı itibariyle henüz hasta güvenliğinin riske eden olayların adlandırılması ve sınıflandırılmasını, bölge, ölke ve uluslararası düzeyde hasta güvenliğı istatistiklerinin karşılaştırılmasını sağlayarak iyi uygulamalardan öğrenme fırsatı yaratacak bir sistem mevcut değildir. Dünya Sağık Örgütü’nün önderliğinde 2006 yılından bu yana hasta güvenliğı için bir uluslararası klasifikasyon sistemi kurma projesi yürütölmekte olduğı³⁴ belirtilmektedir. Böylece ortak tanım, terim ve kavramlara dayalı olarak hasta güvenliğıne ilişkin bilgi toplanması mümkün olacak ve bu kapsamda iyileşme sağlamak amacıyla verilerin toplanması, analizi ve yorumlanması konusunda bir mutabakat oluşması beklenmektedir. Söz konusu projenin uluslararası düzlemde uzlaşmış indikatörler bazında ölçüm, raporlama ve kıyaslama³⁵ olanağı sağlaması nedeniyle önemli bir gelişme fırsatı su-

hem de sınıflandırma ve raporlama işlemlerini kolalaştıracak şekilde kavuşturulması mümkündür. Örneğın olay kategorileri arasında düşme ile ilgili olarak sadece tek bir kutucuğun konması, düşmenin nerede ve nasıl olduğunu klasifiye etmeye elverişli olmamaktadır. Bu nedenle düşme kutucuğı işaretlendiğinde altında düşmenin nereden, hangi pozisyonda iken vb. gerektiğıne ilişkin alt kırıınımların forma yerleştirilmesi mümkündür.

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

³³ Söz konusu hasta güvenliğı indikatörlerine ve hesaplanma, raporlanma sistematığıne 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 Sağık 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 (Cambern: 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 bildirimin 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 (Cambern: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 topyekûn 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 atıflanarak 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 tercihine 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 ifadelerle 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 toplanmalar, 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 yönetimi”³⁹ 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 ameliyathaneye 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 açıktır (Tak vd :2008/b). Bu nedenle hasta güvenliği meselesinin *konudan sorumlu bir ara kademe yöneticiye* bırakılamayacağı, 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 enformasyonel 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. Enformasyona 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 enformasyon 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 enformasyon 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 olduğunu düşündükleri kişilerden gelen enformasyona 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 inanın yaratılması amacıyla kullanılabileceği 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 yeterli olmaktadır. Ancak, insan kaynakları yönetimi, tesis yönetimi gibi tıbbi olmayan süreçlerin hizmet kalitesi ve hasta güvenliği açısından yeniden yapılandırılması oldukça zor ve zaman alıcı olmaktadır (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 sahip olmaktadır. 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 sınavarak 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 sağlanacağını teorik olarak bilmesinin 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 değiştikçe, 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 şuuru 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 işlemesi 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 personeli 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 karşılığı 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 kullanılabilecek 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 indirgendiğinde 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 yayınlarak (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 itibariyle 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 bilimciler 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.Cambridge.
- 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 Statictics, 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, Aca-deny 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),** Engineeering 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 Sa-fety: 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. 1.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_yonergesi_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 ulaşılabilir.
- **(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 CareJoint 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

EĞİTİM HASTANELERİNDE ASİSTAN DOKTORLARIN KLİNİK İŞ YÜKLERİ BAKIMINDAN PERFORMANS ÖLÇÜTLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Haluk TANRIVERDİ*

Çiğdem TEKER**

ÖZET

Eğitim hastanelerinde klinik iş yükleri ve bu iş yüklerinin performans ölçütlerine nasıl yansıdığı araştırıldı. Dahili ve cerrahi kliniklerdeki asistan doktora tanımsal anket çalışması yapılarak karşılaştırma yapıldı. Bu çalışma diğer çalışmalardan farklı olarak hasta memnuniyeti üzerinden değil, performansları değerlendirilen asistan doktor anketlerinden oluşturuldu. Bu çalışmada asistanların iş yükü olarak: Fazla sayıda hasta bakmak, fazla sayıda nöbet tutmak, nöbet izninin olmaması, nöbet ücretinin az olması, yeterli eğitimin verilmemesi, çalışma ortamının uygunsuz olması, eğitilmiş sağlık personelinin olmaması sonucu çıkarıldı. Dahili ve cerrahi kliniklerde şikayetlerin ve iş yüklerinin ortalama aynı olduğu görüldü. Ancak cerrahi kliniklerin girişimsel işlemlerden dolayı performans puanının daha fazla olduğu ve bunun da kazançlarına yansıdığı tespit edilmiştir. Performansı düşüren iş yüklerinin aynı zamanda performans ölçütlerini de olumsuz yönde etkilediği görüldü. Ayrıca hangi düzenlemelerin performans artırıcı etkileri olduğu üzerinde duruldu.

Anahtar Kelimeler: İş Yüğü, Performans Ölçütleri, Performans Puanı, Asistan Doktor, Hasta Memnuniyeti

ABSTARCT

It is analyzed that clinical workloads in Education Hospitals and how this workloads effect to performance measures. The comparison was done by making questionnaire study to assistant doctors who works at internal and surgical clinics. This study is composed with questionnaire studies of the assistant doctor's performance evaluation differently from patients satisfaction. In this study workload of the assistants were mainly described as; examining too many patients, being on night

* Yard.Doç.Dr. Haluk TANRIVERDİ Sakarya Üniversitesi Öğretim Üyesi

** Aile hekimliği uzmanı

duty more times, no permission for rest after night duty, low amount of surcharge rates for night duty, low quality of the medical education, unsuitable work environments, not well educated allied health personnel in policlinics. It is determined that the complaints and workloads for internal and surgical clinics were the same. But it is observed that the surgical clinics have more performance points because of the invasive procedures and it was reflected to their earnings.

It is observed that these workloads which decrease the performance were also effected negatively to performance measures. Also overemphasized which are productive arrangements.

Key Words: Workloads, Performance Criterias, Performance Point, Assistant Doctor, Patient Satisfaction

GİRİŞ

Dünya sağlık örgütü sağlığı bir insanın bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Her insan sağlığına önem verir ve en iyi şekilde sağlık hizmeti almayı ister. Talep iyi şeyler almak olduğunda arz da kaliteli olmalıdır. Sağlık hizmeti kaliteli ve ulaşılabilir olmalıdır. Kalite ise maliyeti artırır. Sağlık hizmetinin pahalı olması tüm insanların aynı hizmete ulaşmasını engeller. O halde sağlık hizmeti, diğer işletmelerden ayrı ele alınması ve değerlendirilmesi gereken bir konudur. Hem kaliteli hem de uygun fiyata hizmet özellikle sağlık çalışanlarına büyük işler yükler.

Günümüzde sağlık sistemleri, dünya ekonomisindeki en büyük sektörlerden birisidir. Sağlık sektörü için 1997’de yapılan toplam harcama, yaklaşık 2985 milyar dolardır. Bu da dünya brüt milli hasılasının neredeyse %8’ne denk düşmektedir(WHO 2000). Bu rakamsal boyut, binlerce yıl öncesinde, aile üyeleri, dini örgütler ya da profesyonel bir şifa verici tarafından tedavi sunulan bir kişiyle, bir hastalık arasındaki basit ve özel bir ilişkinin, geçmiş iki yüzyıl içinde nasıl genişlediğini ve bir sağlık sistemi tarafından kapsanan kompleks bir ağa nasıl girdiğini yansıtmaktadır (WHO 2000)

Günümüzde sağlık hizmetlerini toplumun bütün bireylerinin taleplerine karşılık verebilecek bir niteliğe ulaştırmak ve bu hizmetlerin kaliteli sunulabilmesini sağlamak için performans değerlendirmesi ve performansa göre ödeme sistemleri önerilmektedir. İşte bu değişim süreci sonucunda son yıllarda işletmelerde Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi adlı bir düşünce tarzı ve oluşumu ön plana çıkmıştır. Toplam Kalite Yönetimi (TKY), bir kuruluşdaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesi ve organizasyondaki tüm çalışanların kesin aktif katılımıyla çalışanlar, müşteriler ve toplumun memnun edilerek kârlılığa ulaşılması olarak ifade edilmektedir. (KARYAĞDI,Nazmi,2001)

TKY’nin bir başka tanımı ise “Her kuruluşta her düzeyde performansın iyileştirilmesine yönelik, tamamıyla entegre olmuş çabalarla, yöneticiden işçiye

kadar herkesi kapsayan düzenli iyileştirme faaliyetleridir.” (Masaaki İMAİ, 1994, s.XIX-XXV). Bu aşamada değişen dünya koşullarında Toplam Kalite felsefesinin içine aldığı konulardan birisi de Performans Yönetim Sistemleridir (<http://www.odevsitesi.com/odev.asp?odevno=136990> 17.01.2010). Dünyamızda teknolojik gelişme ve robot-makine sistemlerinin kurulması aşamalarıyla birlikte son dönemde insanın önemi de açığa çıkmıştır. İşletmeler de çeşitli kriterleri (motivasyon, hedef, güven, uyum v.s.) göz önüne alarak çalışmalarının verimliliğini ve uyumunu arttıracak faaliyetlere önem vermeye başladılar. Performans Yönetim Sistemi de bu ihtiyacın bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. (<http://www.odevsitesi.com/odev.asp?odevno=136990> 17.01.2010). Performans en basit tanımıyla verimliliğin ölçülmesidir. (The Bridge Europe, 25 Mayıs 2007 syf: 4)

Sağlık sisteminde performans;

- ✓ Bir sağlık sisteminin önde gelen hedeflerini gerçekleştirmeyi başarıp başaramadığının ve nasıl başardığının ölçülmesi;
- ✓ Bu amaçları gerçekleştirmeyi başarmak için sistemin içi ve dışında kullanılan kaynakların ölçülmesi;
- ✓ Bu kaynakların verimli bir şekilde kullanılıp kullanılmadığının tahmin edilmesi;
- ✓ Sistemin değişik fonksiyonlarının (hizmet sağlama, kaynak yaratma, finansman sağlama ve yönetim), hedeflerin verimli bir şekilde başarılması üzerindeki etkileri anlamında değerlendirilmesi, anlamına gelir. (The Bridge Europe, 25 Mayıs 2007,syf:4)

Performans yönetimi; işletme performansını, verimliliği, etkinliği arttırmada ve işletme hedeflerinin kişi hedefleri ile eşgüdüm sağlamasında işletme için faydalı olduğu gibi, hem de kişiler arasındaki iletişim-geribildirimini geliştirmede ve kişinin işe olan katkısını ölçmede daha objektif olunacağından motivasyon üzerinde etkilidir. Bunların yanında eğitim, kariyer planlama, ücret/ödül yönetiminde ve işe alım/işten ayırma kararlarında bu sistemin çıktıları kullanılmaktadır (FERECOV Rakif , 2003 syf:133).

Performans, amaçlanan hedeflere ulaşıp ulaşılamadığının bir göstergesi olarak düşünüldüğünde bu hedeflere ulaşmakta birçok zorluklarla karşılaşılabilir (ORAL E. Nisan 2005, syf:136). Bunlardan en önemlisi de iş yükü yani performansı düşüren işlerdir. (DAĞDEVİREN, M. , ERASLAN, E. ve KURT M. , 2005,syf:517-525).

Sağlık sektöründen beklenen iyi bir performans göstermesidir. İş yükleri, sağlık çalışanlarının işlerini daha da güçleştirir, verimli çalışmalarını engeller, motivasyonlarını azaltır ve performanslarını düşürür. Bunun sonucunda verilen hizmet kalitesi de azalır. Bunlar zaten Dünya Sağlık Örgütünün performans ölçütleri ile

uyumlu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün performans ölçütleri: Hasta memnuniyeti, daha iyi bir sağlık düzeyine erişme, alt yapı ve girdilerin kalitesi, hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi' olarak sıralanabilir.

Yaptığımız çalışmada performans ölçütü olarak her zaman ele alınan hasta memnuniyeti haricinde çalışanların iş yükü, motivasyonunu azaltan şeyler, performans etkileyen işler araştırılarak konuya farklı bir açıdan bakılmıştır. Bunun için eğitim hastanelerinde en çok iş yüküne maruz kalan asistan doktorlar seçilmiş ve anket çalışması yapılarak bilgi toplanmıştır.

İş yükleri nelerden oluşur? Çalışanların performansını nasıl etkiler? Bu etkilenme klinikler arası farklılık gösteriyor mu? Hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi tatminkâr mıdır? Eğitim alma ve daha iyi sağlık düzeyine erişme konusunda yeterli zaman ayrılabilir mi? gibi soruların cevapları alınmaya çalışılmıştır. Buna yönelik faaliyete giren yeni performans sisteminin yararları ve eksiklikleri incelendi. Örneğin: Çok sayıda hasta bakmak performans puanını arttırmasına rağmen aslında çalışanların performansını düşürmekte, hastalara ayrılan sürenin kısılması sonucu hasta memnuniyetini de azaltabilmektedir.

Eğitim-Araştırma Hastaneleri

Sağlık ekonomisi içerisinde sağlık hizmetlerinin üretiminin gerçekleştirilmesinde eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yapılmasının büyük bir önemi vardır. Bu konuda çalışan enstitüler, araştırma merkezleri, tıp fakülteleri, eğitim hastaneleri gibi kurumlar sağlık hizmetlerinin üretilmesinde nitelikli eleman sağlanması ve özellikle de bilimsel ve teknolojik gelişmelerin elde edilmesi ve bu gelişmelerin sağlık sektörüne uygulanması yönünde faaliyette bulunmaktadır.(MUTLU, A. ,İŞİK,K. ,2005;sayfa104)

Asistan Doktorluk

Uzman doktorların mesleki yaşamının önemli bir bölümünü oluşturan 4 ila 5 senelik zaman diliminde kullanılan sıfattır. Asistanların bir yandan öğrenmesi gereken çok şey vardır, diğer yandan yetiştirmesi gereken işler vardır. Mesleki gelişiminin sağlanması, hekimlik uygulamalarının tıp etiği ilke ve kurallarına uygun gerçekleştirilebilmesi açısından kritik bir dönemdir. Asistanlık eğitimi boyunca görülen kurumsal ve uygulamalı eğitim, özellikle rol model olan eğitim kadrolarından edinilen hizmet verme biçimi ve hastaya yaklaşım tarzı önemlidir (TOPÇU Koray, 28.08.2007,Salı,21:40)

İş Analizi

Performans değerlendirmesi iş analizinin yapılaş amaçlarından birisidir. İş analizi yapılmasının diğer amaçları ise: Örgütsel yapının geliştirilmesi, personel seçimi ve istihdamı, iş değerlendirilmesi ve ücretlendirme, sendikal ilişkiler, deneti-

min sağlıklı yapılması, iş güvenliği önlemlerinin alınmasıdır. İş analizi yapılmasının en önemli nedenlerinden biri olan performans ile iş yükü birbiriyle bağlantılıdır. İş yükleri ne kadar azaltılırsa o derece istenen performansa ulaşılabilir (EREN E. 2003,sayfa:243).

İş Yüğü

Çalışma ortamında insan faktörünün performansını, sağlığını ve mutluluğunu olumsuz yönde etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlere iş yükü denir. İnsanın zorlanmaya maruz kalmadan, normal performansla görevini yapabilmesi için insan faktörünü olumsuz yönde etkileyen iş özelliklerinin bilinmesi ve bunların azaltılmaya çalışılması ya da kontrol altına alınması sağlanmalıdır. İş yükü karmaşık insan-makine sistemlerinde çalışanların işlerini verimli ve etkin bir şekilde yapabilmeleri için gerekli olan ekipmanın, eğitim seviyesinin, organizasyonel ve çevresel koşulların sağlanabilmesi için dikkate alınması gereken önemli bir faktördür (DAĞDEVİREN, M. , ERASLAN, E. , ve KURT,M. , 2005 ,Syf: 517-525).

Sağlıkta iş yükü ile ilgili önceki çalışmalar

İş yükü ile ilgili önceden yapılmış çalışmalara göz atalım.

London ve Klimoski (1975) hemşirelere yönelik yapmış oldukları çalışmada, fiziksel ve zihinsel yorgunluğa neden olan 33 iş özelliği belirlemişlerdir. Bu iş özelliklerini aşırı iş yükü, çatışma ve iş gören denetimi olmak üzere üç ana başlık altında toplamışlardır.

Yüksel ve Kurt (1998) ise yaptıkları çalışmada hekimlerin iş güclüğü boyutlarının belirlenmesi konusunu araştırmışlar ve bu çalışmada 13 farklı faktör belirlemişlerdir. ABD hava kuvvetleri Medikal Araştırma Laboratuvarı tarafından geliştirilen SWOT yöntemine göre; zaman yükü, zihinsel efor yükü ve psikolojik stres yükü, düşük, orta, ve yüksek olmak üzere 3 seviyede incelenir(REİD& SHİN-LEDECKER& EGGEMEİER.,TY)

Bu üç çalışmada da Toplam İş Yüğü belirlenirken kullanılacak faktörler arasında istatistiksel açıdan önemli sayılabilecek düzeyde bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. İnsan faktörünün sağlığını ve verimliliğini etkileyebilecek olası bağımlılıklar dikkate alınarak birlikte analiz edilmelidir. Bu metotlar uygulanması kolay olan geniş kabul görmüş yöntemlerdir. Yapılan çalışmalarda anket ve oran ölçekleri çokça kullanılmıştır.

Performans değerlendirme

Bir yöneticinin önceden belirlenmiş standartlara bağlı olarak karşılaştırma ve ölçme yoluyla çalışanların işteki başarı veya başarısızlık durumlarının değerlendirme sürecidir (FERECOV R.,8 Haziran 2003 syf:133). Modern yönetim anlayışı, çalışanların başarıları oranında ödüllendirilmesini öngörmektedir. Bu ödüllendirme

yöntemlerinden en yaygın olanı başarının ücrete yansıtılması, yani performansa dayalı ücret sistemidir (ÇETİN A. Cüneyt, SAĞLAM Hüseyin., 2007 syf:56-78)

Bir başka deyişle, performansa dayalı ücret sistemleri, bir kuruluşun amaçlarının ya da bireysel performans hedeflerinin gerçekleştirilmesi oranında çalışanların ödüllendirilmesi ve takdir edilmesi amacıyla kullanılan araçlardır. Bu sistemlerin temel hareket noktası, ücretlerin bir kısmının veya sabit ücretle birlikte verilen ek ödemenin performansına göre belirlenmesidir. Buna karşı olan görüşlerin de varlığına rağmen, performansın ücretlere yansıtılması günümüzde çalışanların motivasyonunda ve örgütlerin başarısında büyük rol oynamaktadır.

Organizasyonda insan kaynaklarında performans değerlendirme ve ölçme şu nedenlerden yapılır(FERECOV R.,8 Haziran 2003 syf:133):

- Organizasyonda çalışan ile çalışmayanı birbirinden ayırmak.
- Çalışanları motive etmek
- Kariyer gelişimi
- İş rotasyonu
- Gizli kalmış bazı yetenekleri tespit etmek
- Kişinin kendi kendinin performansını değerlendirebilmesini sağlamak
- Eğitim ihtiyaçlarını tespit edebilmek
- Sürekli gelişme (Kaizen)

ARAŞTIRMA

Yapılan araştırma tarama modelli olup elde edilecek verilerin genellenmek isteneceği kurum ve elemanlar açısından İstanbul'daki Hastanelerde çalışan asistanlar doktorlar evreni, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan asistanlar örneklemini oluşturmaktadır. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan 25 sorudan oluşan anket yardımıyla toplanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veri ve bilgiler amaçlarımız doğrultusunda tanımsal anket çalışması kullanılarak ve yüzdesel hesaplamalar kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada sonuçlar sıklık ve yüzdesel olarak tablolaştırılıp grafikleri çıkartılmıştır.

BULGULAR:

Araştırmaya 40'ı dahili, 40'ı cerrahi branşlardan olmak üzere toplam 80 asistan doktor katılmıştır. Yapılan anketlerin sonucunda:

1-) Bunların %25'inin çalışma süresinden memnun olduğu %75'inin ise memnun olmadığı anlaşılmıştır.

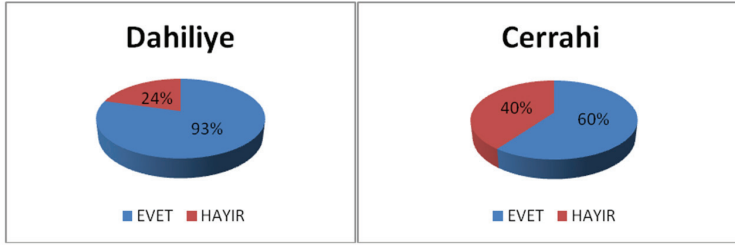
		Frekans	Geçer Yüzde
Geçer	E	20	25,0
	H	60	75,0
	Toplam	80	100,0

Tablo 1: Çalışma süresinden memnuniyeti gösteren tablo

2-) Asistanların yaklaşık %75'inin nöbet sayısını fazla bulduğu anlaşılmıştır.

		Frekans	Yuzde	Geçer Yuzde	Kumulatif Yuzde
Geçer	E	22	27,5	27,5	27,5
	H	58	72,5	72,5	100,0
	Toplam	80	100,0	100,0	

Tablo 2: Nöbet izninin olup olmasını gösteren tablo.

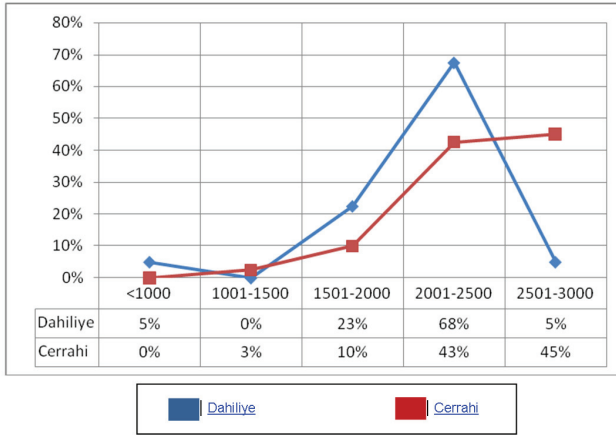


Grafik 1. Nöbet sayısının klinikler arası dağılımı

3-) Grubun %27,5'inin nöbet izni kullandığı %72,8'inin nöbet izni kullanmadığı görülmüştür.

4-) Asistanların yaklaşık %75'i eğitim olanaklarını yetersiz bulmuştur.

5-) Asistanların %55'i nin ortalama 2001 ile 2500TL arası ücret aldığı tespit edilmiştir.

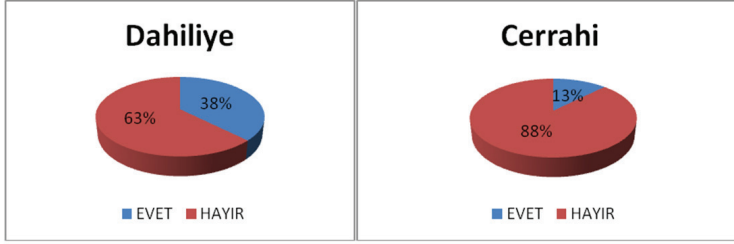


Grafik 2. Aldıkları ücretlerin kliniklere göre değişimi

Araştırmada cerrahi kliniklerinde alınan ücretlerin dahili kliniklerden daha fazla olduğu anlaşılmıştır.

6-) Çalışma sürelerinden memnuniyetlerinin kliniklere göre dağılımı incelendiğinde, cerrahi kliniklerinde çalışanların çalışma süresinden memnun olmadıkları dahili

kliniklerde çalışanların ise yarısından çoğunun çalışma süresinden memnun olmadığı görülmektedir.



Grafik 3. Çalışma süresinden memnuniyetin kliniklere göre dağılımı

Araştırmada aynı zamanda dahiliye kliniğinde çalışanların yarısına yakınının çalışma süresinden memnun oldukları görülmektedir.

7-) Cerrahi ve dahili kliniklerinde doktor başına düşen hasta sayısının eşit olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan cevaplayıcılarının kişi başına düşen hasta sayısının performans etkilerinin kliniklere göre dağılımı incelendiğinde; dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanların kişi başına düşen hasta sayısının fazla olmasının performanslarını düşürdüğü görülmektedir. Ancak cerrahi kliniklerde çalışanların kişi başına düşen hasta sayısının performansı etkilemediğini düşünen çok az bir kısım da mevcut görülmektedir.

Poliklinikte günde bakılan ortalama hasta sayısı

Bölümü	Hasta sayısı		Toplam
	0-40	>40	
Dahiliye	2	38	40
Cerrahi	1	39	40
Toplam	3	77	80

Tablo 3: Polikliniklere de kişi başına düşen hasta sayısının kliniklere göre dağılımları

Fazla sayıda hasta bakmak performansını etkiler

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	Toplam
Dahiliye	39	1	0	0	40
Cerrahi	16	13	3	8	40
Toplam	55	14	3	8	80

Tablo 4: Kişi başına düşen hasta sayısının fazla olmasının performansa etkilerinin kliniklere göre dağılımı

8-) Tüm grupta yatan hasta sayısının performansı etkilediği, cerrahi kliniklerde bu etkinin biraz fazla olduğu gözlenmiştir.

Yatan hasta sayısı performansını etkiler

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	Toplam
Dahiliye	23	11	6	0	40
Cerrahi	27	11	0	2	40
Toplam	50	22	6	2	80

Tablo 5: Yatan hasta sayısının performansa etkilerinin kliniklere göre dağılımları

9-) Araştırmaya katılan cevaplayıcıların hastaya ayrılan sürenin performanslarını arttırdığı ve daha iyi sağlık hizmeti vermelerini sağladıkları görülmektedir.

Hastaya ayrılan sürenin uzaması performansını artırır.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	5	Toplam
Dahiliye	28	5	5	1	1	40
Cerrahi	18	13	7	2	0	40
Toplam	46	18	12	3	1	80

Tablo 6:Hastaya ayrılan sürenin uzamasının performansa etkisi konusundaki düşüncelerin kliniklere göre dağılımı 10-) Araştırmaya katılan cevaplayıcıların nöbet sayısının fazla olmasının performansa etkisinin kliniklere göre dağılımı incelendiğinde, cerrahi dahili kliniklerde çalışanların nöbet sayılarının fazla olmasının performanslarını azalttığı görülmektedir. Yine nöbet sonrası izin kullanmamanın, cerrahi ve dahili kliniklerde çalışanların performanslarını azalttığı görülmektedir.

Nöbet sayısının fazla olması performansını artırır

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	Toplam
Dahiliye	0	4	13	23	40
Cerrahi	5	3	15	17	40
Toplam	5	7	28	40	80

Tablo 7: Fazla nöbet tutmanın performansa etkisinin kliniklere göre dağılımı

Nöbet sonrası izin kullanmamak performansımı azaltır

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	5	Toplam
Dahiliye	33	4	0	1	2	40
Cerrahi	24	5	7	2	2	40
Toplam	57	9	7	3	4	80

Tablo 8: Nöbet ertesi çalışanının performansa etkisi

11-) Araştırmaya katılan cevaplayıcıların üsleri tarafından geri bildirilerin performansa etkilerinin kliniklere göre dağılımları incelendiğinde, cerrahi kliniğinde çalışanlarının üsleri tarafından geri bildirilerin performanslarını olumlu etkiledikleri, dahiliye kliniğinde çalışanları da üsleri tarafından geri bildirilerin performanslarını olumlu etkiledikleri görülmektedir. Ayrıca cerrahi kliniğinde çalışanların üsleri tarafından geri bildirilerin performanslarını olumsuz etkilediklerini düşünen çok az sayıda kişiye mevcuttur.

Üstlerim tarafından geri bildirimlerin yapılması performansımı olumlu etkiler

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	Toplam
Dahiliye	20	13	7	0	40
Cerrahi	26	10	2	2	40
Toplam	46	23	9	2	80

Tablo 9: Üsleri tarafından yapılan geri bildirimlerin performansa etkilerinin kliniklere göre dağılımları

12-) Eğitimin performansa etkisi incelendiğinde çalışanların iyi eğitim almalarının performanslarını olumlu yönde arttırdığı görülmektedir.

İyi eğitim almak performansımı artırır

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	Toplam
Dahiliye	34	4	1	1	40
Cerrahi	30	8	0	2	40
Toplam	64	12	1	3	80

Tablo 10: İyi eğitimin performansa etkileri kliniklere göre dağılımı

13-) Araştırmaya katılan cevaplayıcıların düzenli tek hekimli muayene odası ve eşyaları tam poliklinik ortamında çalışmanın performansa etkilerinin kliniklere göre dağılımı incelendiğinde, cerrahi kliniklerde ve dahili kliniklerde çalışanların, tek

hekimli muayene odası ve eşyaları tam olan polikliniklerde çalışmalarının performanslarını olumlu yönde arttırdığı görülmektedir.

14-) Cevaplayıcıların hasta memnuniyetinin performansa etkilerinin kliniklere göre dağılımları incelendiğinde; cerrahi ve dahili kliniklerde çalışanların hasta memnuniyetinin performanslarını olumlu etkilediği görülmektedir.

Hasta memnuniyeti performansını etkiler

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	Toplam
Dahiliye	22	12	6	0	40
Cerrahi	18	20	0	2	40
Toplam	40	32	6	2	80

Tablo 11: Hasta memnuniyetinin performansa etkilerinin kliniklere göre dağılımları

15-) Diğer çalışanların memnuniyetinin asistanların performanslarını olumlu etkilediği görülmektedir

16-) Yardımcı sağlık personelinin bulunması asistanların performanslarını olumlu yönde arttırdığı görülmektedir. Ayrıca yardımcı sağlık personelinin bulunmasının girdi kalitesini olumlu yönde arttırdığı görülmektedir. Yardımcı sağlık personelinin bulunmasının hasta memnuniyetine etkileri incelendiğinde, dahili kliniklerde yardımcı sağlık personelinin bulunması hasta memnuniyetini yüksek oranda artırdığı, cerrahi kliniklerde ise dahili kliniklere oranla daha az oranda olmakla birlikte yardımcı sağlık personeli bulunmasının hasta memnuniyeti üzerine olumlu etkisi olduğu gözlenmiştir.

Yardımcı sağlık personelinin bulunması performansını artırır

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	
Bölümü	1	2	3	Toplam
Dahiliye	31	9	0	40
Cerrahi	27	11	2	40
Toplam	58	20	2	80

Tablo 12: Yardımcı sağlık personelinin bulunmasının performansa etkilerinin kliniklere göre dağılımı

Yardımcı sağlık personelinin bulunması girdi kalitesini artırdı

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	Toplam
Dahiliye	30	8	2	40
Cerrahi	25	8	7	40
Toplam	55	16	9	80

Tablo 13: Yardımcı sağlık personeli bulunmasının girdi kalitesini artırmaya etkisi

Yardımcı sağlık personelinin bulunması hasta memnuniyetini artırır

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	5	Toplam
Dahiliye	30	7	3	0	0	40
Cerrahi	10	6	10	8	6	40
Toplam	40	13	13	8	6	80

Tablo 14: Yardımcı sağlık personelinin bulunmasının hasta memnuniyeti üzerine etkileri

17-) Araştırmaya katılan cevaplayıcıların yeni randevulu sistemin performansa etkileri incelendiğinde, cerrahi kliniklerde daha fazla dahili kliniklerde daha az oranda performanslarını olumlu yönde arttırdığı görülmektedir.

Yeni randevulu sistem performansımı artırdı

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	5	Toplam
Dahiliye	12	4	15	6	3	40
Cerrahi	30	7	1	0	2	40
Toplam	42	11	16	6	5	80

Tablo 15: Yeni randevulu sistemin performansa etkileri

18-) Araştırmaya katılan cevaplayıcıların bekleme salonlarının düzenli olmasının hasta memnuniyetine etkilerinin kliniklere göre dağılımı incelendiğinde, cerrahi ve dahili kliniklerdeki bekleme salonlarının düzenli olması hasta memnuniyetini olumlu yönde arttırdığı görülmektedir.

Bekleme salonlarının düzenlenmesi hasta memnuniyetini artırır

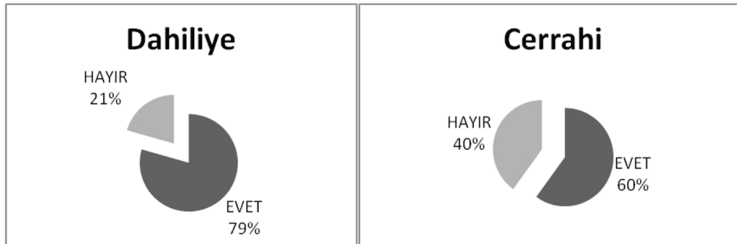
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	
Bölümü	1	2	3	4	5	Toplam
Dahiliye	31	6	2	1	0	40
Cerrahi	31	6	0	0	3	40
Toplam	62	12	2	1	3	80

Tablo 16: Bekleme salonlarının düzenli olmasının hasta memnuniyetine etkilerinin kliniklere göre dağılımı

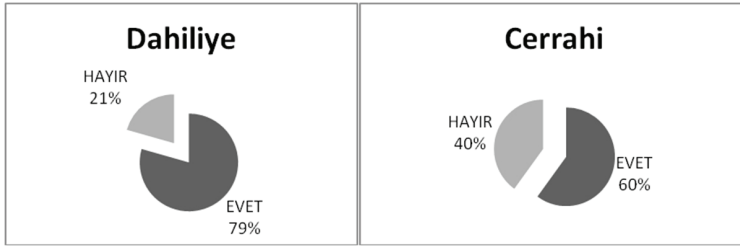
19-)Araştırmaya katılan cevaplayıcıların motivasyon ve ekonomik durumun performansa etkilerinin kliniklere göre dağılımları incelendiğinde, cerrahi kliniğinde ve dahili kliniğinde çalışanları motivasyon ve ekonomik durumlarının tamamının performanslarını etkilediği görülmektedir.

20-)Araştırmaya katılan cevaplayıcıların polikliniklerde hasta mahremiyeti yeterince uygulanabiliyor mu sorusu kliniklere göre dağılımı incelendiğinde, cerrahi ve dahili polikliniklerde hasta mahremiyetinin yeterince uygulanmadığı. Aynı zamanda cerrahi polikliniklerinin bir kısmında hasta mahremiyetinin yeterince uygulandığı görülmektedir.

Polikliniklerde hasta mahremiyeti yeterince uygulanabiliyor mu?



Grafik 4. Polikliniklerde hasta mahremiyetinin ne derece uygulanabildiğini gösteren tablo21-) Araştırmaya katılan cevaplayıcılardan dahili bilimlerdeki cerrahi bilimlerin performans puanının daha yüksek olduğunu belirtiyor. Cerrahi bilimlerde çalışan asistanların yarısından fazlası bunun doğru olduğunu kabul ediyor. Sizce cerrahi bilimlerin performans puanı dahili bilimlerden fazla mı?



Grafik 5. Cerrahi bilimler performans puanı ile dahiliye bilimleri performans puanları arasındaki farkın değerlendirilmesi:

22-) Araştırmaya katılan cevaplayıcıların bir hastaya ayrılan sürenin kliniklere göre dağılımı incelendiğinde, cerrahi kliniklerde ve dahili kliniklerde hastaya ayrılma sürenin 10dk nın altında olduğu görülmektedir.

Bir hastaya ayrılan ortalama süre ne kadardır?

	10 dk dan fazla	5-10 dk arası	5 dk dan az	
Bölümü	1	2	3	Toplam
Dahiliye	3	8	29	40
Cerrahi	6	5	29	40
Toplam	9	13	58	80

Tablo 17: Hasta başına ayrılan sürenin kliniklere göre dağılımı

23-) Araştırmaya katılan cevaplayıcıların eğitim hastanelerine başvuran hastaların ciddi ve araştırılması gereken hasta sayısının yüzde olarak kliniklere göre dağılımları incelendiğinde, cerrahi bölümlere başvuran hastaların yüzde 10 ciddi ve araştırılması gereken hasta, dahili bölümlere başvuran hastaların yüzde 10'undan da azı ciddi ve araştırılması gereken hasta olduğu görülmektedir.

“Eğitim hastanelerine başvuran hastaların yüzde kaç ciddi ve araştırılması gereken hastalardır?”

	>% 20	% 5-10	5%	
Bölümü	1	2	3	Toplam
Dahiliye	10	17	13	40
Cerrahi	9	26	5	40
Toplam	19	43	18	80

Tablo 18: Eğitim hastanelerine başvuran hastaların ciddi ve araştırılması gereken hasta sayısının yüzde olarak kliniklere göre dağılımları

SONUÇ VE ÖNERİLER

Analitik ağ prosesi modeline göre iş yükü; fiziksel faktörler, zihinsel faktörler, çevresel faktörler ve konumsal faktörlerden etkilenir (DAĞDEVİREN& ERASLAN&KURT,2005). Buna göre anketimizdeki asistan doktorların maruz kaldığı iş yükleri: Poliklinik ortamının yetersiz olması, yeterli yardımcı sağlık personelinin bulunmaması, çok sayıda hasta bakmak zorunda kalmak, hastalarla iletişimin zor olması, eğitim hastaneleri yerine birinci basamakta tedavi görebilecek birçok hastanın da eğitim hastanelerine başvurusu, nöbet sayısının fazla olması olarak özetlenebilir.

Bu sorunların çözümü için eğitim hastanelerinde asistanların rutin yükleri azaltılmalı, işleri yaptırmak için değil, eğitim için asistan alınmalıdır. Büyük kliniklerin rutin işleri için pratisyen hekimleri veya eğitim görevi olmayan uzmanları çalıştırmak düşünülebilir. Evrak doldurmak, radyolojiden filmleri almak gibi işler diğer sağlık personeli ve sekreterler ile görülmelidir. Sekreter ve hemşire eksikliğini asistanlar tamamlamamalıdır. Asistanların araştırma - tez hazırlama için rutinden ayrılabilirdiği bir eğitim programı geliştirilmelidir.

Son yıllarda iş stresi konusunda yapılan araştırmalarda, iş yerinde yaşanan stres ile fizik ve ruh sağlığı, verimlilik ve iş doyumunu arasındaki ilişkiler sıklıkla vurgulanmaktadır (ARCHER&KEEVER&GORDON&ARCHER,1991). İşyerindeki fiziksel (gürültü düzeyi, havalandırma miktarı, ışıklandırma durumu, kalabalık v.b), bireysel (sorumluluk miktarı, iş yükü, rollerdeki belirginlik düzeyi v.b), kişilerarası (amirler ve meslektaşlarla ilişkiler) ve kurumsal faktörler (belirsizlik, idari politikalar, çok fazla ya da az yapılandırılmışlık), çalışanların iş doyumundaki artışlar ya da azalmalarla ilişkili bulunmuştur(BEEHR& NEWMAN 1978). İş doyumundaki azalmalar, kişinin hayatındaki olumsuz yaşam olaylarıyla, gündelik sıkıntılarla ve kişilik özellikleriyle de birleşince, genellikle, huzursuzluk, gerginlik, öfke, anksiyete, depresyon, yorgunluk gibi subjektif duygulanımlar ve soğuk algınlıklarında artış, alerjik reaksiyonlar, gastrointestinal hastalıklar ve madde kullanımı gibi fizyolojik sorunlarla ilişkili görülmektedir (MATRUNOLA 1996).

Sağlık çalışanlarından daha iyi performans ve daha iyi davranış istenirken yukarıdaki yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulmalı ve iş yerinin fiziksel ortamları, çalışanlar arası ilişkiler kurumsal faktörler düzeltilmeli, çalışanların iş doyumunda artış sağlanmalıdır. Doktorların huzursuz, yorgun, öfkeli anksiyeteli depresyon gibi duygulanımlarla çalışması, hastalanma ve madde bağımlılık oranının artmasına yukarıdaki bahsedilen durumların iyileşmemesi neden olmaktadır.

Yaptığımız çalışmada eğitim hastanelerinde iş yüklerinin fazla olduğu, birçok klinikte nöbet izninin olmadığını gördük. Bunun sonucu olarak hekimlerin yorgun çalışmaya devam etmek zorunda kalmaları, anksiyete ve sinirlilik derecelerini arttırabilir. Bu sorunların iş performansına yansımaları da verimde düşme, konsant-rasyonda azalma, hatalarda artış, hoşgörüde azalma, kişilerarası ilişkilerde çatışma

ve duyarsızlıklar, çok sık rapor alma ve işe geç gelme gibi davranışlar şeklinde kendini göstermektedir. Yaşanan stresli olayların sıklığı ve yoğunluğu hem iş yerinin koşulları, hem de bireyin kişiliğinin etkileşimi ile ilgilidir. Stresli olaylar, bazı iş ortamlarında diğerlerine göre daha fazlayken, bazı insanlarda da diğerlerine göre daha yoğun yaşanır (MOTOWIDLO& PACKARD& MANNİNG, 1986). Buna göre sağlık hizmeti vermek de oldukça stresli bir iştir. İnsan hayatı söz konusu olduğu için sağlık çalışanlarına bu değeri emanet ederken onun yapabileceği hataları minimuma indirmek gerekir. İş doyumu yetersiz olan bir doktor hastasına iyi bakamaz. Maddi açıdan da ele geçen para miktarı yapılan ankette görüldüğü gibi eğitim süreleriyle kıyaslanınca birçok meslek grubundan düşük görünmektedir. Ayrıca iş yüklerine göre cerrahi ve dahili kliniklerdeki performans ölçülerini de karşılaştırdı. Bu karşılaştırma sonucunda hem dahili hem cerrahi kliniklerde benzer iş yükü olduğunu tespit edildi.

Dünya sağlık Örgütüne göre performans ölçütleri üzerinden anket değerlendirildi.

a-İnsanın mutluluğunun sağlanması (hasta memnuniyeti):

Yaptığımız çalışmada hastaların mahremiyetinin yeterince sağlanamamasından, kendilerine ayrılan sürenin yetersiz oluşundan memnun olmadıkları hem dahili hem de cerrahi kliniklerince düşünüldü. Yeni randevulu sistem ve bekleme salonlarının düzenlenmesinin cerrahi kliniklerde daha fazla olmak üzere hem cerrahi hem dahili kliniklerde memnuniyet sağladığı asistan doktorlar tarafından gözlemlendi.

b- Daha iyi bir sağlık düzeyine erişilmesi:

Daha iyi bir sağlık düzeyine erişilebilmesi için toplum bilinci kazandırılması ve eğitimi gereklidir. Sağlık çıktısı da önemlidir. Sağlık çıktısı, verilen sağlık hizmeti sonucunda iyi bir sağlık düzeyine ulaşılması anlamına gelir. Bu sonuca ulaşabilmek için de sağlık hizmeti verenlerin iyi hizmet vermeleri gerekir. Eğitimlerinin iyi olması, hastaya yeterli vakit ayırabilmesi, hastayla iyi iletişim kurabileceği ortamın olması ve iş yükünün azaltılması gereklidir. Hastaya ayrılan sürenin uzaması ile hem dahili hem de cerrahi kliniklerde yüksek oranda daha iyi sağlık hizmeti vermeyi sağlayacağı öngörülmektedir.

Eğitim hastanelerinde birinci basamakta bakılabilecek birçok hastalığa bakmak zorunda kalmak en önemli iş yükünü oluşturmaktadır. Birinci basamaktaki iş yükleri hafifletilip, normal hasta muayenesine ayrılan süreler arttırılırsa eğitim hastanelerinde de iş yükünün azalabileceğini düşünmekteyiz.

Ayrıca yardımcı sağlık personelinin bulunması, poliklinik ortamının düzenli ve tam olması, eğitim olanaklarının yeterli olması, nöbet sayısının makul sayıda olması, nöbet ertesi izni verilmesi, hasta yoğunluğunun azalması, doktorların hem performanslarını arttıracakları hem de dolaylı yoldan daha iyi bir sağlık hizmeti verilmesini sağlayacağını düşündürmüştür.

Yine de “sağlık çıktıları” hastaların davranış biçimleri ve yaşama ortamları gibi sağlık sisteminin kontrol ve denetimi dışındaki birçok faktör tarafından etkilenilmektedir. Eğer sağlık sisteminin kontrolü dışındaki etkili faktörler için yeterli istatistiksel düzenleme yapılamazsa, sağlık çıktılarına dayalı ödeme yapılması ile uyum sorunu olan ve olumsuz çevre şartlarında yaşayan hastalarla ilgilenmek durumunda kalan hizmet sunucuları cezalandırılmış olacaktır(REINHARDT, 2005)

c-Hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi:

Bu konuda birçok hekim aldığı maaştan memnun görülmemektedir. Bir asistan hekimin ortama geliri 2001-2500 Türk Lirası arasında değişmektedir. Bu gelir cerrahi kliniklerinde biraz daha yüksektir. Bunun da en büyük sebebi olarak anketlerde cerrahi bilimlerin performans puanlarının yüksek olması gösterilmiştir. Cerrahi branşlarda yapılan işlemlerin performans puanlarının yüksek olduğu, ancak iş yükleri bakımından yaklaşık olarak eşit olduğu görülüyor. Örneğin Miyokard Enfarktüsü hastası takip eden dahiliye veya kardiyoloji doktorunun üstlendiği medikal sorumluluk apandisit ameliyatı yapan genel cerrahinkinden az değildir.

Bir diğer konu da; eğitim ve bilimsel faaliyetlerin çok mütevazı puanlarla desteklenmesi ve yapılan işlem yada ameliyat bazında eğitici kadrosunun daha etkin şekilde primlendirilmemesidir. Bahsi geçen performans puanı onlarca emek ve aylarca süren yazışmanın karşılığı değildir. Bu puan birkaç fazla ameliyat yaparak kapatılacak bir fark seviyesindedir. Bu puanlar artırılmazsa eğitimciler de eğitime gerekli önemi vermeyerek daha kolay bir yol olan poliklinikte daha fazla hasta bakarak veya daha fazla ameliyat yaparak puan kazanma yoluna başvuracak ve asistanları da öyle yönlendireceklerdir.

Bilimsel hiyerarşiye olan saygınlığı koruma adına sağlık hizmet basamaklarına göre ödenen performans belli bir mantık çerçevesi içinde bir üst basamakta daha fazla olmalıdır. Bunu sağlamanın bir yolu sevk zinciri içinde olmak koşuluyla basamaklara göre sunulan hizmetlerin puanlamalarını ayrı ayrı belirlemektir. Şüphesiz ki birinci basamakta bakılan soğuk algınlığı ile üçüncü basamakta bakılan bir tüberküloz veya menenjit hastasının muayene puanı aynı olmamalıdır (BATIGÜN&ŞAHİN&NESRİN, 2006). Zaten tanı ve tedavilerinde harcanan maliyet de işgücü de aynı değildir. Ayrıca eğitim hastanelerinde tez, yayın vb nedenlerle hastalardan istenilen gereksiz(?) tetkiklerin maliyeti nedeniyle eğitim hastaneleri rekabette zorluk çekmektedirler. Bunu telafi etmek eğitim hastanelerine performans desteğiyle olacaktır.

Sağlık çalışanlarını motive etmenin anahtarını bilmek yararlı olabilir mi? Aslında, motivasyonu buradaki anlamıyla şöyle açıklayabiliriz; hoşla gitmeyen işleri de kolayca ve zorlanmadan yapabilmek. Hoşla gitmeyen işleri yaptırabilmenin sadece iki yolu vardır: havuç ya da sopa...

Önemli olan nokta, sopayı ya da havucu ne zaman kullanacağınızı bilmek ve nerede hangi havucu ya da sopayı kullanacağınızı bilmektir. Biz, havuca tep-

ki verenlere “yaklaşmacılar”, sopaya tepki verenlere ise ‘uzaklaşmacılar” diyoruz. Emin olun ki, ateş yeterince sıcaksa, herkes ondan kaçmak için, eğer altın küpü yeterince parlaksa, herkes ona ulaşmak için, elinden geleni yapacaktır. Yani sağlık sisteminde sadece ceza değil, ödül mekanizmasının da hakkıyla işletilmesi zaruridir. İnsanlar bir şeyi neden yaparlar? Ya belirli bir noktaya ulaşmak için (çoğunlukla keyif), ya da belirli bir noktadan kaçmak için (çoğunlukla acı ya da keyifsiz durum)... İnsanlar bu anlamda, onlara çekici gelen şeylere yaklaşır, onları iten şeylerden uzaklaşırlar. Uzaklaşılın ya da yaklaşılın bu şeyler değerlerle ilgilidir. Değerler, insanların uzaklaşmak ya da yaklaşmak için zaman, emek ve kaynaklarını harcadıkları şeyleri belirler(MUTLU& IŞIK, 2005). Doktorları hastalara yaklaştırmamızın yolunun onların iş yüklerini azaltmak ve çalışma şartlarını iyileştirmekten geçtiği unutulmamalıdır. Yani çalışmayı daha cazip hale getirmek öncelikli hedef olmalıdır. Bilimsel gelişmenin önemli bir adımı olan yüksek lisans ve doktora gibi meslek sonrası eğitimin değerlendirildiği hizmet puanlarının kaldırılması çalışanların motivasyonlarını düşürmüştür. Elbette ki doktorlar tıp fakültelerinde tıp dışı alanlarda eğitim almamaktadır. Dolayısıyla yönetim, organizasyon, insan ilişkileri, yabancı dil vb. konularda eksiklerini gidermek istemesi doğaldır. Bin bir türlü zorluk ve maddi çabalarla hiçbir mecburiyeti olmadan yapılan bu gönüllü faaliyetlerin uygun bir şekilde sisteme katılması gerektiğini düşünüyoruz. Örneğin son zamanlarda oldukça popüler olan hastane ve sağlık işletmeleri yönetimi adı altında yapılan yüksek lisans programında toplam kalite yönetimi, insan ilişkileri ders olarak anlatılmakta bu da hastaya bilimsel ve sosyal olarak artmış hizmet kalitesi olarak yansımaktadır.

d- Alt yapı ve girdilerin kalitesi: Sağlık hizmetlerinin sunulması sürecinde görev alan bilişim alt yapısı ile malzeme ve insan kaynakları gibi girdilerin kalitesinin ölçümüne dayalı bir performans sisteminin önemi tartışılmaktadır.

Bu yaklaşım, Amerika’da 160 büyük sağlık hizmeti ödeyici kurumunun oluşturduğu birlik (Leap Frog Group) tarafından geliştirilmiştir. Bu gruba üye kuruluşlar, hastanelere ödeme yaparken doktor kayıt ve orderlarının bilgisayar ortamında yapılması; yoğun bakımda görev alan sağlık personeli ile doktor sayısı ve hastaneye kanıta dayalı sevk yapılması gibi kalite artırıcı süreçlere bakmaktadır(GALVİN, 2005).

Yaptığımız ankette doktorlar tarafından tespit edilen sorunlar; poliklinik ortamının yetersiz olması, yardımcı sağlık personeli olmamasından dolayı hastayla ilgili bilgilerin bilgisayar ortamına taşınmasında, tanıların bilgisayar ortamında bulunmasında güçlük çekilmesi, bazen de tamamen teknik nedenlerden ötürü bu işlemlerin uzun sürmesi olarak sıralanabilir. Bilgisayar bilgi sistemleri gerek istatistiksel verilerin toplanması gerekse hastaların geçmiş bilgilerine rahatça ulaşılması hususunda çok önemli bir role sahiptir. Tabi ki bunun için bilgilerin doğru girilmesi önemlidir. Bu nedenle bu işe yeterli zaman ayrılmalıdır. Ancak bu ankette de görüldüğü üzere eğitim hastanelerine gelen hastalardan ciddi ve araştırılması gerekli

olanların oranı %10, hekim başına düşen hasta sayısı ise 40'ın üzerindedir. Bu durum üniversite hastanelerinde de çok farklı değildir. Üniversite hastaneleri de sevk zincirinin ortadan kalmasıyla birer hizmet hastanesi olma yolundadır. Dolayısıyla gerek eğitim-araştırma hastanelerinde gerekse üniversite hastanelerinde asistan ile eğitici kadrolar arasında usta-çırak ilişkisine dayanan, genç hekimlere mesleki bilgi ve birikimin aktarılabilmesi için uygun koşullar sağlanamamaktadır.

Hastaya ayrılan sürenin ortalama 5 dk olduğu düşünüldüğünde gerçekleştirilmesi zor gibi görünse de hasta sayısı azaltılıp, eğitimi yardımcı sağlık personeli alınırsa yukarıda belirtilen hedefler gerçekleştirilebilir. Anketimizde de yardımcı sağlık personelinin iş yükünü %20-30 azalttığı görülmektedir.

Çok hasta bakmak performans puanı olarak değerlendirilmemelidir. Çünkü bu durumda hastaya ayrılan süre kısaltmakta ve dolaylı olarak dikkatli değerlendirilip doğru teşhis konulmasında ve hastaların bilgilerinin işlenmesinde sıkıntılar ortaya çıkabilmektedir. Bugün için sağlık hizmetinden yararlanma imkânı artan hasta süreçten memnun gözükrken, yarın kaliteli hizmeti önemser hale geleceği unutulmamalıdır. Bazı hastanelerde sık sık yaşanan enfeksiyon salgınları da yeterli alt yapı olmaması nedeniyle bu sağlık kurumlarının artan iş yükünü kaldıramadığının göstergesidir.

Poliklinik odalarında tek doktor ve sağlık personeli olmalı. Bu sayede hasta mahremiyetine daha fazla özen gösterilebilir. Havadar ve yeterli büyüklükte olmalı. Bazı bulaşıcı hastalıklar açısından bu önemlidir.

Randevulu sistemin olumlu yanları olduğu görüşü oldukça yaygındır. Ayrıca hasta bekleme odaları daha konforlu şekilde düzenlenebilir. Asistan eğitimleri üzerine çalışmalar yapılmalı, unutulmamalıdır ki eğitim hastanelerinin en önemli görevi iyi bir doktor yetiştirmektir. Çok sayıda hasta bakarak değil eğitimlerine katkıda bulunacak zor vakalarla daha fazla karşılaşmaları sağlanmalıdır. Kısacası hasta memnuniyetinin önemli olmasının yanında sağlık çalışanlarının memnuniyeti de önemlidir. Çünkü iş yükleri arttığında ve maddi yönden karşılığını alamadığında sağlık çalışanının memnuniyet azalır ve performansı düşer.

Sağlık ekonomisinin finansmanı bu sorunların çözümünde halen en önemli unsurdur. Sağlık alanına ayrılan kaynakların yetersiz olması birçok gelişmekte olan ülke için temel bir sorun niteliğindedir. Kaynaklarla, yapılması gereken harcamalar arasında, ihtiyaçların artmasından dolayı sürekli artan bir açık varken, diğer yandan artan nüfusla birlikte sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin sağlanması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık ekonomisi ile ilgili konularda çalışan kurumların da bu alana olan ilgileri giderek büyümektedir. Bu alanda ilk adım olarak, sağlık sektörü ile ilgili olan ve olması gereken kaynak tahsisi ile ilgili analizlerin yapılması ve planlamanın sağlanması amaçlanmaktadır. Bu tür kurumların çalışmalarında bir ülkenin sağlık hizmetlerine nasıl daha fazla kaynak ayırabileceği,

sağlık hizmetlerine temel, koruyucu ya da rehabilite edici anlamda nasıl öncelik verileceği gibi konuları ele almaktadır. Bu analizler yapıldığında aslında ortaya çıkan en önemli sonuç, kaynaklar ve ihtiyaçlar arasındaki açığın belirlenebilmesidir. Bu açığın belirlenmesinden sonra var olan kaynakların tahsis edilmesi ve bunların daha verimli ve etkin olarak kullanılması ve bu bağlamda finansman seçeneklerinin ortaya konması gelir. Ancak bunların yapılabilmesi için bir ülkenin sağlık sisteminin iyi bir şekilde değerlendirilebilmesi ve sağlık harcamaları ile bilgilerin güvenilir olması gerekmektedir.

Sağlık harcamaları açısından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki mevcut durumun incelenmesi açısından önemli farklar vardır. Örneğin gelişmiş ülkeler açısından sağlık sektörü ile ilgili istatistiklere ulaşmak kolaydır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu konuda büyük sınırlamalar vardır. İşte tam da bu konuda anketimizde yer alan yardımcı sağlık personelinin bulunması girdi kalitesini artırdı mı? Sorusunun cevabının ‘evet’ şeklinde olması bu tür yardımcı sağlık personelin istihdamının yaygınlaştırılması gerektiği gerçeğini vurgulamış olmaktadır. Bu personelin özellikle meslek yüksek okulu olan tıbbi sekreterlik mezunu olması tercih edilmelidir.

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık harcamalarında artış meydana gelmiştir. Bu artış nedeniyle artan sağlık hizmeti talebini karşılamada kaynak finansmanı sorunu ortaya çıkmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışın sebeplerine baktığımızda gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerdeki nedenleri küçük farklılıklara rağmen genelde ortaktır.

- 1- Kişi başına düşen gelirin artması
- 2- Sosyal değer yargılarının değişmesi
- 3- Kentleşme
- 4- Eğitim düzeyinin yükselmesi
- 5- Yaşam süresinin uzaması
- 6- Demokratik düzenin yaygınlaşması ve yeni kazanımlar
- 7- Teknolojik gelişmeler (KARA & ÖZTÜRK,2007)

Performans sistemi şüphesiz bir mutlak yarar sağlayacaktır. Ancak performans yönetim sistemiyle ilgilenen uzmanlar şu yargıya varmışlardır. ‘Her kurum için uygulanacak olan performans stratejisi farklı olmalıdır’. Biz de bu sözden hareketle her ülkenin sağlık performans sisteminin kendi iç dinamiklere uygun olması gerektiğini düşünüyoruz. Bu da toplumu çok iyi tanımakla mümkün olabilir.

Klasik ölçüm sistemlerinin dayandığı verimlilik, karlılık, maliyet oranları gibi kavramlar, sağlık alanında son derece yetersiz kalmakta, hatta sağlık sisteminin amaçları ile örtüşmemektedir. Bunun için daha yeni ve değişik kavramların, ölçüm yöntemlerinin ve göstergelerin geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerini iyi analiz ederek, ülkenin ihtiyaçları ve şartlarını göz önünde bulundurup gerçekçi hedefleri tanımlayabilir ve bu göstergeleri geliştirebiliriz. Bu esnada dikkat edilmesi gereken husus, göstergelerin uygun kapsayıcı, tutarlı, güvenilir ve geçerli olmasıdır.

Her yeni sistem değişikliğe gebe, bu nedenle öncelikle sistemler değişime açık olmalıdır. Sahadan gelen bilgi akışı otomasyon yoluyla kolaylıkla sağlanabilir. Bu bilgi akışında periferde yaşanan sıkıntılar önemsenmelidir. Yapılacak uygulamalarda alt yapı denetimi ve denetim mekanizmaları en önemli unsur olmalıdır. Aksi takdirde performans uygulaması, artan tetkik ve girişim sayısı ile bilinçli halk kesiminde sağlık çalışanlarına olan itimadı azaltıcı sonuçlar doğurabilecek; önerilen girişim yada operasyonların sorgulanırlığı artacaktır (BATIGÜN & ŞAHİN & NESRİN, 2006).

Kısacası çalışanların performansının yüksek olması için, iş yüklerinin makul seviyeye indirilmesi, hastalara hekim seçme hakkının sağlanmış olması, hastane ortamının, alt yapı ve fizik şartlarının belli kriterleri karşılayacak düzeye çıkarılması, sağlık hizmet sürecinde belli uluslar arası kalite kriterlerinin yerine getirilmesi ve hasta memnuniyetinin sağlanmış olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Aydın Sabahattin, Demir Mehmet.(2006). Sağlıkta Dönüşüm Programı serisi. Sağlık Bakanlığı strateji geliştirme başkanlığınca, 2500 adet bastırılmıştır, Ankara ;syf 14
- Batgün, D.A., Şahin, H.N. (2006). İş stresi ve Sağlık Psikolojisi Araştırmaları için İki Ölçek: A-Tipi Kişilik ve İş Doyumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1):32-45.
- Beehr, T.A., Newman, J.E. (1978). Job stress, employee health, and organizational effectiveness; A facet analysis, model and literature review. *Personnel Psychology*, 31, 665-699.
- Çetin A. Cüneyt, Sağlam Hüseyin(2007). Performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının hizmet sunumuna, sağlık çalışanlarına ve hasta memnuniyeti üzerine etkileri: Isparta Sağlık Ocaklarında bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Yıl/Volume: 3, Sayı/Issue: 5, 56-78)
- Dağdeviren, M., Eraslan, E., & Kurt, M. (2005). Çalışanların Toplam iş yükü seviyelerinin belirlenmesine yönelik bir model ve uygulaması. *Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Dergisi*, 20, 4.
- Eddy, D.M. (1998, July/August). Performance Measurement; Problems and Solutions. *Health Affairs* 17(4).
- Eren E. (2003). *Yönetim ve Organizasyon, Çağdaş ve Küresel yaklaşımlar*. İstanbul. Beta yayıncılık, 6.baskı 2003 İstanbul. S.y.f. 243
- Esatoğlu, A.E. (2007). Hastanelerde performans ölçümü. H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın (Ed), 2007: Ankara: *Sağlık sisteminde performans yönetimi-Türkiye Örneği Kitabı*. ss:358-409
- Esin Oral (Nisan 2005). Bazı OECD ülkelerinde performans esaslı bütçeleme uygulamaları, gelişimi ve türk mali sistemi açısından bir değerlendirme. *Devlet bütçe*

uzmanlığı araştırma raporu. Ankara. syf:136)

- **Ferecöv Rakif (2003).** İnsan kaynakları yönetiminde performans değerlendirme yöntemleri. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* .Sayı :8 . syf:133.

- **Galvin, R.S., Delbanco, S., Millstein, A., & Belden, G. (2005)** Has the Leapfrog Group had an Impact on the Health Care Market?. *Health Affairs*, 24(1) January/February, 228-33.

- **Garber, A.M. (2005, January/February).** Evidence-Based Guidelines as a Foundation for Performance Incentives. *Health Affairs*, 24(1).

- **Kara, V., Öztürk, R. (2007).** Sağlıkta performansın performansı(2), *SD dergisi*.70

- **London, M., Klimoski, J.R. (1975).** A study of perceived job complexity. *Personnel Psychology*. 28, 45-56

- **London, M., Klimoski, J.R. (1975).** A study of perceived job complexity. *Personnel Psychology*. 28, 45-56

- **Masaaki İmai, (1994).** *Kaizen* . Brisa Bridgestone Sabancı Lastik San. Ve Tic. A.Ş. Yayınları, ONK Ajansı, 1.Baskı. s.XIX-XXV

- **Matrunola, P. (1996).** Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism. *J Adv Nurs*, 23(4), 827-834.

- **Metin Dağdeviren, Ergün Eraslan ve Mustafa Kurt (2005).** Çalışanların toplam iş yükü seviyelerinin belirlenmesine yönelik bir model ve uygulaması.*Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Der. J. Fac. Eng. Arch. Gazi Univ.*Cilt 20, No 4, 517-525

- **Motowidlo, S.J., Packard, J.S., & Manning M.R. (1986).** Occupational stress; Its causes and consequences for job performance. *J Appl Psychol*, 71(4), 618-629.

- **Murray C.J.L. and Frenk J. (2000a)** A WHO Framework for Health System Performance Assessment. *GPE Discussion Paper Series*: No. 6, Geneva, WHO.

- **Mutlu Ayşegül, Işık Kadir (2005).** *Sağlık Ekonomisine Giriş*.Ekin Kitapevi yayınları,2.baskı,Bursa;sayfa104

- **PAHO (Pan American Health Organization). (2001, 4-6 September).** Work Group of the Region of American's Health Systems Performance Assessment. *Report of The Meeting Held. Ottawa*.

- **Pakdil, F. (2007).** Sağlık sisteminde kurumsal performans Yönetimi. H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın(Ed). 2007 yılı: Ankara: *Sağlık Sisteminde Performans Yönetimi-Türkiye Örneği Kitabı*. ss:114-149

- Performans Yönetimi from <http://www.odevsitesi.com/odev.asp?odevno=136990> 17.01.2010

- **Reid, G., Shingledecker, C., & Eggemeier, F. (1981).** Application of conjoint measurement to workload scale development. *Human Factors Society*. Proceedings of the Human Factors Society 25th Annual Meeting. CA. 522-526,

- **Reinhardt, U.E. (2005, March 18-19).** Paying the Providers of Health Care: Rewarding Superior Quality, *International Symposium: Toward an Equitable, Efficient, and*

- High Quality National Health Insurance. Taiwan
- **Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR (October 2001):** *Getting Health Reform Right (Draft)*.
- **Silva A. (2000)** A Framework for Measuring Responsiveness. *GPE Discussion Paper Series* .No. 32, Geneva, WHO.
- **Steinberg EP and Luce BR . (2005).** *Evidence Based? Caveat Emptor Health Affairs*, 24(1), January/February, 80-92.
- **Taşdemir Mustafa.(2008).** Sağlık sistemi performansı.*Ders notları*,Marmara üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi,sağlık yönetimi bölümü.
- **Tatar, M. (2007).** Sağlık Sisteminin Performansını Ölçme Süreci. H. Ateş, H. Kırılmaz, S.Aydın(Ed), 2007 yılı: *Ankara: Sağlık Sisteminde Performans Yönetimi-Türkiye Örneği Kitabı*;syf:151-172
- The Bridge Europe ‘Küresel Halk Sağlığı Gündemi 25 Mayıs 2007’syf:4
- Topçu Koray,“Ülkemizde Tıp Eğitime Genel Bakış” from <http://www.beyazonline.com> 28.08.2007,Salı,21:40)
- Toplam Kalite Yönetimi eğitime yönelik bu notlar, Nazmi KARYAĞDI’nın Ankara Sanayi Odası’nca 2001’de yayınlanan “Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Vergi İdaresi” isimli eserinden alınmıştır. www.maliye.gov.tr/defterdarliklar/diyarbakir/tky/tkynedir.htm
- **WHO (2000)** World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance. Geneva, Switzerland.
- **Yüksel, İ., Kurt, M. (1998).** Hekimlerin iş gücü boyutlarının belirlenmesi. 6. *Ergonomi Kongresi Bildiriler Kitabı*, Ankara: Gazi Üniv. Yay. 631-642

Yayın İlkeleri

1.Sağlık Bakanlığı “Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi” bilimsel hakemli bir dergi olup, altı ayda bir yayımlanmaktadır.

2.Derginin yayın dili Türkçedir. Yabancı dillerdeki çalışmaların yayımlanması, Yayın Kurulu’nun kararına bağlıdır. Yayımlanan makalelerin fıkri ve ilmi, çevirilerin ise hukuki sorumluluğu yazarlarına / çevirmenlerine aittir.

3.Dergimiz sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlık hizmetleri değerlendirmesi, sağlık sektöründe performansa dayalı ödeme uygulamaları, sağlık hizmeti uygulamalarında kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği, sağlık ekonomisi ve sağlık sosyolojisi ve sağlıkla ilgili olmak üzere sosyal bilimlerin kapsamına giren konuları içeren makalelerin yayımlanmasına açıktır.

4.Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi’ne gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından öncelik sırasına konur ve çalışmalar derginin yayın ilkeleri ve yazım kurallarına uygunluğu bakımından değerlendirilir. Bu yayın ilkelerine ve yazım kurallarına uygun biçimde hazırlanmayan makaleler değerlendirmeye alınmaz ve hakeme gönderilmez.

5.Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. Hakemlere yazar adı gönderilmez ve hakemlerin isimleri gizli tutulur. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayıma kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.

6.Gelen raporlar saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazarlar(a) geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirilmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazı(lar)ın değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştiri, öneri ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katıldıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler. Olumlu bulunduğu halde yazı çokluğu nedeniyle 1 yıl stokta bekleyen yazılar, güncelliği yitirmeleri nedeniyle olumsuz sayılırlar.

7.Gönderilecek çalışmaların daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Değerlendirmeler sonucu yazının yayına kabul edilmesi halinde, tüm yayın hakları Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne geçer. Gönderilen yazılar yayımlansın - yayımlanmasın hiçbir nedenle geri verilmez. Yayımlanmayacak yazılar, sahibine 2 ay içerisinde iade edilir.

8.Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış yazılar e-posta yoluyla **spkdergisi@saglik.gov.tr** adresine gönderilmelidir.

9.Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.

10.Dergiye gönderilen makaleler için telif ücreti ödenmez.

Yazım Kuralları

1.Yazılar, açık ve anlaşılır bir dil ile yazılacak, yabancı terimler yerine yerleşmiş Türkçe karşılıklar kullanılacak, anlatımda kişileştirilmiş ifadelerden kaçınılacak, bilimsel, akademik makale kriterlerine uyulacaktır. (Anı, şiir vb. tarzda yazılar olmayacaktır.)

2.Yazılar Microsoft Word versiyonunda hazırlanmalı, font büyüklüğü 12 punto, Times New Roman olmalıdır.

- a) Başlık: 12 punto ve bold
- b) Yazar Adları: 10 punto ve bold
- c) Özet: 10 punto
- d) Üst Boşluk: 3,5 cm
- e) Sol Boşluk: 3 cm
- f) Sağ Boşluk: 2,5 cm
- g) Alt Boşluk: 2,5 cm
- h) Sayfa kenar boşlukları en az 2 cm olmalıdır.

Dergide yayınlanacak makalelerde APA Stili aranacak olup (ayrıntılı bilgi için; <http://www.apastyle.org/>.) Şekil şartlarını taşımayan yazılar hakemlere gönderilmeden iade edilir. Yazılar A4 formatında 30 sayfayı aşmamalıdır.

Apa Stili:

Kitaplar;

Yazar, A. A. (1994). Çalışmanın adı. Yer: Yayımcı.

Sürelî Yayınlar:

Yazar, A. A., Yazar, B. B., & Yazar, C. C. (1994). Makalenin adı. Sürelî Yayının adı, xx, xxx-xxx.

Online Doküman:

Yazar, A. A. (2000). Çalışmanın başlığı.....internet adresinden xx, xx, xxxx tarihinde edinilmiştir.

3.Yazının ilk sayfasında yazının başlığı, yazarların adları ve kurumları, özet ve anahtar kelimeler (en az 3, en çok 7) bulunmalıdır. Yazı başlığı 10 kelimeyi geçmeyecek şekilde kısa ve öz olmalıdır. Yazı başlığı, özet ve anahtar kelimeler, hem Türkçe hem de İngilizce olarak verilmelidir. İletişimin sağlanacağı adres dipnot ile belirtilmelidir. İlk sayfada ayrıca varsa, dipnot olarak çalışmayı destekleyen kuruluşlar, vb. de belirtilmelidir.

4.Özet, derleme ve araştırma makaleleri için 250; teknik notlar için 200 ve editöre mektup için 100 kelimeyi aşmamalıdır. Özetle denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar, vb. yer almamalıdır.

5.Yazı “giriş” bölümüyle ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Bölüm başlıkları büyük harflerle (“GİRİŞ” şeklinde) yazılmalıdır. Tüm başlıklar bold olmalıdır. Başlıklarda üstten bir satır boş bırakılmalıdır. Gerekli durumlarda bölümler alt bölümlere ayrılabilir. Son bölüm, Sonuç(lar)/Tartışma bölümü olmalı ve bu bölümü takiben Kaynakça ile varsa Teşekkür ve Ekler yer almalıdır.

6.Kısaltmalar ilgili bilim alanında olmalı ve metin içinde ilk geçtiği yerde tanımlanmalıdır. Gerekli durumlarda kısaltmalar “giriş” bölümünde veya bu bölümü izleyen ayrı bir bölüm içinde verilebilir.

7.Tüm çizimler, haritalar, grafikler, fotoğraflar, vb. şekil olarak değerlendirilmelidir. Şekiller, ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Bunlara metin içinde “Şekil 1.” şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir şekil için uygun bir başlık kullanılmalı ve başlık şeklin üst/altına numarasıyla birlikte yazılmalıdır.

8.Tablolar ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Tablolara metin içinde numaralarıyla “Tablo 1.” şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir tablo için uygun bir başlık kullanılmalı ve bu başlık tablonun üzerine numarasıyla birlikte yazılmalıdır. Tablo, resim, grafik ve şekillerin yazım şartları dergi içeriğindeki gibi başlık, kaynakça ve özellikle tablo içeriği 9 punto olmalıdır.

9.Metin içindeki göndermeler (dipnot), ad ve tarih yöntemiyle verilmelidir.

10.Kaynakça ve notlar/açıklamaların yazımında bilimsel makale yazım kuralları esas alınmalıdır.

11.Makaleler **spkdergisi@saglik.gov.tr** adresine elektronik ortamda gönderilmelidir. E-posta ekinde yazarların özgeçmişleri ve detaylı iletişim bilgilerini içeren sunum yazısı ile birlikte gönderilmelidir.

BASIM YERİ: **Turunç Matbaacılık ve Basım Yayın Tanıtım**
Ambalaj San. Tic. Ltd. Şti.
Erciyes İşyerleri Sitesi 7.Cadde No:9
Yenimahalle / ANKARA
Tel: 0312 397 91 81 Fax: 0312 397 07 03
www.turuncmat.com.tr
turuncmatbaa@gmail.com

S a ğ l ı k t a P e r f o r m a n s v e K a l i t e



www.performans.saglik.gov.tr

ISSN 1309-1972