

# Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz?

Prof. Dr. Seval Akgün

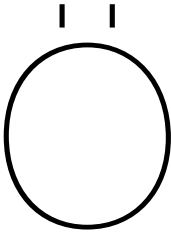


Başkent Üniversitesi ve Bağlı Sağlık Kuruluşları  
Kalite Yönetim Temsilcisi, Başkent Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. A.F. Al-Assaf



Oklahoma Sağlık Bilimleri Merkezi, Halk Sağlığı  
Koleji, Sağlık Yönetimi ve Politika Bölümü  
Direktörü, Uluslararası Sağlık Bölümü Dekan  
Yardımcısı



zellikle teknoloji-  
deki hızlı ilerlemeler  
sağlık profesyonellerinin tanı ve tedavilerini etkilemekte bakım planlarının ve tıbbi uygulamalardan doğabilecek hata kaynaklarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Amaç mümkün olduğunca hatayı minimize etmek, hasta bakımını etkin ve efektif bir biçimde sunabilmektir. Bu kapsamda bakım kaynaklı olası istenmeyen olayları (tıbbi hataları) önlemeye yönelik hasta güvenliği programlarının öne-

mi gün geçtikçe daha da artmaktadır.

Sağlık hizmeti sunan her türlü organizasyon aslında son derece kompleks yapıları olan ve çok değişik profesyonelleri, pek çok farklı ve karmaşık süreçlerle sunan organizasyonlardır. Bu karmaşık ve uğraştığı alan direkt olarak insan sağlığı olan bu kuruluşlar bazen insan gücü ve alt yapı açısından çok da şanslı olmayabilirler. Dolayısıyla bu kadar kritik işlevi ve rolü olan bu kurumlarda gerek hizmet veren sağlık personelinin eğitim eksikliği, gerekse beceri yetersizliği ya da alt yapı ya da süreçlerdeki bazı yetersizlikler nede-

niyle sıklıkla tıbbi hataların görülme olasılığı söz konusudur. Bu hatalar hastalarda morbidite ve mortalite artışlarına neden oldukları gibi aynı zamanda finansal açıdan da maliyet artışlarına yol açmaktadırlar. Tıbbi hataların tam olarak zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması çözüm önerilerinin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır. Ancak tüm bu hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan saptanmalıdır. Bu da uygun raporlama ve konu ile ilgili bilginin kapsamlı elektronik raporlama sistemlerinin kullanılması ile olasıdır. Raporlamanın anonim, hemen deşifre edileme-



yen, cezalandırıcı yerine kişilerin hata bildirimini teşvik edici, hata bildirimini yapan sağlık personelini koruyucu bir yapıda olması tercih edilir. 2005 yılında yayınlanan Hasta Güvenliği ve Kalite İyileştirme Aksiyon Planı bu doğrultuda atılmış önemli bir adımdır. Zorunlu tıbbi hata bildiriminden çok gönüllü bazda hata bildirimine odaklanmak ana stratejilerden olmalıdır. Ayrıca ulusal bazda veri bankaları yaratmak ve bunların analizlerini yapmak, trendlerini oluşturmak hasta güvenliği programlarını ve çıktılarını önemli derecede iyileştirecektir.

Teknolojideki hızlı ilerlemeler sağlık profesyonellerinin tanı ve tedavilerini etkilemekte, bakım planlarının ve tıbbi uygulamalardan doğabilecek hata kaynaklarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Amaç mümkün olduğunca hatayı minimize etmek, hasta bakımını etkin ve efektif bir biçimde sunabilmektir. Bu kapsamda bakım kaynaklı olası istenmeyen olayları (tıbbi hataları) önlemeye yönelik hasta güvenliği programlarının önemli gün geçtikçe daha da artmaktadır.

Ancak hasta güvenliği gerçek anlamda 1960'lardan beri sağlık dünyasının gündemine girmiştir. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların 1990'lı yıllarda başladığını görüyoruz. Hasta güvenliğinin öncelikli sorunu haline getirilmesi ise 2000 yılında "Institute of Medicine"nin yayınladığı iki rapor sonucu olmuştur. Bu raporların sonucu, dünyanın bu konular üzerine odaklanmasına yol açmıştır.

Çağdaş sağlık hizmetinin özellikleri olarak sıralanan, hasta merkezli, zamanında, tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve güvenli gibi maddeler arasında yer alan "güvenli" maddesi, sağlık hizmetinin kendisinin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla "hasta güvenliği" kavramını sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı şeklinde tanımlayabiliriz.

Hasta güvenliği kavramını tıbbi bakım ve medikal hatalara bağlı oluşabilecek, hasta ile yakınlarını olumsuz yönde etkileyecek olayların olmaması ya da sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı şeklinde de tanımlayabiliriz.

Sağlık hizmeti sunan her türlü organizasyon aslında son derece kompleks yapılarımları değişik sağlık profesyonelleri ile farklı ve karmaşık süreçlerle

sunan organizasyonlardır. Bu karmaşık ve uğraştığı alan direkt olarak insan sağlığı olan bu kuruluşlar bazen insan gücü ve alt yapı açısından çok da şanslı olmayabilirler. Dolayısıyla bu kadar kritik işlevi ve rolü olan bu kuruluşlarda gerek hizmet veren sağlık personelinin eğitim eksikliği, beceri yetersizliği gerekse alt yapı ya da süreçlerdeki bazı yetersizlikler nedeniyle sıklıkla tıbbi hataların görülme olasılığı söz konusudur. Ayrıca personelin iş yükü de hataların ortaya çıkmasında diğer önemli nedenlerden bir diğeridir. Günün yirmi dört saatinde hizmet sunan bu kuruluşlarda personel değişik shiftlerde çalışmak zorunda kalmakta bu da çalışanların çalışma koşullarını ve iş yüklerini etkilemekte, hataların artışına yol açmaktadır. Bu arada özellikle üniversite hastanesi olarak görev yapan hastanelerde öğrenci ve asistan eğitimi de söz konusu olduğundan eğitim döneminde olan bu kişilerin uygulamaları sırasında mutlaka uzman doktorların gözetimi altında bu hizmeti sunuyor olsalar da tıbbi hataların artışının önüne geçilememektedir.

Tıbbi hata "Institute of Medicine" tarafından planlanan bir aksiyonun tamamlanması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planlama yapılması olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hatalar pratik uygulamalar sırasında, süreçte, sistemde veya çıktılarda olabilir. Hatalar yanlış uygulamaları kapsayabileceği gibi; örneğin yanlış ilaç uygulaması, yetersiz antibiyotik dozu verilmesi v.b, akut miyokard enfaktüslü bir hastaya aspirin veya benzeri bir trombolitik ajanın verilmemesi şeklinde olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılında yayınladığı bir rapora göre dünyada her 10 hastadan biri herhangi bir nedenle tıbbi bakıma yönelik yapılan bir hata nedeniyle ciddi şekilde yaralanmaktadır.

2000 yılında "Institute of Medicine" yayınladığı Harvard Medical Practice Study araştırması ve Utah ve Colorado eyaletlerinde yapılmış iki ayrı retrospektif çalışmaya dayanan raporlarda ABD'de 98.000 kişinin doğrudan tıbbi hatalar sonucu öldüğü bildirilmiştir. 98.000 ölüm ile, "doğrudan tıbbi hatalara bağlı" ölümlerin ABD'de kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sıradaki ölüm nedeni olduğunu ve bunun da motorlu taşıt kazaları (43,458), diyabet ve komplikasyonları, AIDS (16,516) ve meme kanserine bağlı ölümlerden (42,297) sayı olarak daha fazla olduğunu rapor etmişlerdir. Rapor diğer toplumlarda ve siyasi çevreler de yankılar uyandırmış, Avustralya ve İngiltere'de kısa sürede



"Doğrudan tıbbî hatalara bağlı" ölümlerin ABD'de kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sıradaki ölüm nedeni olduğunu ve bunun da motorlu taşıt kazaları, diyabet ve komplikasyonları, AIDS ve meme kanserine bağlı ölümlerden daha fazla olduğu rapor edilmiştir.

benzer çalışmalar yapılmıştır. Her iki ülkeden de benzer sonuçları içeren raporlar sunulmuş ve böylelikle de tıbbi hataların sağlık sisteminin en önemli sorunu olduğuna, fikir birliğine varılmıştır.

Konu ile ilgili yapılan pek çok çalışma değerlendirildiğinde örneğin; 31.000 yatarak tedavi gören hastayı kapsayan Harvard çalışmasında hastaların % 4'ünün hastaneden kaynaklanan nedenlerden dolayı hastalandığını, bu olayların % 15'inin ölüme sonuçlandığını, % 70'inin ise kısıtlılık oluşturacak değişik hastalıklara neden olduğu belirtilmektedir.

Tıbbi hataların nedenleri arasında yanlış ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, ameliyat komplikasyonları, kimlik hataları, düşmeler, tedavinin geciktirilmesi ve transfüzyon hataları gibi sorunlar gelmektedir. Bu hataların dağılımına baktığımızda Sağlık Bakımı Organizasyonları'nın Akreditasyonu'nda Birleşik Komisyonu'na (JCAHO) Eylül 2005 yılında 3343 hastaneden bildirilen tıbbi hataların değerlendirilmesinde hataların % 12,8'inin ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonlara bağlı ortaya çıktığı, % 12,5'inde yanlış taraf ameliyatı uygulamasının olduğu, % 10,5'inin ilaç reaksiyonlarına bağlı olduğu, % 7,6'sının tedavide gecikmelerden kay-



Hasta güvenliğini ölçmeye, yarayan göstergelerde diğer performans göstergelerinde olduğu gibi, bakım ile ilgili sonuç veya süreç değerlendirmesi için kullanılabilir. Bir sonuç göstergesi, yerine getirilen bir süreç sonunda ne olduğunu veya olmadığını ortaya çıkıp çıkmaması değerlendirir.

naklandığını, % 5,2'sinin hasta düşmeleri, % 3,9'u ölümler, % 3,1'i perinatal ölümler, % 2,7'si transfüzyon reaksiyonları, % 1,9'u hastane enfeksiyonları, % 1,9'u yanıklar, % 1,6'sı anesteziye bağlı komplikasyonlar, % 1,4'ü uygulanan aletlerin kalibrasyonu ya da güvenli kullanılmaması gibi nedenleri ve % 1,3'ünün de anne ölümleri gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir (4 - 8).

ABD, Kolarado'da "Health Grades" tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise Amerika'daki hastanelerde 195.000 kişinin önlenemeyen nedenlerle hayatını kaybettiği bildirilmekte olup bu "Institute of Medicine" rakamlarının en az iki mislini oluşturmaktadır. "Health Grade" çalışması Institute of Medicine çalışmasında yer almayan hastane enfeksiyonlarına bağlı ölümleri de kapsamaktadır ki hastane enfeksiyonlarına bağlı görülen ölümler hasta güvenliği açısından son derece önemli bir grubu oluşturmaktadır. Aynı çalışma da Medicare verileri değerlendirilmiş 37 milyon yatarak tedavi hizmeti almış hastalarda 14 milyon hastanın hasta güvenliği ile ilgili olaylara maruz kaldığı saptanmıştır (5)

Bu sonuçlara göre olayın ekonomik boyutunu ise şu şekilde özetleyebiliriz;

37 milyar dolarlık toplam bütçenin 17

milyar doları önlenemeyen hatalara bağlı kayıplardır. İnsana bağlı yani özellikle insan vücudunda kişinin yaşam kalitesini etkileyecek ciddi kayıplar ya da ölümün maliyeti ölçülemez. Bu arada hastane yatışlarının % 2'sinde istenmeyen ilaç hataları ile karşılaşılmasına bağlı olarak hastanede ortalama yatış gün sayısının 4.6 gün daha uzadığı ve bu durumun hasta başına hastaneye 4700 dolarlık bir maliyet artışına yol açtığı bilinmektedir. Yukarıda sunulan tüm bu rakamlar insanların sağlık sistemlerine güvenlerini de etkilemekte, hem hastaların memnuniyetini hem de sağlık çalışanlarının mesleki doyumları üzerine son derece olumsuz etkileri olmaktadır. Bu hataların ortaya çıkması ile hastalar hastanelerde daha uzun süre kalmakta; bu durum da memnuniyetsizliklerini artırmaktadır. Sağlık personeliinde moral düşüklüğüne neden olan olaylar, iş gücü kaybına, işe ve okula devamsızlıklara neden olmakta sağlıklı toplumların ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Hasta güvenliğini değerlendirmeye yönelik programlar çerçevesinde ABD'den sonra İngiltere ve Avustralya'dan da benzer raporların bildirilmesi sonucu, tıbbi hataların sağlık sisteminin en önemli sorunu olduğu konusunda fikir birliğine varıldı. Tıbbi hatalar artık sağlık sisteminin doğrudan bir kalite göstergesidir.

#### Hasta güvenliği göstergeleri

• Günümüzdeki dinamik ve bütüncü kalite yaklaşımında, organizasyonel performansa yönelik yapısal, süreç ve çıktılarının değerlendirilmesi önem kazanmış olup, göstergelerde bu esasa göre belirlenmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık kuruluşlarının akreditasyonunu yapan bağımsız kuruluş "Sağlık Hizmetleri Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu" sağlıkta standartların ve akreditasyonun önemli bir parçası olarak sağlık kuruluşlarının performanslarını ölçmeye ve iyileştirmeye yardımcı olmak amacıyla ulusal bazda bir sistem uygulamaya koymuştur. Sistemde klinik süreçlere ve sonuçlara odaklı 1200'e yakın ölçülebilir element bulunmaktadır. Bu göstergelerin yanı sıra sağlık kuruluşlarının kendi performans ve kalitelerini ölçmek için geliştirdikleri gösterge sistemleri önemli yararlar sağlamaktadır.

Bir kuruluşta veya bölüm\birimde seçilen göstergelerin öncelikle geçerli ve güvenilir olması gerekir. Dolayısıyla hastanenin rutin olarak izlediği göstergeler yardımıyla projeksiyon ve tahminler yapma ihtiyacı minimuma iner. Hasta bakım kalitesini gösteren hasta güvenliğini değerlendiren ölçütlerin her

birim tarafından anlaşılabilmesi ve aynı biçimde hesaplanabilmesi, yorumlanabilmesi ve karşılaştırmalar yapılabilmesi için her göstergenin tanımında kullanılan verinin tanımı, kapsamı ve terimlerde birlik sağlanmalıdır.

Hasta güvenliğini ölçmeye yarayan göstergelerde diğer performans göstergelerinde olduğu gibi bakım ile ilgili sonuç veya süreç değerlendirmesi için kullanılabilir. Bir sonuç göstergesi, yerine getirilen bir süreç sonunda ne olduğunu veya olmadığını örneğin bir kişiye verilen bakım sürecinin sonunda kişinin durumunda beklenen sonucun ortaya çıkıp çıkmaması değerlendirir. Bir süreç göstergesi ise, bir kişinin bakımı ile doğrudan ilgili örneğin, hastanın/hizmet alanın değerlendirilmesi gibi sayılabilir. Bu gibi göstergelerin en önemli yararı, hasta bakım sonuçları ile yakından ilişkili olan yani uygun olarak yerine getirildiği zaman spesifik bir bakım sonucunda iyileşmeye yol açacak süreçleri değerlendirmesidir. Örneğin akut miyokard enfarktüsü ile acil servise gelen bir hastaya ilk 24 saatte aspirin uygulanma düzeyi gibi...

İster süreç göstergesi olsun ister sonucu değerlendiren gösterge olsun hasta güvenliğinin değerlendirilmesinde istenmeyen olayların saptanması ancak bu gösterge setleri ile olasıdır. Ancak bu göstergelerin ölçüm aracı olarak kullanılabilmesi için güvenilir ve geçerli olmaları olmazsa olmaz koşuldur.

Kullanılacak her gösterge için sistematik olarak hazırlanması gereken temel enformasyon seti olmalıdır. Bu enformasyon setinin içermesi gereken özellikleri;

- Gösterge ile ilgili terimlerin tanımlanması,
- Gösterge tipi,
- Göstergelerin geliştirilme gerekeçlerinin açıklanması,
- Verilerin toplanacağı popülasyonun tanımlanması (pay/payda, alt gruplar),
- Veri toplama yöntemlerinin, veri kaynaklarının, verilerin nasıl değerlendirileceğinin açıklanması
- Sonuçların yorumlanması, dolayısıyla mevcut durumun analizi buna uygun iyileştirici faaliyetlerin başlatılması şeklinde özetlenebilir.

Bu temel bilgiler ışığında ve sistematik yaklaşım doğrultusunda, tıbbî hataların neden geliştiğinin ortaya konması için veri ve kanıt toplanması, daha sonra sistemdeki sorunları çözecek stratejilerin geliştirilmesi gereklidir. Bunun için de hasta güvenliği kültürünün geliştiril-



mesi ve hataların bildirilmesi zorunludur. ABD’de oluşturulan “Ulusal Kalite Forum” tarafından açıklanan “Hasta Güvenliği Uzlaşma Raporu”na göre izlenmesi önerilen temel stratejiler;

→ Sağlık kurumlarında hasta güvenliği konusunun yönetimin öncelikleri arasında yer alması, hasta güvenliği konusunun kurumsal bir sorumluluk olarak benimsenmesi, ortaya çıkabilecek sorunlarda sorumluluğun üstlenilmesi,

→ Sağlık kurumlarında hataların araştırılması ve ilgili süreçlerin belirlenmesi, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi,

→ Güvenli uygulamaların yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması,

→ Hasta güvenliği konusunda eğitimin artırılması, mesleki yanlış davranışların saptanması ve düzeltilmesi, olarak belirlenmiştir.

Kurulduğu 1951 yılından beri, Sağlık Bakımı Organizasyonları’nın Akreditasyonu’nda Birleşik Komisyon (JCI) yüksek düzeyde kalite ve güvenliği sağlamaya çalışmaktadır. Birleşik Komisyonun standartları, ulaşılması gereken optimum kalite ve güvenlik seviyesini temsil etmektedir. İlk kez Temmuz 2002’de Birleşik Komisyon, Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri’ni duyurmuştur. Bu hedefler onlarla ilişkili gerekliler, sağlık bakımı organizasyonunun uygulaması ve sürdürmesi gereken önceliklerle güvenli pratiğe odaklanmıştır. Birleşik Komisyon “2006 Hasta Güvenliği Hedefleri ve Gereklilikleri” raporunu Haziran 2005’de duyurmuştur. Bu raporda yer alan uygulamalar, ambulatuar bakım ve ofis bazlı cerrahi, asiste yaşam, davranışsal sağlık bakımı, hastalığa özel bakım, evde bakım, hastaneler, laboratuvarlar, uzun dönem bakım ve Medicare ve Medicaid sertifika bazlı uzun dönem bakım, sağlık bakımı networkları alanlarına yöneliktir. Bu raporda açıklanan Birleşik Komisyon 2006 yılı hasta güvenliği hedefleri ise aşağıda sıralanmıştır.

1. Hastanın kimliğinin doğrulanması,
2. Bakım verenler arasındaki iletişimin etkinliğinin geliştirilmesi (sözel direktifler, kısaltma listesi, kritik test sonuçlarının iletilmesi)
3. Kullanılan ilaçların güvenliğinin geliştirilmesi,
4. Yanlış taraf, yanlış hasta ve yanlış cerrahi yöntemin eliminasyonu,
5. Kullanılan infüzyon pompalarının güvenliğinin geliştirilmesi,
6. Klinik alarm sisteminin etkinliğinin artırılması,

7. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması,

8. Hastanın aldığı tüm ilaçların (evde aldığı dahil) tanımlanarak göz önünde bulundurulması,

9. Hastalara zararlı sonuçlanan düşme risklerinin azaltılması,

10. Yaşlı yetişkinlerde influenza ve pnömokokal hastalık riskinin azaltılması,

11. Cerrahi yanık riskinin azaltılması,

12. Kabul edilebilir Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri’nin uygulamaya sokulması,

13. Hasta güvenliği stratejisi olarak hastanın kendi bakımının içine hastaların ve ailelerinin aktif katılımının cesaretlendirilmesi,

14. Sağlık bakımı ilişkili basınç ülserlerinden (dekübitüs ülseri) koruma olarak sıralanabilir.

Bu maddelerden 1., 2., 3., 7., 8. ve 9.’un hastaneler tarafından uygulanmasının zorunlu olduğu bildirilmektedir.

Kalitenin olmazsa olmaz maddelerinden koşullarından biri olan “hasta güvenliği”nin ölçülebilir hale getirilmesi için bir takım kriterlerin ve ölçütlerin belirlenmesi gerekir. Kaliforniya, San Fransisko ve Stanford Üniversitesi’ndeki Kanıta Dayalı Uygulama Merkezi, Kaliforniya Davis Üniversitesi işbirliği ve Sağlık Bakımı Araştırmaları ve Kalite Ajansı’nın (AHRQ) onayıyla, yönetim verilerinden oluşturulan kanıta dayalı sistemle ilişkili ve potansiyel hasta güvenliği göstergeleri geliştirilmiş ve gözden geçirilmiştir. “Hasta Güvenliği Göstergeleri” kavramı, sağlık bakımı sistemine maruz kalmaktan dolayı hastaların yaşadıkları veya yaşayacakları potansiyel problemleri görüntüleyen ölçümleri tanımlamaktadır ve sistemin düzeylerinde değişiklik yapmak yoluyla önlemeyi sağlamaktadır. Bundan dolayı HGI, sistem veya süreç değişikliklerinden kaynaklanan “potansiyel korunabilir hatalar”ı azaltmaya yönelik ileri analizler için “görüntüleme aracı” veya “başlangıç noktası”dır.

Bu süreç sonunda kabul edilen Hasta Güvenliği Göstergeleri aşağıda sunulmuştur:

Tüm bu yoğun çabalara karşın özellikle tıbbî hataların bildirimini engelleyen ciddi sorunlar mevcuttur.

**Tıbbî hataların bildirimini engelleyen durumlar nelerdir?**

Akın ve Cole tarafından 2005 yılında düzenlenen Delphi panelinde tıbbî hataların bildirimini etkileyen en önemli 7



“Hasta Güvenliği Göstergeleri” kavramı, sağlık bakımı sistemine maruz kalmaktan dolayı hastaların yaşadıkları veya yaşayacakları potansiyel problemleri görüntüleyen ölçümleri tanımlamaktadır ve sistemin düzeylerinde değişiklik yapmak yoluyla önlemeyi sağlamaktadır.

neden ve bunu etkileyen faktör şöyle sıralanmıştır: (18-20);

1- Hasta güvenliğinin öncelik olarak belirlenmediği sistemlerde kaynak yetersizliği de söz konusu ise diğer öncelikler hasta güvenliği programlarının önüne geçer. Burada engelleyici ana nedenlerini ise;

→ Kaynakların hasta güvenliği programlarının oluşturulması yerine insan kaynaklarına aktarılması,

→ Hasta güvenliği programlarının hasta bakımında sıfır hata olacak şekilde yeniden düzenlenmesi için kaynak aktarımı,

→ Hasta kayıtlarının, tıbbî kayıtların bilgisayarize hale getirilmesi için bilgi sistemlerinin revizyonu olarak sıralayabiliriz.

Dolayısıyla sağlık kuruluşu yöneticileri, finans ve bilgi yönetimi sorumluları, insan kaynakları yöneticileri ilgilerini, kurumun kaynaklarını günlük işlerin yapılmasından veya çokta gerekli olmayan alt yapı yatırımlarından çok hasta güvenliği programlarına odaklamalı ve bu kültürü geliştirmek için gerekli olan kaynak yatırımlarını gerçekleştirmelidirler. Kuruluşun tüm fonksiyonlarını etkileyecek kalite çalışmalarında olduğu gibi hasta güvenliği programlarında da üst yönetim desteği olmadan bu programları yürütmek olası değildir.



**2- Kaynak yetersizliği:** Sağlık kurumlarının en önemli sorunlarından bir diğeri de yetersiz eleman ya da mevcut elemanın aşırı iş yükü olmasıdır. Dolayısıyla çalışanlar zaman yetersizliği ya da insan gücü eksikliği nedeniyle hasta güvenliğine yeteri önemi verememekte, çalışma ortamında hasta güvenliği için gerekli olan sağlıklı bir atmosfer oluşturabilmek için kök-neden analizi veya hata türü ve etkileme analizi gibi hasta güvenliği programlarında kullanılan bazı yeni yöntemleri öğrenmeye ve bunlar için zaman ayırmaya istekli olmamaktadırlar.

**3- Hasta güvenliği teknolojisine sahip olma:** Bu başlık altında sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli olan sofistike tesis ve teçhizat kurumda mevcut olsa bile tüm bunları kullanabilmek için de ek bir maliyet söz konusudur. Özellikle alt yapı eksikliklerinin ya da kaynak yetersizlikleri olan sağlık kuruluşları için bu önemli bir engeldir. Uygulamada gerekli olan kaynak içerisinde personelin konu ile ilgili eğitimlerinin planlamasına ayrılacak kaynak, hizmet-içi eğitimler, yeni teknolojiler, hasta kabulü, laboratuvar analizleri ya da faturalama işlemleri için gerekli olan elektronik sistemlerin varlığı gibi bazı kaynak gereklilikleri sayılabilir. Aslında mevcut hasta güvenliğini etkin hale getirmek için özellikle hastane otomasyon sistemleri pek çok sağlık kuruluşunda mevcut değildir.

**4- Değişime tepki:** Tıbbi hataların raporlamasında önümüze çıkan engellerin önemlilerinden bir diğeri de sağlık çalışanlarının pek çoğunun hasta güvenliğine yönelik uygulamaları zaten yaptıklarını savunmakta olmaları, değişim ya da iyileşme çabalarına tepki göstermeleridir. Bu davranış örüntülerini pek çok sağlık kuruluşunda gözlemlemek olasıdır.

**5- Ayıplama kültürü:** Pek çok ülkede şu an mevcut olan sağlık sistemleri doğaları gereği cezalandırıcı özellikler içermektedir. Dolayısıyla tıbbi hataların bildirimini engelleyici faktör olarak sıralayabileceğimiz bu ana neden aslında şu an yaşadığımız mevcut durumu yansıtmaktadır. Sağlık sistemi içerisindeki hi-

yerarşik yapılanma, mevcut standartların ve klinik rehberlerin uygulanmaması, hasta bakımında kendi başına kurallar belirleme gibi uygulamalar sistemde son derece yaygındır. Sonuç olarak ortaya çıkan tıbbi hatalar sistemdeki eksiklikler açısından irdelenmek yerine olay kişisel boyutlara indirgenmekte, saptanan herhangi bir hata sistemdeki eksiklik yerine hatalar profesyonellerin çoğunlukla da doktorların başarısızlığı şeklinde değerlendirilmekte ve kişi cezalandırılabilir. Bu durumun çözümü için de hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve hataların bildirilmesinin zorunludur. Institute of Medicine'in 2001 yılında yayınladığı ikinci raporda 21. yüzyılda artık bireyin sorumluluğu, bilgi saklanması, profesyonel yaklaşım gibi kavramların yerini şeffaflık, bilgi yönetimi, sistematik yaklaşım, kanıta dayalı karar verme gibi yaklaşımlar almaktadır. Bu doğrultuda da Birleşik Komisyon tarafından "Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri" oluşturulmuş, her yıl bu hedefler gözden geçirilerek yenilenmekte ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan bu hedefleri gerçekleştirmeleri talep edilerek, mevcut durumları kuruluşlar arasında karşılaştırmalı (benchmarking) değerlendirilmektedir. Amacı hasta güvenliği ve hasta bakım standartlarının mevcut kalitesini uluslararası alanda rekabet edilebilir düzeye taşımayı hedeflemektedir. Bilindiği üzere akreditasyon standartlarının da % 50'den fazlası hasta güvenliği ile doğrudan ilişkili standartlardır. Burada önemli olan ve biz sağlık çalışanlarının amacı, olaya sistem yaklaşımı ile yaklaşmak idari ve klinik süreçleri de kapsayan hasta odaklı, hasta güvenliğini kanıta dayalı karşılaştırılabilir ve tüm dünyanın benimsediği göstergeler doğrultusunda değerlendirerek mevcut durum analizi yapmak, sentinel event olarak bilinen gözcü olay ve bu analiz doğrultusunda gerekli müdahaleleri başlatmaktır.

**6- Deneyimli, yaşlı yöneticilerin hasta güvenliği kavramını anlamamaları ve uygulamalara katılmamaları:** Kurumlarda hasta güvenliği hedef ve stratejilerini belirleme pozisyonunda olan deneyimli yöneticilerin programa inanmalarını bir diğer önemli bariyerdir. Aslında bu önemli grubun konu ile ilgili farkında olmasının yaratılması, vizyon eksikliğinin giderilmesi hasta güvenliği programlarının önemini anlamak, desteklemek ve stratejik planlama ve iyileştirme projelerinin gerçekleştirilebilmesi için yönetici ve personelin motive edilmesi için olmazsa olmaz koşuldur. Bu nedenle öncelikle orta kademe yöneticiler bu konuda eğitilmelidir. Böylece hasta güvenliği programlarının başarısında bu personelin katılımı anahtar rol oynayacaktır.

**7- İş yeri ortamında tutum ve davranışlarda hataları ortaya çıkartacak, hataların ciddi hasarlara yol açmasını engellemek için bunların saptanmasının ne kadar önemli olduğunu vurgulayacak bir kurum kültürü geliştirmek; Çalışma ortamında tıbbi hataları önlemek için bu hataların zamanında saptanmasını sağlayan, teşvik eden, cezalandırma yerine ödüllendirecek bir atmosfer yaratmak bu amaçla çalışanların eğitim ve öğretimlerine önem vermek gerekmektedir.**

Kuruluşlarda hasta güvenliği kültürünün yaratılmasında en temel koşullardan bir diğeri karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemini çalışanlar tarafından benimsenmesi ve buna yönelik uygulamalara aktif katılımın sağlanmasıdır (19 - 20) Güçlü bir hasta güvenliği kültürü tıbbi hataları en aza indirebilir. Bu aşamada hastane yönetimine ve liderlere ciddi görevler düşmektedir. Ama ne yazık ki özellikle ülkemizde sağlık alanında hasta güvenliği ilgili çalışan çok az sayıda üst düzey yöneticinin hasta güvenliğine yeterli zaman ve kaynak ayırmaktadır (21).

#### Sonuç ve öneriler

Sistematik yaklaşım doğrultusunda, tıbbi hataların neden geliştiğinin ortaya konması için veri ve kanıt toplanması, daha sonra sistemdeki sorunları çöze-

cek stratejilerin geliştirilmesi gereklidir. Bunun için de hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve hataların bildirilmesinin zorunludur. Institute of Medicine'in 2001 yılında yayınladığı ikinci raporda 21. yüzyılda artık bireyin sorumluluğu, bilgi saklanması, profesyonel yaklaşım gibi kavramların yerini şeffaflık, bilgi yönetimi, sistematik yaklaşım, kanıta dayalı karar verme gibi yaklaşımlar almaktadır. Bu doğrultuda da Birleşik Komisyon tarafından "Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri" oluşturulmuş, her yıl bu hedefler gözden geçirilerek yenilenmekte ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan bu hedefleri gerçekleştirmeleri talep edilerek, mevcut durumları kuruluşlar arasında karşılaştırmalı (benchmarking) değerlendirilmektedir. Amacı hasta güvenliği ve hasta bakım standartlarının mevcut kalitesini uluslararası alanda rekabet edilebilir düzeye taşımayı hedeflemektedir. Bilindiği üzere akreditasyon standartlarının da % 50'den fazlası hasta güvenliği ile doğrudan ilişkili standartlardır. Burada önemli olan ve biz sağlık çalışanlarının amacı, olaya sistem yaklaşımı ile yaklaşmak idari ve klinik süreçleri de kapsayan hasta odaklı, hasta güvenliğini kanıta dayalı karşılaştırılabilir ve tüm dünyanın benimsediği göstergeler doğrultusunda değerlendirerek mevcut durum analizi yapmak, sentinel event olarak bilinen gözcü olay ve bu analiz doğrultusunda gerekli müdahaleleri başlatmaktır.

Bu müdahaleleri gerçekleştirmek konusunda ilgili üst yönetim farkındalığının sağlanması dolayısıyla hasta güvenliği programlarına katılımı artırmak amacıyla üst yönetim ve orta kademe yöneticilere eğitimler, iş ortamında hasta güvenliği odaklı sağlık bakım hizmetleri kültürünün oluşturulması, rutin iç tetkikler ile uygulanan faaliyetlerin izlenmesi ve denetlenmesi, çalışanlara hasta güvenliği konusunda hizmet-içi eğitimlerin verilmesi, hasta güvenliği sorumluluklarının paylaşılması, gerektiğinde yetki devri verilmesi, tüm disiplinlerle iletişim, raporlama sisteminin etkin çalışması konusunda çalışanları cesaretlendirme ayrıca hasta güvenliğini destekleme, hasta değerlendirme, enfeksiyon kontrolü ve çalışan güvenliğinin sağlanması, gibi güvenli ve standart uygulamalar ile olasıdır.

#### Kaynaklar

*Institute of Medicine, To Err Is Human: Building a Safer Health System (Washington DC: National Academy Press, 2000).*

*To Err Is Human: Building a Safer Health System,*

<http://www.nap.edu/openbook/0309068371/html/1.html>, copyright, 2000 The National Academy of Sciences



Seven steps to patient safety: An overview guide for NHS staff, National Patient Safety Agency, Second print April 2004

News release WHO 2005 Available at: F:/DOC/Media/NEWSREL/2005/JCAHO news releases/WHO final.doc

Gonzalez, Rose More Facts on Medical Errors. AJN 2004; 104(10):33.

Fischer G, Fetters MD, Munro AP, Goldman EB. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. J Fam Pract. 1997; 45(1):40-6.

Edworthy J., H.S., H.E., S.D.: Patient safety. Ergonomics, 49(5-6):439-43:2006

JCAHO (2003). <http://www.jcaho.org>

Evolution of Performance Measurement at the Joint Commission 1986-2010, [http://www.jcaho.org/pms/reference+materials/visioning+docu-](http://www.jcaho.org/pms/reference+materials/visioning+docu-ment.htm)

ment.htm (29.12.2005)

Akgün S., Haksever A, Tokalak İ, Haberal C, Özcan C, Erdal R, Haberal M., "Performance Management in a Hospital Network in Turkey: Motivated by a Monitoring Program". Global Engagement in Creating Financially Viable Healthcare Systems Proceedings, pp: 195-203

Inpatient Quality Indicators, AHRQ Quality Indicators, U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality ,2001

Joint Commission 2006 National Patient Safety Goals, implementation Expectations

The Joint Commission Announces the 2006 National Patient Safety Goals and Requirements, Joint Commission Perspectives, vol.25(7), July 2005

US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality.

National Healthcare Quality Report. Rockville, MD: AHRQ, December 2003. AHRQ Pub. No. 04-RG003.

Prizzi L.T., Goldfarb N.I., Nash D.B., Promoting a Culture of Safety, Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ), <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap40.htm>. Accessed 26.04.2006

Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data. The Patient Safety Indicators, McDonald K.M, Romano PS, Geppert J, Davies SM Duncan BW, Shojania KG, University of California San Francisco & Stanford Evidence-based Practice Center, August 2002

Ambulatory Care and Office-Based Surgery, Joint Commission International Center For Patient Safety, <http://www.jcipatientsafety.org> (03.01.2006)

Akins R B., Cole BR. Barriers to Implementation of Patient Safety Systems in Healthcare Institutions: Leadership and Policy Implications. Journal of Patient Safety 2005; 1(1):9-16.

Bogner MS. Human Error in Medicine. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates; 1994.

World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005, World Health Organizations

Tütüncü Ö, Küçükusta D, Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama, Hastane Yönetimi Dergisi, Temmuz-Ağustos-Eylül 2006)

## Hasta Güvenliği Göstergeleri

Göstergeler- Bakımı Uygulayandan Kaynaklanan

Anestezi komplikasyonu

Nedene özel mortalite hızları içerisinde düşük düzeyde mortalite hızı olan tanılar

Dekübit ülseri

Ameliyat sırasında bırakılan yabancı cisim İatrojenik pnömotoraks

Tıbbi bakıma bağlı enfeksiyon

Ameliyat sonrası kalça kırığı

Ameliyat sonrası kanama veya hematoma

Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik aksamalar

Ameliyat sonrası solunum yetmezliği

Ameliyat sonrası Pulmoner Emboli veya Derin Ven Trombozu

Ameliyat sonrası sepsis

Süreçle ilgili teknik zorluk

Transfüzyon reaksiyonu

Abdominopelvik cerrahi hastalarda ameliyat sonrası yara enfeksiyonu

Doğum travması

Obstetrik travma - forcepsli vajinal doğum

Obstetrik travma - normal vajinal doğum

Obstetrik travma - sezeryan doğumu

## Hastaneye bağlı nedenler

İatrojenik pnömotoraks

Tıbbi bakıma bağlı enfeksiyon

Ameliyat sonrası yara enfeksiyonu

Kaza ile oluşan enjektör batması veya delici alete bağlı yırtık

Transfüzyon reaksiyonları