

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Yöntemiyle Ramak Kala Olayların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi

Fatsa State Hospital Operating Room Unit Risk Analysis Method with Determination and Evaluation of Near Misses Events

Özlem GÜR^a,
Vahide BAYRAKAL^b,
A. Hüseyin BASKIN^{b,c}

^aKalite Yönetim Birimi,
Fatsa Devlet Hastanesi,
Ordu, TÜRKİYE
^bSağlıkta Kalite Geliştirme ve
Akreditasyon ABD,
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
^cTıbbi Mikrobiyoloji ABD,
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İzmir, TÜRKİYE

Received: 15 Mar 2019
Received in revised form: 06 May 2019
Accepted: 13 May 2019
Available online: 16 May 2019

Correspondence:
A. Hüseyin BASKIN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve
Akreditasyon ABD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
huseyin.baskin@gmail.com

ÖZET Amaç: Sağlıkta kalite geliştirme ve akreditasyonun temel prensibi etkin, verimli, herkes için adil, güvenli ve emniyetli, hasta odaklı ve söz verilen zamanda sağlık hizmetini yerine getirmektir. Bu amaçla sağlık hizmeti verilen birimlerde ramak kala olayların belirlenip, nedenlerinin analiz edilmesi ve önlenmesi gereklidir. Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde, çalışanların ve hastaların sağlık ve güvenliklerini etkileyebilecek ramak kala olayların belirlenerek değerlendirilmesi ve bu risklerin kontrol altına alınması için risk analizini yapmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Birimde çalışan hekim, hemşire, anestezi teknisyeni, büro personeli ve destek personeli ile birlikte öncelikle iş akışları incelenip, ramak kala olaylar belirlenmiştir. Belirlenen ramak kala olaylara Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetimi Yönergesi'ne göre etki-olasılık puanlaması (10x10 matrisi kullanılmıştır) yapıldıktan sonra risk sınıflandırması yapılmıştır. **Bulgular:** Birim çalışanları tarafından 11 adet ramak kala olay belirlendi. Yapılan risk analizi çalışması sonunda 3 olay çok düşük düzey risk, 5 olay düşük düzey risk, 3 olay ise orta düzey risk olarak belirlenmiştir. Belirlenen ramak kala olayların alt nedenlerinde sıklıkla güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılmadığı saptanmıştır. Güvenli cerrahi kontrol listesi (GCKL), takım çalışmasına dayanan cerrahi branşlarda kalite iyileştirme amacıyla yapılan uygulamalarda etkilidir. Doğru uygulanan GCKL, cerrahi komplikasyon ve mortaliteyi azaltmada etkili olmanın yanında iletişim ve takım çalışmasını da kolaylaştırır. **Sonuç:** Cerrahi bakım kalitesinin artırılması, cerrahi güvenliğin sağlanması, hasta bakımının geliştirilebilmesi, yani etkin ve güvenli bir sağlık hizmeti sunumu için güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin bir şekilde uygulanması ve hasta odaklı çalışmanın gerekliliği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ramak kala olay; istenmeyen olay; risk yönetimi

ABSTRACT Objective: The basic principle of healthcare quality improvement and accreditation is effective, efficient, equitable, safe and secure, patient centered and timely healthcare. For this purpose, it is necessary to determine the near miss events in healthcare units, to analyse the roots and causes of these events and to specify preventive measures. In Fatsa State Hospital Operation Room Unit, risk assessment studies were planned to determine and evaluate near misses events that could affect the health and safety of employees and patients and to control the risks. **Material and Methods:** Firstly, the people who are working in the unit the doctors, nurses, anesthesia technicians, office personnel and support personnel, with workflows were determined. According to the Risk Management Directive of Dokuz Eylul University, the risk classification was made after the impact probability score (10x10 matrix was used) was determined for the determined near misses vents. **Results:** Eleven different topics of near miss events were identified by the unit employees. At the end of the conducted risk analysis study, the risk level of 3 was determined as very low level risk, 5 of them as low level risk and 3 of them as medium level risk. It was determined that the safe surgical checklist was not used effectively at the lower causes of the near misses. The safe surgery checklist (SSC) is effective in quality improvement practices in team-based surgery branches. Properly applied SSC is effective in reducing surgical complications and mortality and facilitates communication and teamwork. **Conclusion:** As a result, it is concluded that a surgical safety checklist should be implemented effectively and patient-centered studies should be performed to increase the quality of surgical care, to provide surgical safety, to improve patient care, to provide an effective and safe healthcare service in surgical room.

Keywords: Near misses; sentinel event; risk management

Sağlık Bakanlığı Dünya Sağlık Örgütü'nün hedefleri, uluslararası gelişmeler ve ülkemiz sağlık sisteminin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak etkin ve etkili bir sağlık hizmeti sunmayı hedeflemektedir. Hastalara güvenli ve kaliteli bir bakım alabilecekleri ortam sağlamak ve hasta-çalışan güvenliğini sağlamada riskleri en az düzeye indirmek için sağlıkta kalite standardizasyonu çalışmalarını başlatmıştır.

Ülkemizde sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturmak için sağlıkta kalite geliştirme ve akreditasyonun da temel prensipleri olan hedefler “Etklilik, Etkinlik, Verimlilik, Sağlıklı Çalışma Yaşamı, Hasta Güvenliği, Hakkaniyet, Hasta Odaklılık Uygunluk, Zamanlılık ve Süreklilik” olarak tanımlanmaktadır.¹

Her yıl dünya genelinde 200 milyondan fazla cerrahi işlem gerçekleştirilmekte ve olumsuz etkilerin farkındalığına rağmen cerrahi hatalar yüksek oranda görülmektedir.²

Cerrahi prosedürler, karmaşık (complicated) sağlık hizmetlerinden biridir. Bu karmaşık hizmetler, potansiyel önlenemez zarar risklerini de taşımaktadır. Hız ve yüksek oranda konsantrasyon gerektiren ameliyathane ortamında ise risk, beklenmedik bir olayın meydana gelmesi ve bu olayın yaşanması hâlinde ortaya çıkabilecek olumsuz sonuç kaçınılmaz bir durumdur.³ Bu nedenle, zamanla yarışılan bu tür hizmetlerde tehlike ve riskleri önceden tespit etmek (proaktif davranmak), çalışanları bilgilendirmek, hasta ve çalışan güvenliğinin her koşulda sürdürülebilir olmasını sağlamak önemlidir. Önlenemez riskleri ortadan kaldırmak, yapılacak veya yapılmış olan denetimlerin yeterli olup olmadığını belirlemek ve zarara neden olmadan riskleri kontrol edilebilir düzeye getirmek amacıyla risk analizleri yapılmaktadır.⁴ Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane 5.1’de belirtildiği gibi bölüm sorumluları ve çalışanları ile riskler (ramak kala olaylar) belirlenmeli, kök neden analizi ile nedenler ortaya konmalı ve risk analizi yapılmalıdır.¹

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde gerçekleştirilen bu risk değerlendirme araştırmasının amacı, iş sağlığı ve güvenliği skor-

lamalarında da çok tehlikeli sınıfta sayılan hastanelerde “riskli durumlara karşı önlem almak, çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak ve korumak” çalışmalarına, ülkemiz koşullarında, uygulanabilir, örnek bir bilimsel model oluşturmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde çalışan 26 hemşire, 21 anestezi teknisyeni, 14 destek personeli ve 5 anestezi uzmanı ile birim için ramak kala olayların risk analizi yöntemi ile belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla planlanan araştırma için Ordu Kamu Hastaneleri Birliğinden 06 Haziran 2017 tarihinde kurum izni alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik 13 Temmuz 2017 tarih ve 3301 GOA Protokol Numaralı 2017/18-48 kararı numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ne uygun olarak planlanmıştır.

Araştırma, Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi çalışanlarına “ramak kala olay”, “kök-neden analizi” ve “risk analizi” konularında bilgi eşitlemesi yapıldığı ilk toplantı sonrasında farklı zamanlarda gerçekleştirilen dört toplantı ile bu araştırmaya konu olan ramak kala olaylar çalışanlar ile birlikte belirlenmiş ve yine birlikte kök-neden analizleri ve risk analizleri yapılmıştır. Bu toplantılar tutanak altına alınmıştır.

BİRİM ÇALIŞANLARI İLE TOPLANTI: 1

Bu toplantıda, Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde çalışan anestezi uzmanı, hemşire/sağlık memuru, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi sekreter, destek personeli gibi beş farklı meslek grubu çalışanı ile birlikte, karar verilen mesai saatleri içinde (iş akışına engel olmayacak bir zaman diliminde) birim iş akışları incelenmiştir. Çalışanların görev yetki ve sorumluluk tanımlamaları hep birlikte gözden geçirilmiştir.

BİRİM ÇALIŞANLARI İLE TOPLANTI: 2

Bu toplantıda, birimin iş akışında var olan ya da iş akışı sırasında karşılaşılan ve/veya karşılaşılabilecek olan hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda ger-

çekleşmeyen istenmeyen olaylar (ramak kala olaylar) hep birlikte belirlenmiştir.¹

BİRİM ÇALIŞANLARI İLE TOPLANTI: 3

Kök-Neden Analizi: Herhangi bir sorunun nedenlerinin bulunarak kalıcı olarak ortadan kaldırılması için yapılan “neden”e dayalı analiz biçimidir. Suçlu aranmaz (kişi), soruna neden olan sürecin/sistemin tespit edilmesi temel amaçtır. Kök-neden analizi ile; var olan riski (ramak kala olayı) ortadan kaldırmak için kalıcı çözümler üretilerek sorunun kronikleşmesinin önüne geçilir. Sağlık hizmetleri ile ilgili risk analizinde her bir risk (ramak kala olay) için kök-neden analizinin yapılması kritik öneme sahip bir basamaktır. Sağlık hizmetinde meydana gelebilecek riske (ramak kala olaya) nelerin sebep olduğunu analiz ederek iyileştirmeler planlamak ve gerçekleştirmek gerekmektedir.⁵

Balık Kılıçığı Yöntemi: Belli bir sonuca neden olan temel faktörleri bulmaya ve bunların etkilerini belirlemeye yönelik bir analiz ve karar verme tekniğidir. Karmaşık problemleri analiz etmede faydalıdır. Belirlenen bir sonuç ve onu etkileyen tüm etkenlerin ilişkileri grafiksel olarak gösterilir.^{5,6} Olabildiğince çok kişinin çalışmaya katılımı ile olayların ana sebepleri üzerinden daha alttaki sebeplere tek tek inerek, sorunun yaşanmasına sebep olan asıl nedenler bulunur.

Birim çalışanları ile belirlenen ramak kala olayların kök-neden analizleri balık kılıçığı yöntemi (neden-sonuç diyagramı) ile yapılmıştır.

BİRİM ÇALIŞANLARI İLE TOPLANTI: 4

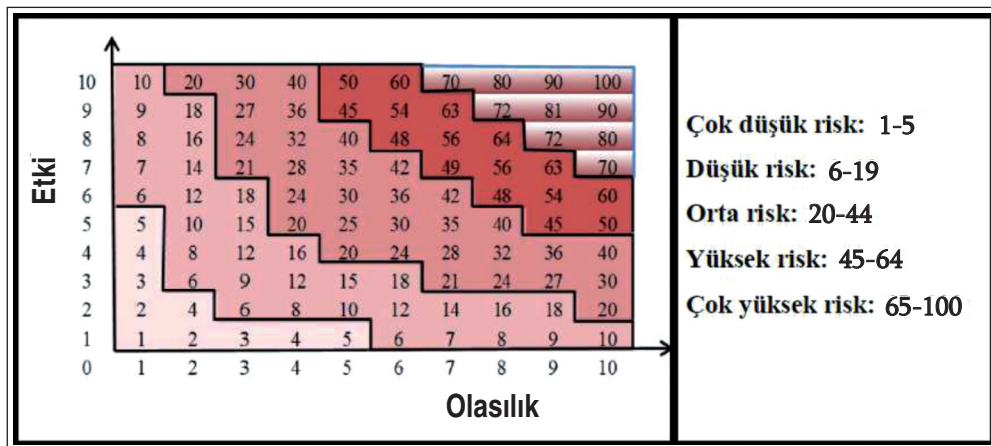
İş akışlarının tek tek incelenmesi ile riskler (ramak kala olaylar) belirlenmiştir. Belirlenen risklerin birimin iş akışlarına **etkisi**, risklerin gerçekleşme **olasılıkları** puanlandırılarak, risklerin (ramak kala olayların) seviyelerine göre sınıflandırılmaları yapılmıştır.

Etki: Risklerin (ramak kala olayların) gerçekleşmesi hâlinde çalışan ve hastaya vereceği hasarın büyüklüğüdür ve 1’den 10’a kadar puanlama yapılır. Risk yönetimi toplantısına katılan herkes, kendi iş akışı ve birimin iş akışı dâhilinde düşünerek puanlama yapmalıdır.

Olasılık: Risklerin gerçekleşme (ramak kala olayların) ve istenmeyen olaya dönüşme (zarar verme) ihtimalidir. Saatlik, haftalık, günlük, aylık ve senelik zaman aralıklarında olayın gerçekleşme ihtimali düşünülerek sıklığına göre 1’den 10’a kadar puanlama yapılır. Risk Yönetimi toplantısına katılan herkes kendi iş akışı ve birimin iş akışı dâhilinde düşünerek puanlama yapmalıdır.

Risk Seviyesi: Etki ve olasılık değerlerinin çarpımının sonucuna göre belirlenmiştir (Şekil 1).

Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetimi Yönergesi’ne göre etki ve olasılık hesabı yapılan risklerin (ramak kala olayların) sınıflandırılmasında; tüm riskleri ayrıntılı olarak analiz edebilmek için 10x10 matrisi kullanılmıştır.⁷ Çünkü sağlık alanında her bir ayrıntı çalışan-hasta-hasta yakını güvenliğini doğrudan etkilemektedir.



ŞEKİL 1: Etki ve olasılık değerlerinin çarpımının sonucuna göre belirlenen risk seviyeleri.⁷

TABLO 1: Risk oylama formu örneği.⁷

Tespit edilen risk	Etki A	Etki B	Etki C	ETKİ	Olasılık A	Olasılık B	Olasılık C	OLASILIK	Risk Puanı
Sebepe				(A+B+C)/3				(A+B+C)/3	ETKİ X OLASILIK

Etki ve olasılık puanının birim çalışanları için ayrı ayrı belirlenmiş ve toplam etki-olasılık puanı kişi sayısına bölünerek bulunmuştur. Kişi sayısına bölünerek bulunan etki ve olasılık puanı çarpılarak risk puanı belirlenmiştir. Tüm bu süreç “**Risk Oylama Formu**” ile raporlanmıştır (Tablo 1).

BULGULAR

1. RAMAK KALA OLAYLARIN BELİRLENMESİ

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi çalışanlarıyla öncelikle iş akışları incelenmiştir. İş akışı sırasında iletişim, iş yoğunluğu, çalışan, yönetim gibi çeşitli faktörler nedeni ile karşılaşıp tespit edilen 11 adet ramak kala olay aşağıda listelenmiştir:

1. Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü,
2. Preoperatif bekleme odasında hastanın kan şekerinin düşmesi,
3. Yanlış taraf cerrahisi,
4. Hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesi,
5. Yanlış ilaç uygulaması,
6. Personelin düşmesi,
7. Hasta kapatılmadan tıbbi ekipmanın hastada unutulması,
8. Personelin kesici delici alet yaralanması,
9. Personele kan ve vücut sıvılarıyla hastalık bulaşması,
10. Spinal anestezi alan hastanın postoperatif odasında durumunun kötüleşmesi,
11. Hastanın yanlış servise transferi.

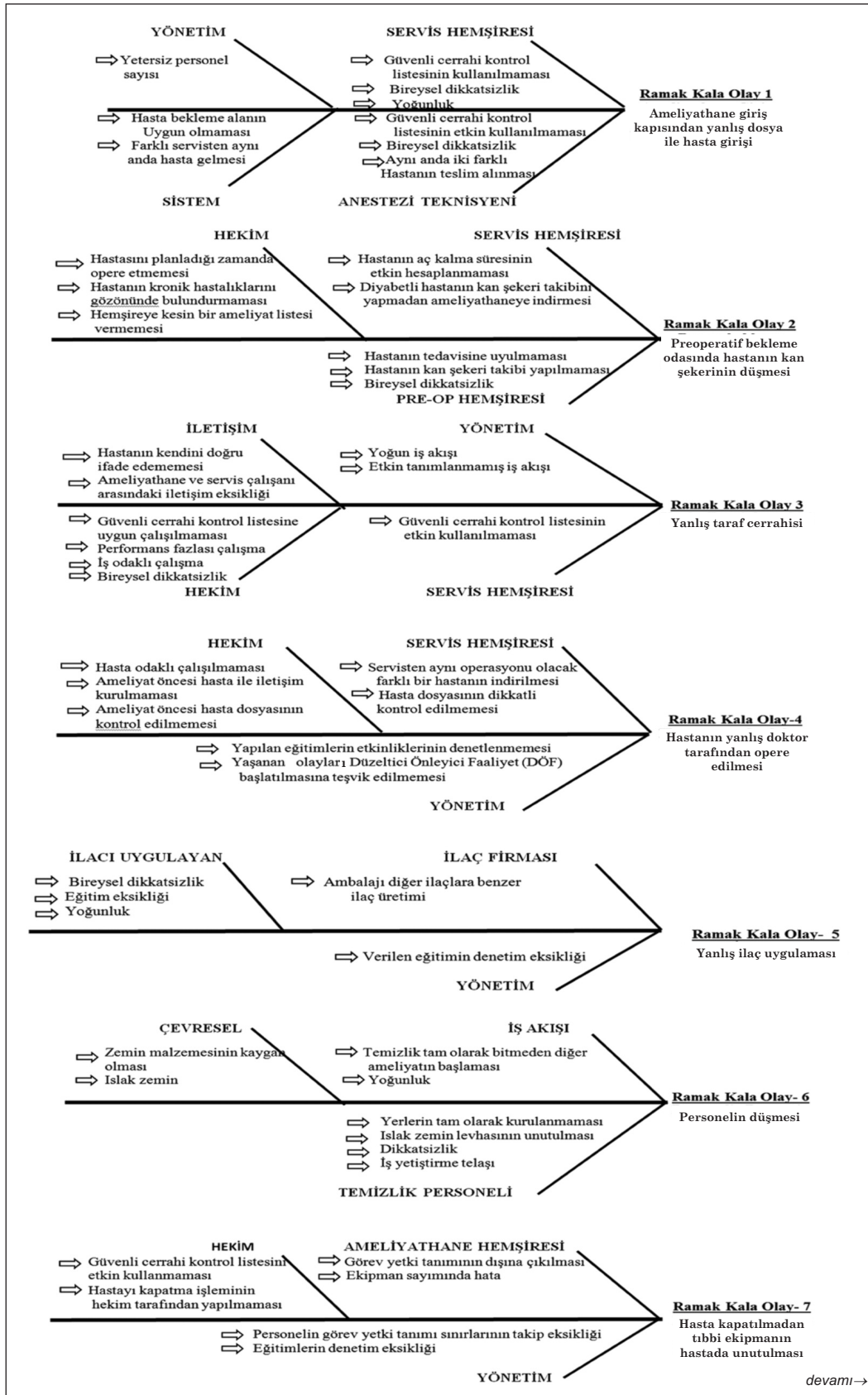
2. RAMAK KALA OLAYLARIN BALIK KILÇIĞI YÖNTEMİ (ETKİ-NEDEN ANALİZİ) İLE KÖK-NEDEN ANALİZLERİ

Birim çalışanları tarafından belirlenen ramak kala olaylara genel sebeplerden yola çıkarak tüm detaylar incelenip, ana nedenin ortaya çıkarılması için balık kılçığı yöntemi (neden-sonuç diyagramı) ile kök-neden analizi yapılmıştır (Şekil 2). Ramak kala olayların ana nedenleri arasında çalışan, (hekim, hemşire, servis hemşiresi, anestezi teknisyeni, destek personeli) yönetim, iletişim ve yoğun iş akışı belirtilmiştir. Belirtilen risklerin (ramak kala olayların) alt nedenleri arasında sıklıkla güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılmadığı saptanmıştır.

3. RAMAK KALA OLAYLARIN RİSK PUANLAMASI

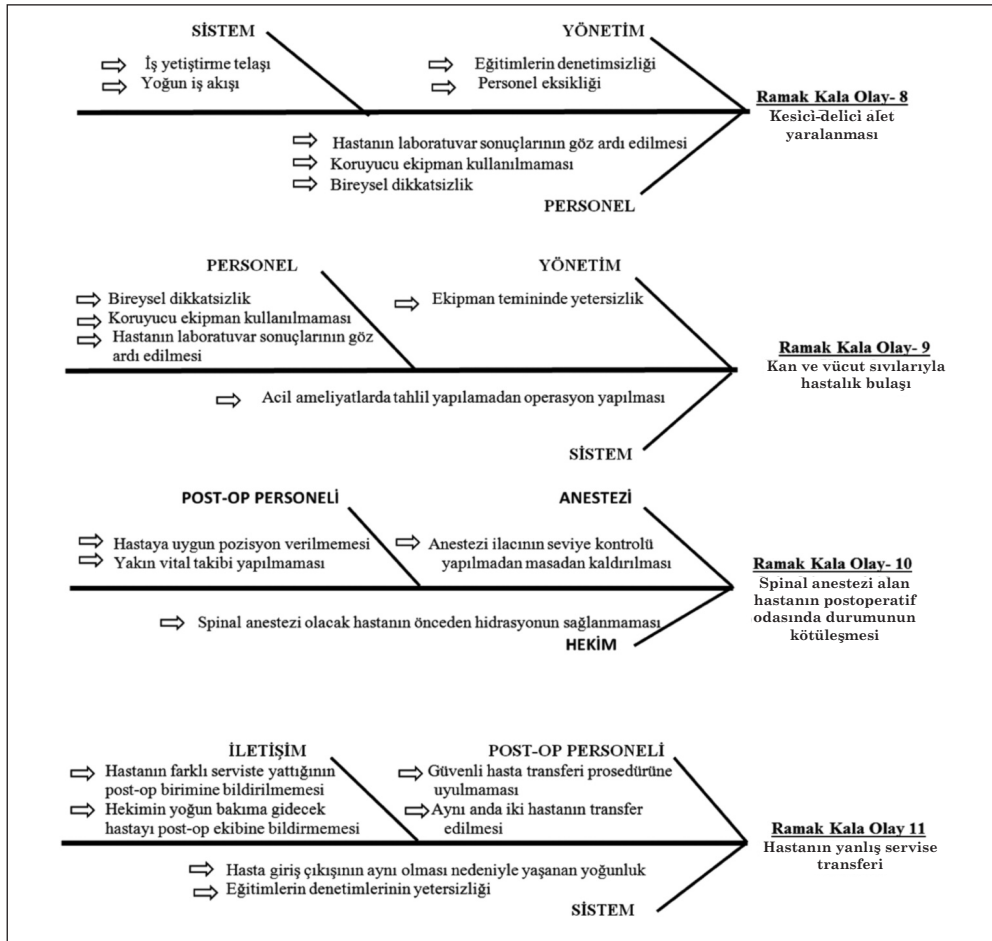
Birim çalışanları ile yapılan risk seviyesi belirleme toplantısına katılan 2 hekim, 12 hemşire, 2 anestezi teknisyeni ve 3 destek personeli ile önceden belirlenen 11 adet ramak kala olaya risk etki ve olasılık puanlaması Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetimi Yönergesi Risk Oylama Formu kullanılarak yapılmış ve risk puanları Tablo 2’de sunulmuştur.

Belirlenen ramak kala olaylar için yapılan risk analizi çalışması sonunda 3 olguda çok düşük düzey risk, 5 olguda düşük düzey risk, 3 olguda ise orta düzey risk belirlenmiştir. Etki ve olasılık puanlarının çarpımına göre risk puanı 0-5 arasında olduğu için “çok düşük risk” olarak sınıflandırılan ramak kala olaylar; (i) Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü, (ii) Preoperatif bekleme odasında hastanın kan şekerinin düşmesi ve (iii) Hasta kapatılmadan tıbbi ekipmanın hastada unutulması şeklinde belirlenmiştir. Risk puanı 6-19 arasında olan ve “düşük risk” olarak sınıflandırılan ramak kala olaylar; (i) Hastanın yanlış servise transferi, (ii) Yanlış ilaç uygulaması, (iii) Hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesi, (iv) Yanlış taraf cerrahisi ve (v) Spinal anestezi alan hastanın posto-



ŞEKİL 2: Ramak kala olayların balık kılıçığı yöntemi (neden-sonuç analizi) ile kök-neden analizleri.

devamı →



ŞEKİL 2: Ramak kala olayların balık kılıçlığı yöntemi (etki-neden analizi) yöntemi ile kök-neden analizleri.

TABLO 2: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimindeki risklerin (ramak kala olayların) analizi: Ameliyathane girişinden çıkışına kadar olan süreçte tespit edilen riskler.

Riskler (ramak kala olaylar)	Etki puanı*	Olasılık puanı**	Risk puanı
1, Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü	3,157	1,105	3,488
2, Preoperatif bekleme odasında hastanın kan şekerinin düşmesi	3,368	1,105	3,721
3, Yanlış taraf cerrahisi	3,842	3,21	12,332
4, Hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesi	4,473	1,052	6,798
5, Yanlış ilaç uygulaması	4,368	1,526	6,665
6, Personelin düşmesi	6,578	5,473	36,001
7, Hasta kapatılmadan tıbbi ekipmanın hastada unutulması	4,210	1,105	4,652
8, Personelin kesici-delici alet ile yaralanması,	5,315	3,894	20,696
9, Personele kan ve vücut sıvılarıyla hastalık bulaşması	6,368	4,315	27,477
10, Spinal anestezi alan hastanın postoperatif odada durumunun kötüleşmesi	4,263	2,947	12,563
11, Hastanın yanlış servise transferi	3,052	2	6,104

*Toplantıya katılan 2 hekim, 12 hemşire, 2 anestezi teknisyeni ve 3 destek personelinin ayrı ayrı verdikleri etki puanlarının aritmetik ortalaması alınarak riskin "etki puanı" hesaplanmıştır.

** Toplantıya katılan 2 hekim, 12 hemşire, 2 anestezi teknisyeni ve 3 destek personelinin ayrı ayrı verdikleri olasılık puanlarının aritmetik ortalaması alınarak riskin "olasılık puanı" hesaplanmıştır.

TABLO 3: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimindeki risklerin seviyesi ve ilgili sağlıkta kalite hedefi.

Riskler (ramak kala olaylar)	SKS hedefi	Risk seviyesi
1. Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü	Güvenli cerrahi	Çok düşük
2. Preoperatif bekleme odasında hastanın kan şekerinin düşmesi	Güvenli cerrahi	Çok düşük
3. Yanlış taraf cerrahisi	Güvenli cerrahi	Düşük
4. Hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesi	Güvenli cerrahi	Düşük
5. Yanlış ilaç uygulaması	Hasta güvenliği	Düşük
6. Personelin düşmesi	Çalışan güvenliği	Orta
7. Hasta kapatılmadan tıbbi ekipmanın hastada unutulması	Güvenli cerrahi	Çok düşük
8. Personelin kesici-delici alet ile yaralanma	Çalışan güvenliği	Orta
9. Personele kan ve vücut sıvılarıyla hastalık bulaşması	Çalışan güvenliği	Orta
10. Spinal anestezi alan hastanın postoperatif odada durumunun kötüleşmesi	Hasta güvenliği	Düşük
11. Hastanın yanlış servise transferi	Hasta güvenliği	Düşük

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları.

peratif odada durumunun kötüleşmesi şeklinde tespit edilmiştir. Risk puanı 20-44 arasında olan ve “orta risk” olarak belirlenen ramak kala olaylar ise; (i) Personelin düşmesi, (ii) Personelin kesici-delici alet ile yaralanması ve (iii) Personele kan ve vücut sıvılarıyla hastalık bulaşması şeklindedir (Tablo 2).

4. RAMAK KALA OLAYLARIN RİSK SEVİYELERİ

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde belirlenen risklerin (ramak kala olayların) 5’inin güvenli cerrahi, 3’ünün hasta güvenliği ve 3’ünün de çalışan güvenliği ile ilgili olduğu tespit edilmiştir. Risk seviyelerine bakıldığında ise 3 olayın (güvenli cerrahi hedefi) çok düşük risk seviyesinde, 5 olayın düşük risk seviyesinde (2’si güvenli cerrahi ve 3’ü hasta güvenliği) ve 3 olayın (çalışan güvenliği) orta risk seviyesinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

TARTIŞMA

Sağlık kurumlarında ameliyathaneler riskli birim olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle yönetimler; çalışan, hasta-hasta yakını güvenliğini sağlamak amacıyla belirli aralıklarla risklerin oluşması hâlinde ortaya çıkabilecek zararın şiddetini ele alacak şekilde değerlendirme, yani risk analizi çalışması yapılmalıdır.¹ Diğer bir deyişle, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden risk faktörleri, risk düzeyleri ve öncelikleri önceden (proaktif) belirlenip bu olumsuzlukların ana nedenleri tespit edilerek, bu

riskler için düzeltici-önleyici-iyileştirici çözümler üretilmelidir.

Yapılan analizler, düzenli ve sürdürülebilir iş akışlarının sağlanması ya da iyileştirilmesi amacıyla özellikle bölüm personeli risk değerlendirme çalışmalarında iç paydaşlar olarak tanımlanır. İç paydaş, sizinle birlikte aynı amaca ulaşmaya çalışan bir takım üyesidir ve risk değerlendirmesi bu nedenle bölüm çalışanları ile birlikte yapılmalıdır. Bu noktada risk değerlendirmeleri, iş sağlığı ve güvenliği uzmanlarının değerlendirmelerinden farklılık arz eder, çünkü düzeltici-önleyici-iyileştirici faaliyetler planlanırken İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirme Raporundaki teknik bilgilerden yararlanır, danışmanlık alınır. Ancak esas olan, bizzat birim çalışanlarının şeffaf ve dürüst olarak, birbirlerini suçlamadan-iş odaklı ürettikleri çözümlerdir. Çalışmalar hayata geçtikten sonra sonuçlar personel ve üst yönetim arasında paylaşılmalı ve yapılan çalışmalar belirli bir plan dâhilinde, ölçütler uyarınca takip edilmeli, gerekli bulunursa da iyileştirilmelidir.

Cerrahi hatalarla ilgili ilginç olan, bunların, ameliyathanede yapılan hatalardan ziyade cerrahi işlemde önce ve sonra daha yaygın gözükmesidir.² Araştırmada 11 adet ramak kala olay tespit edilmiş olup, bunlardan 8’i hasta güvenliğini (güvenli cerrahi uygulamaları ve ilaç hataları) 3’ü ise çalışan güvenliğini (kesici delici alet yaralanmaları, düşmeler,

kan ve vücut sıvılarına maruz kalma) tehdit eden olaylardır. Yapılan risk analizi sonunda hasta güvenliğini etkileyen ramak kala olayların risk seviyelerinin yani bu etkilerin ortaya çıkma olasılıklarının “düşük” ve “çok düşük” olduğu tespit edilmiştir.

Kök-neden analizi, hizmet kalitesini artırmak ve hata sayısını en aza indirmek amacıyla son dönemde üzerinde durulan önemli bir konu hâline gelmiştir. İlk kez 1950’li yıllarda, kalite alanında önemli çalışmaları olan Japon profesörü Dr. Kaoru Ishikawa tarafından kullanılan “balık kılıcı yöntemi” de kök-neden analizi çalışması araçlarından biridir.⁸ Kurumda karşılaşılan ramak kala olaylara kök-neden analizi çalışması yapılmıştır ve hemen hemen hep-sinde insan faktörünün etkin olduğu görülmüştür.

Ayrıca risk analizi çalışmaları, kurumda yapılan risk yönetimi faaliyetleri SKS-Hastanenin 5 bölümden biri olan kurumsal hizmet bölümünde hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak açısından kritik öneme sahip risk yönetimi 5 standart sayısı (4 standart çekirdek olup 200 puan değerinde) ile hastanenin kalite puanını direkt etkilemektedir.¹

Bunlar;

(KRY01 Çekirdek) 1- Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır,

(KRY02 Çekirdek) 2- Hastanede gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır,

(KRY03 Çekirdek) 3- Risk yönetimi kapsamında riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir,

(KRY04 Çekirdek) 4- Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır,

(KRY05) 5- Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir, olarak derlenebilir.

Sağlık kurumları, tıbbi hataları aşılması gereken zorluklar olarak görerek, sistemin iyileştirilmesine odaklanan bir güvenlik kültürü oluşturmalıdır. Sağlık ekibindeki tüm bireyler, iç paydaşlar olarak sağlık hizmetlerinin hastalar ve sağlık çalışanları için daha güvenli hâle getirilmesinde rol oynamalıdır.⁹ Ameliyathanelerde hasta ve çalışan güvenliğine yönelik çalışmalar yapılırken, personelin konuya iliş-

kin görüşlerinin alınması, çalışmalara dâhil edilmesi ve konuya olan yaklaşımlarının belirlenmesi gerekmektedir.¹⁰⁻¹² Araştırmada kullanılan balık kılıcı diyagramı ile olayların nedenlerini bulmak ya da çözüm yolu aramak amacıyla olabildiğince iç paydaş çalışmaya dâhil edilmiş, iç paydaşların kafa kafaya vererek ana sebepleri belirleyeceği bir paylaşma ve tartışma ortamı hazırlanmış, daha sonra da etki-olasılık puanlaması yapılarak, risk sınıflaması gerçekleştirilmiştir.

Belirtilen ramak kala olayların alt nedenleri arasında sıklıkla güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılmadığı saptanmıştır. Güvenli cerrahi kontrol listesi (GCKL), takım çalışmasına dayanan cerrahi branşlarda kalite iyileştirme amacıyla yapılan uygulamalarda etkilidir. Doğru uygulanan GCKL, cerrahi komplikasyon ve mortaliteyi azaltmada etkili olmanın yanında iletişim ve takım çalışmasını da kolaylaştırmaktadır.^{13,14}

Dünya Sağlık Örgütü, bilinen gerçeklerden yola çıkarak güvenli cerrahi uygulaması için kendisine 10 ana hedef belirlemiş ve bunlardan birini, hastanelerden, ameliyat kapasitesi ile bilginin rutin olarak elde edilmesi olarak belirtmiştir.¹⁴ Kapasite fazlası ve performans odaklı çalışmanın, sağlıkta kalite prensiplerinden olan hasta odaklı, etkin, verimli ve güvenli hizmet sunumunun yerine getirilmesine engel olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Sağlıkta kalitenin temel prensipleri etkin, verimli, güvenli, adil, söz verilen zamanda ve hasta odaklı hizmetin verilmesidir. Çalışma alanındaki ramak kala olayların belirlenmesi, nedenlerinin analiz edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilerek düzeltici-önleyici-iyileştirici çalışmaların yapılması aynı zamanda kurum çalışanlarının hasta odaklı ve güvenli tedavi hizmeti sunmasını sağlar. Ayrıca kişiler arası iletişime daha fazla önem verilmesi ve “suçlayıcı bir dilin kullanılmamasının” hizmet kalitesini artıracağı görülmektedir.

Risk değerlendirme çalışmaları, “kurum kültürünü” doğrudan etkileyen ve karşılıklı suçlama dilini ortadan kaldıran iş odaklı çalışmalardır. Kurum kültürü, “Burada işler böyle yürür” demektir.

Kurum kültürünün, iç paydaşların da sorumluluk alması ve sorumluluğu paylaşması yönünde değişmesi ortak akıl ile mümkündür. Ayrıca bu uygulamalar ile çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak ve korumak amacıyla “Sağlıkta Kalite Standartları’nda Güvenlik Raporlama Sistemi bölümünde yer alan ramak kala olayların bildirilmesi gerekliliği” de yerine getirilmiş olur. Güvenlik Raporlama Sistemi uygulamalarının gerçekleştirilmesi, sağlık kurumu üst yönetimi için bir başka kazançtır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi

alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Directorate of Healthcare Services. Office of Quality and Accreditation in Health. Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane. (Versiyon-5; Revizyon-01) 1. Revizyon - 2. Baskı. Ankara: Pozitif Matbaa; 2016. p.21.
2. Rodziewicz TL, Hipskind JE. Medical error prevention. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019-2019 May 5.
3. Kodithuwakku CE, Wickramarachchi DN. [Identifying the risk dynamics of supply chain operations in large scale apparel industry in Sri Lanka]. International Journal of Innovation, Management and Technology (IJMT). 2015;6(4):272-7. [Crossref]
4. Bilir NA. [Contemporary approach to occupational health and safety: risk assessment and risk management]. İSG İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi. 2005;25(5):9-12.
5. Joint Commission.Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques. 5th ed. Parker J, ed. USA: Joint Commission on Accreditation of HealthcareOrganizations; 2010. p.152-4.
6. Emhan A. [Risk management process and risk management techniques used.] Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2009;23(3):214.
7. Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetimi Yönergesi, İzmir: 2014. [Link]
8. Harel Z, Silver AS, McQuillan RF, Weizman V, Thomas A, Chertow GM, et al. How to diagnose solutions to a quality of care problem. Clin J Am Soc Nephrol. 2016;11(5):901-7. [Crossref] [PubMed] [PMC]
9. Helo S, Moulton CE. Complications: acknowledging, managing, and coping with human error. Transl Androl Urol. 2017;6(4):773-82. [Crossref] [PubMed] [PMC]
10. Can ÖS, Ökten F. [Risks of working in operating room]. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim. 2004;2(2):103-12.
11. Öztin Ögün C, Çuhruk H. [The effects of operating room conditions on the operating room personnel]. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2001;21(2):83-93.
12. Çeçen D. [The prevention of forgetting of foreign matters in operating room]. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics. 2016; 2(2):44-50.
13. Phillips J, Simmonds L. Using fishbone analysis to investigate problems. Nurs Times. 2013;109(15):18-20.
14. Kim RY, Kwakye G, Kwok AC, Baltaga R, Ciobanu G, Merry AF, et al. Sustainability and long-term effectiveness of the who surgical safety checklist combined with pulse oximetry in a resource-limited setting: two-year update from Moldova. JAMA Surg. 2015;150(5):473-9. [Crossref] [PubMed]