

HASTA GÜVENLİĞİNDE SİSTEM HATALARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

SYSTEM ERRORS IN PATIENT SAFETY AND NURSING APPROACH

Çiçek Korkmaz, A.*

ÖZET

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde risk faktörlerinin yüksek olması, tıbbi hataların artış göstermesi nedeniyle hasta güvenliği çalışmaları hız kazanmıştır. Hasta güvenliğini tehdit eden olayların nedenleri üzerine yapılan çalışmalarda insan kaynaklı ve sistem kaynaklı faktörler açıklanmaya çalışılmıştır. İnsan yaklaşımı bireysel hatalar üzerinde dururken, sistem yaklaşımı istenmeyen olaylara ve hatalara yol açan olaylar zincirindeki faktörler üzerinde odaklanır. Hasta güvenliğinin sağlanması, bakım kalitesinin artırılması için insan yaklaşımından çok sistem yaklaşımına odaklanılması önemli bir adımdır. Sistem yaklaşımından kaynaklanan önlenemez hatalar güvenli çalışma ortamının oluşturulması, etkili takım çalışması ve işbirliği, hasta güvenliği kültürünün kurumsallaştırılması, hasta merkezli bakım verme ve iyileştirmeyi hedefleme ve belirsizliği yönetme amacı ile kanıta dayalı uygulamayı kullanma gibi temel stratejiler sayesinde önlenir. (aynı cümle içerisinde önlenemez önlenir kullanılmış baştaki önlenemez fazla olmuş çıkarılmalı)??? Türkiye’de hasta güvenliğinin sistem hatalarından kaynaklandığını gösteren araştırmaların sayısı oldukça azdır. Bu nedenle çalışmada hasta güvenliği stratejilerinin neler olabileceği sorularına cevap aranmış ve hemşirelik hizmetlerinin hasta güvenliğindeki rolü tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, insan hatası, sistem hatası, hemşirelik yaklaşımı.

ABSTRACT

In recent years, patient safety studies accelerated because the risk factors in the process of provision of health services are high and because of the increase in medical errors. In studies made on the reasons of the incidents that threaten the patient safety, it was tried to explain the human induced and system sourced factors. While the human approach focuses on the individual mistakes, the system approach focuses on the factors in the chain of events which causes adverse events and mistakes. To provide the patient safety and to increase the quality of care, it is an important step to focus on system approach rather than human approach. The avoidable mistakes sources from the system approach could be avoided by the help of basic strategies like providing a safe working environment, efficient teamwork and cooperation, institutionalizing of patient safety culture, a patient-centered care and targeting rehabilitation, and using the proof based application with the aim of managing uncertainty.

The number of studies which show that the patient safety sources from the system errors in Turkey is quite little. Due to this reason, in the study, answers for what could be the patient safety strategies were sought and the role of nursing services in patient safety was discussed.

Key Words: Patient safety, human errors, system errors, nursing approach.

Sorumlu Yazar: Arş.Gör., Ayşe Çiçek Korkmaz, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Serefoğlu Sağlık Yüksekokulu
Tel: 0348 8143095/7015
Fax : 0348) 8139392
e-mail: aysecicek@kilis.edu.tr

* Arş.Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu, KİLİS

GİRİŞ

Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin karmaşık ve fazla risk arz eden hizmetler boyutuna ulaşması hasta güvenliğinin önemini vurgulamaktadır. Hasta güvenliği, hastaneye gelen her hastaya güvenli bir çevre yaratmak için alınan önlemler ve bakım sürekliliğini sağlamaktır (1). Günümüzde hastaneler verdiği hizmetler itibari ile sayılamayacak kadar fazla risk barındırmaktadır. Bunlar ilaç güvenliği, cerrahi operasyonların riskleri, fiziki koşullar, kullanılan araç-gereçlerin kalitesi, laboratuvar sonuçlarının güvenilirliği, hastanın doğru tanımlanması, enfeksiyon riskleri ve daha sayabileceğimiz birçok riski kapsamaktadır. Öncelikle riskli alanlar tespit edilip, bunların riskleri ölçümlenmeli ve konuyla ilgili iyileştirici önlemler alınmalıdır. Sağlık hizmeti çalışma ortamındaki değişiklikler de kaliteli bakım ve hasta güvenliği iyileştirmelerini uygulamak için gereklidir. Özellikle istenmeyen olayların olduğu hatalar örgütsel yapılar ve bakım süreçleri içindeki küçük hataların kümülatif etkilerinden kaynaklanmaktadır (2, 3).

Hasta güvenliğini tehdit eden olayların nedenleri üzerine yapılan çalışmalarda insan kaynaklı ve sistem kaynaklı faktörler açıklanmaya çalışılmıştır (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). İnsan yaklaşımı bireysel hatalar üzerinde dururken, sistem yaklaşımı istenmeyen olaylara ve hatalara yol açan olaylar zincirindeki faktörler üzerinde odaklanır (10). Hasta güvenliğini etkileyen insan kaynaklı ve sistem kaynaklı hatalar Tablo 1’de yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda hata nedenlerinin yalnızca insan hatasından kaynaklanmadığını, sistemin bütününe etkileşimi ve sistemi etkileyen dış faktörlerin de hataya neden olduğu görüşü kabul görmeye başlamıştır (11). Perrow’un (1984) bir gözleminde kazaların %60 ile %80’inin insan hatasından kaynaklandığını ve tedbirli yaklaşımda bile bu oranın %30-40’ın altına inmeyeceğini belirtmiştir (12). IOM’un

raporunda advers olayların sistem kaynaklarından çok insan kaynaklı olduğu yer almaktadır (13). Adams ve Garber (2007) gözleminde ise bu durumun tam tersi sistem hatalarının insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil ettiğini ileri sürmektedir (4). Bu tespitlerden yola çıkarak hasta güvenliğini tehdit eden olayların ortaya çıkmasında hangi faktörün etken olduğu bilinmeyebilir. Burada kritik nokta Reason’un (1990) bu durumu “hata olayın nedeni değil sonucudur. Bu nedenle bir hata olduğunda kim sorusu yerine sistemin nasıl ve niçin etkisiz kaldığı” sorusunun sorulması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca Reason (1990), tıp dünyasında hatalardan dolayı kişilerin suçlanmasının yaygın bir gelenek olduğunu vurgulayarak “insanı değiştiremeyiz ama insanın çalıştığı koşulları değiştirebiliriz” ifadesini savunmaktadır (14).

Bu kapsamda hasta güvenliğinin sağlanması, bakım kalitesinin artırılması için insan yaklaşımından çok sistem yaklaşımına odaklanılması önemli bir adımdır. Sistem yaklaşımından kaynaklanan önlenebilir hatalar güvenli çalışma ortamının oluşturulması, etkili takım çalışması ve işbirliği, hasta güvenliği kültürünün kurumsallaştırılması, hasta merkezli bakım verme ve iyileştirmeyi hedefleme ve belirsizliği yönetme amacı ile kanıta dayalı uygulamayı kullanma gibi temel stratejiler sayesinde önlenir.

Güvenli Çalışma Ortamı

Hastanelerde sağlık bakımı veren, denetleyen, koordine eden ve 24 saat aralıksız bakım sağlayan hemşireler, hasta güvenliği sağlama çalışmaları için ideal meslek üyeleridir. Hemşireler hizmet sundukları her ortamda, olası tehlikelerden hastaları korumak, hastaya uygulanacak işlem ve tedavilerin istenmeyen sonuçlarını önleme veya en aza indirmekten sorumludur (15, 16). Bu nedenle hemşirelerin içinde bulunduğu çalışma orta

Tablo 1. Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler

İnsan Kaynaklı Hatalar	Sistem Kaynaklı Hatalar
Hataları tanımlama	Yetersiz personel
Kurum politika ve prosedürlerine uymama	Hasta bakım düzeyi
Nöbet sayısı	Kurum politikası ve ilaçlar konusunda bilgi edinememe
Dikkatsizlik	Fiziksel çevre; aydınlatma ve ilaç hazırlama imkânları
İlaç konusunda bilgi eksikliği	Örgüt kültürü
Doz hesaplama	Örgütsel iletişim kanalları
İş yükü	Örgütsel iş rutinleri
Hasta bakım modeli	Farmakoloji bilgisi
	Olay raporlama kültürü

Kaynak: McBride, K., Foureur, M. (2006). Medication Administration Errors: Understanding the Issues, Australian Journal of Advanced Nursing:23(3).

mına uygun koşulları sağlaması son derece önemlidir. Hemşirelerin hastalara bakım sunduğu çalışma ortamı hasta bakımının güvenliğini ve kalitesini etkiler. Sağlık bakımı iş gücündeki en büyük yeri alan hemşireler, hastaların çeşitli ve değişen bakım ihtiyaçlarını karşılarken bilgilerini, deneyimlerini ve yeteneklerini kullanırlar. Hasta güvenliğine önem veren ve kanıta dayalı uygulamaları kullanan sağlık hizmetleri, hemşirelere uygun çalışma koşulları sağlayarak kaliteli ve güvenli bakım hizmeti sunar. Çalışma ortamını düzenlemek ve geliştirmek için stratejiler üretmek yüksek ve kaliteli, güvenli bakım için çok önemlidir (8, 17). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN) 2006 yılı temasını güvenli ortam-güvenli istihdam olarak belirleyerek, hasta güvenliği konusunda hemşirelerin sorumluluklarını belirtmiş, 2007 yılı temasında ise sağlık sektöründe güvenli çalışma ortamının çalışan ve hasta güvenliğine önemli katkılar sağladığı, olumlu hasta sonuçlarını desteklediği ve kurumun performansını maksimum düzeye çıkarttığı belirtilmektedir.

Amerikan Tıp Enstitüsü (American Enstitute of Medicine-IOM) 2003 yılında yayınladığı “*Keeping Patient Safety: Transforming The Work Environment of Nurses*” isimli raporda ise başlıca odak noktası olarak hemşirelerin hasta

güvenliğinde oynadığı anahtar role odaklanmış, hasta güvenliğini geliştirmek için hemşirelik çalışma ortamında yapılması gereken değişikliklere dikkat çekmiştir (8). Yapılan çalışmada hemşirelerin işlerinden memnun olmadıklarını ve hastaların ihtiyaçlarını karşılamada daha fazla otonomiye, daha iyi çalışma koşullarını istediklerini ortaya koymuştur (8, 17).

Amerika Kritik Bakım Hemşireleri Derneği (American Association of Critical-Care Nurses- AACN) ise IOM’nin yayınladığı öneriler üzerinde çalışmalar yaparak “Standarts for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments-Sağlıklı Çalışma Ortamının Oluşturulması ve Geliştirilmesi İçin Standartlar” raporunu geliştirmiştir (Tablo 2). Bu raporda sağlıklı bir hemşirelik çalışma ortamının sadece hemşirelik personelini işe alma ve elde tutmakla değil, hasta güvenliğini sağlama önemine vurgu yapılmaktadır. Hasta güvenliğini sağlamak isteyen birçok kuruluş önemli derecede çalışma ortamında değişiklikler yapılmasını gerektirmektedir. Hasta güvenliğini sağlamak isteyen birçok kuruluş çalışma ortamında önemli derecede değişiklikler yapılması gerektiğini belirtmiştir (17, 18, 19). Yapılan bir araştırmada sağlıklı bir iş ortamının olmasıyla hemşirelerin sağlığının ve morallerinin iyi olması,

kaliteli hasta sonuçlarını ve kurumun performansını maksimuma çıkarmada bir etken olduğu bulunmuştur gibi olabilir (20). Günümüzde pek çok hasta güvenliği programının başarılı olamamasının nedeni,

gerekli güven ortamının sağlanmamasıdır (18).

Tablo2. Sağlıklı Çalışma Ortamının Oluşturulması ve Geliştirilmesi İçin Standartlar

1. Etkili iletişim	Hemşirelerin klinik becerisi olduğu kadar iletişim becerisinde de yetkin olmalı.
2. Doğru işbirliği	Hemşirelerin doğru işbirliğini sürdürme ve teşvik etme konusunda taviz vermemeli.
3. Etkin karar verme	Hemşireler politika oluşturma, klinik bakımı değerlendirme ve yönetme, kurum işlerinde önderlik etmede işbirliği yapmalı ve değer vermeli
4. Uygun ve Yerinde İstihdam	İstihdam, hemşirelerin yetkinlikleri ve hastaların ihtiyaçları arasında gerçek bir uyum sağlamalı.
5. Doğru tanımlama	Hemşireler çalıştığı kurumun her bir değerinin farkına varmalı ve tanımlamalı
6. Güvenilir liderlik	Lider hemşire sağlıklı çalışma ortamı zorunluluğunu tamamen benimsemeli, doğru şekilde ele almalı ve bu durum başarısında meslektaşlarının ilgisini çekmeli

Kaynak: AACN (2005). Standarts for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments. A Journey To Excellence, pages 13.

Ekip Çalışması ve İşbirliği

Hastaya sunulan sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır (21). Sağlık ekibi, ortak hedefleri bireye kapsamlı, kaliteli, hasta gereksinimlerini dikkate alan sağlık hizmeti vermek olan, iki veya daha fazla klinisyenin (hekim, hemşire, diyetisyen vb.) işbirliği içinde çalıştığı, ortak kararların alındığı, kaynakların ortak

kullanıldığı, koordinasyon ve iletişimin sağlandığı bir birlik olarak tanımlanmaktadır (22, 23).

Hastanelerde sağlık ekibinin tüm eylemleri, hastanın en kısa zamanda sağlığına kavuşturulmasına odaklıdır. Bu nedenle sağlık kurumlarında ekip çalışması hasta güvenliğini geliştirebilir (17). Manser (2009) hasta güvenliği ve ekip çalışmasıyla ilgili araştırmasında olabilir sağlık

hizmetlerinde yaşanan kazalar ve diğer istenmeyen olayların oluşumunda ekip çalışması ve iletişimin önemli bir rolü olduğunu belirtmektedir. Ekip çalışmasının yetersiz olduğu birimlerde tedavi ve tanı işlemlerinde gecikme, hasta hakkında çelişkili bilgilere sahip olma, hizmetin kalitesinin düşmesi gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Manser araştırmaların, kaza ve istenmeyen olayların oluşumunu etkileyen birçok faktörün, klinik beceri eksikliğinden ziyade, ekip çalışması eksikliği ile ilişkili olduğunu gösterdiğini belirtmektedir (23). Uluslararası Birleşik Komisyon'un (Joint Commission International-JCI) 2007 yıllık raporunda, istenmeyen olayların %60 daha fazla birincil kök nedeni olarak ekip çalışması ve işbirliğindeki iletişim hatalarından kaynaklandığını vurgulamıştır (17, 18). Etkisiz iletişim ya da iletişim ile ilgili sorunlar, yanlış anlamalar, bilgi kaybı ve yanlış bilgiye neden olabilmektedir (17). Yapılan araştırmalarda etkin bir ekip çalışmasıyla, hasta bakımında süreklilik sağlanmakta (17, 25) bakımın kalitesi ve hasta güvenliği artmakta (17, 21, 22, 27), maliyet ve hastaların hastanede kalış süreleri azalmakta (22), zamandan kazanç sağlanmaktadır (28). Ayrıca, sağlık çalışanları birbirlerinin rol ve pozisyonlarını daha iyi anladıkları, problemleri daha iyi çözdükleri (17, 26) ekip içindeki sinerjinin, hasta çıktılarına ve çalışanların iş tatmini ve performansına olumlu yansıdığı da bilinmektedir (21,22). Son yıllarda yapılan bir çok çalışma, takım çalışması becerilerini artıran eğitim ve uygulamaların, kurum içinde iletişimi, eşgüdümü, karar verme becerilerini ve hata yönetimini artırdığını ortaya çıkarmıştır (29). Bu araştırmalardan yola çıkarak, hasta güvenliği konusunda ekip çalışması ve iletişim ayrılmaz şekilde bağlantılı olduğundan (13) sağlık alanında ekip çalışması ve ekip içi iletişimi geliştirmek önemli bir ihtiyaç olduğu söyleyebilir (17, 29).

Kanıtı Dayalı Uygulama

Hasta güvenliğinde sürekliliğin ve etkinliğin sağlanmasında önemli desteklerden biri kanıtı dayalı uygulamaların artırılması ile sağlanabilir. Kanıtı dayalı uygulama (KDU), bakım ortamlarında hastalara en iyi bakımı sunabilmek için uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşünü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları bir araya getirmektir (30). Sağlık bakım uygulamalarının kanıtı dayandırılmasında “bakım maliyetinde artış, bakımın sadece %20’sinin kanıtı dayalı olması, hastaların yaşadığı hatalı uygulama kaygısı, hastaların bilgi taleplerinde artış ve sağlık personeline güvenin azalması” konularına dikkat çekilmektedir (31, 32). Bu çerçevede kanıtı dayalı uygulamanın amacı, hastalara mevcut en iyi kaynaklarla etkili sağlık bakımı vermektir (17, 32).

Hemşirelik uygulamalarının kanıtı dayalı olması bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, hasta güvenliğini sağlamak, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini arttırmak gibi sonuçları açısından önemlidir (31).

Kalite Geliştirme

Kaliteli hasta bakımı, hasta güvenliğinin altında koruyucu bir şemsiye olarak görülmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde hasta güvenliği, kaliteli sağlık bakımının elde edilmesinde ayırt edilemez bir olgu olarak yer alır. IOM ilk başta kalite kavramını “sağlık hizmetinin bireylere ve topluma, mevcut mesleki bilgi ile tutarlı ve istenilen sağlık sorunlarına ulaşılacak şekilde sunulması” olarak tanımlamıştır (33,34,35). IOM 2001 yayınladığı ikinci raporunda kalitenin soyut bileşenleri üzerinde yoğunlaşarak kaliteli bakımı; güvenli, etkili, hasta-merkezli, zamanında, verimli ve istenilen sonucu veren bir bakım” biçiminde tanımlamıştır. Bu yüzden hasta güvenliği,

kalitenin bütün yönlerinin üzerine inşa edildiği bir yapıdır (34, 35).

Yapılan bir çalışma kalite geliştirme programlarının hata yapmayı önlediği ve hataları azalttığı saptanmıştır (36). Sağlık kuruluşlarında bütün çalışanların katılımı ile “kalite”, “hasta güvenliği” ve “sürekli iyileştirme” anlayışının kurum kültürü haline getirildiği bir yapıdan söz edilmelidir (37). Kalite; bilgi, beceri ve deneyimden etkilendiğinden, hasta ya da hizmet verilen bireyin gereksinimlerinin karşılanmasında sağlık hizmetinin önemli bir kısmını oluşturan hemşirelerin bilgi, beceri ve deneyimlerden yararlanılması gerekir (38).

Hasta Güvenliği Kültürü

IOM tüm sağlık kurumlarında güvenlik kültürünün oluşmasını desteklemiştir (13, 17) Güvenlik kültürü, kurumun sağlık ve yönetimindeki tarzını ve bu konudaki bağlılığını, şekil ve yetkinliğini belirleyen, bireye ve örgüte ait değerleri, tutumları, algıları, becerileri ve davranış kalıplarıdır (17, 39, 40). Reason (2000)’a göre güvenlik kültürü “kurumlarda davranışsal şekilleri yaratmak için yapılan çalışmalar ve bu kurallar çerçevesinde örgütsel yapılanmanın etkileşim içinde olduğu, ortak değer ve inançları oluşturmaktır” (10). Hasta güvenliği kültürü ise, kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır (41). Gadd ve Collins pozitif güvenlik kültürüne sahip kurumların hata-önleme stratejilerin uygulanmaya çalışıldığı güven ve güvenliğin öneminin ortak olarak algılandığı ve karşılıklı güven ile yönlendirilen iletişimin tanımlandığı ortamlar olduğunu ortaya koymuştur. (17, 39). Dolayısıyla güvenlik kültürü, bireylerin yapılan yanlışlardan öğrenme ve yanlışın yerine doğrusunu yapmalarını sağlayan bir ortam oluşturmaktır (42). Bu çerçevede hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesi (41),

tüm birimlerce de benimsenip, etkin uygulamalarla desteklenmesidir (43).

“Kültür” ve “iklim” birbirinin yerine kullanılabilir. Örgüt iklimi, bireysel ve ekip motivasyonu ve memnuniyeti ile ilgili bireylerin iş çevrelerine ilişkin ne hissettiğini algılarını ve davranışlarının toplam atmosferini ifade eder. Örgüt içindeki iklim, örgüt liderleri ve yöneticilerinin değerleri, tutumları, becerileri, faaliyetleri ve önceliklerine göre değişebilen, örgüt iş ortamı koşulları ile ilgili birtakım algılamaları gösterir(44). Kısaca, çalışanların iş yaparken kendilerini “nasıl hissettikleri” veya iş ortamının “atmosferi”dir(40). Güvenlik iklimi, örgüt kültürünün bir parçasıdır ve hasta güvenliği ile ilgilenen personelin davranışı, tutumu, algılayışı, yapı ve süreç faktörlerinin etkili bir etkileşimi sonucu oluşmaktadır (39). Sağlık alanında hasta güvenliğinin sağlanması için en uygun hasta güvenliği iklimi; liderlik ve yönetim, ekip çalışması, iletişim, personel istihdamı, güvenlik konusunda tutum ve algılar, hatalara verilen tepkiler, gelişmiş güvenlik prosedürleri ve politikaları içerebilir (30).

Örgüt kültürü ve iklimi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği çalışmalarında başarılı olmayı veya başarısızlığı etkileyen önemli bir faktördür. Bu nedenle, hasta güvenliğini geliştirmek için sağlık sisteminde örgüt kültürü ve ikliminin geliştirilmesi önerilmektedir (45). Güvenilir bir sağlık sistemi için hatalarda bireyi hedef alan suçlayıcı kültür yerine, sistemi iyileştirmeyi hedef alan güvenlik kültürü oluşturma önerilmektedir (13).

Hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için yeterli sayıda ve düzenli aralıklarla eğitimler verilmesi gerekmektedir. Sadece kurum çalışanlarına eğitim vermek yeterli değildir, liderleri de eğitmek gerekmektedir (43). Kurum içinde hasta güvenliği kültürünün yerleşmesi için kurum yöneticilerinin çalışanlarını eğitimle desteklemeleri gerekir. Jonathan ve arkadaşları (2003) tarafından hemşirelerle

yapılan odak grup görüşmelerini içeren bir çalışmada hemşireler için katılımcılar tarafından önerilen eğitim konuları şunlardır (46):

- ✓ Etik konular (şeffaflık ve doğruluk)
- ✓ Sağlıkta hatalara önleyici yaklaşım
- ✓ Bireysel ve sistemden kaynaklanan hataların belirlenmesi
- ✓ Hataların raporlanması ve takibi
- ✓ Hatalardan öğrenme
- ✓ Personel istihdamı ve tıbbi hatalar
- ✓ Tıbbi hatalar ve teknoloji
- ✓ Hemşirelik eğitimi

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de hasta güvenliğinin sistem hatalarından kaynaklandığını gösteren araştırmaların sayısı oldukça azdır. Bu çalışmada hasta güvenliği nedir ve hasta güvenliği stratejilerinin neler olabileceği sorularına cevap aranmış ve hemşirelik hizmetlerinin hasta güvenliğinde önemli rol oynadığı vurgulanmaya çalışılmıştır. Çalışmanın genel amacı, hasta güvenliğinin insan hatasından çok sistem hatalarından kaynaklandığını yönündedir. Hasta güvenliği, süreçlerdeki basit hataların, hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmaktır (13). Bu kapsamda insan hatalarına değil, sistem hatalarına ve insanların içinde bulunduğu, insanlarla etkileşen ihtiyaçların karşılanılmasına odaklanmak gereklidir. İnsan hatasına karşı, sistem yaklaşımından kaynaklanan önlenabilir hatalar güvenli çalışma ortamının oluşturulması, etkili takım çalışması ve işbirliği, hasta güvenliği kültürünün kurumsallaştırılması, hasta merkezli bakım verme ve iyileştirmeyi hedefleme ve belirsizliği yönetme amacı ile kanıta dayalı uygulamayı kullanma gibi temel stratejiler sayesinde önlenabilir.

KAYNAKLAR

1. Pronovost P, Weast B, Rosenstein B, Sexton B, Holzmüller CG, Paine L, et al. Implementing and Validating a Comprehensive Unit-Based Safety Program. *Journal of Patient Safety* 2005; 1 (1): 33-40.
2. Baker DP, Day R, Sales E. Teamwork As An Essential Component of High-reliability Organizations. *Health Serv Res* 2006; 41 (4): 1576-98.
3. Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner J, Disch J, Johnson J, Mitchell P, et al. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook* 2007; 55(3):122-131.
4. Adams JL, Garber S. Reducing Medical Malpractice by Targeting Physicians Making Medical Malpractice Payments. *Journal of Empirical Legal Studies* 2007;4:185–222.
5. Akalın EH, Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi* 2005;5(3):141-146.
6. American Organization of Nurse Executives- AONE. Guiding principles for diversity in health care organizations. *Nurse Leader Journal* 2007;5(5):17-24.
7. Dhankhar P, Khan MM, Bagga S. Effect of Medical Malpractice on Resource Use and Mortality of AMI Patients. *Journal of Empirical Legal Studies* 2007;4:163–183.
8. Institute of Medicine-IOM. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety; Keeping Patient Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Washington, DC: National Academy Press; 2004: 31-63.
9. McBride-Henry K, Foureur M. Medication administration errors: understanding the issues. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2006;23 (3):33-41.

10. Reason J. Human errors models and management, education and debate. British Medical Journal 2000; 7237(320):768-70.
11. Anderson DJ, Websters C. A Systems Approach To The Reduction Of Medication Error On The Hospital Ward. Journal of Advanced Nursing 2001;35(1):33-41.
12. Perrow C. Normal Accident: Living With High Risk Tencnologies. 1st ed. New York; Princeton Universty Press, New Jersey 08540 (Online books):1984.p.304-52.
13. Institute of Medicine-IOM. To Err is Human: Building a Safer Health System, Washington Dc: Natioanal Academy Press.2000.p.26-65.
14. Reason JT. Human Error. Cambridge University Press, Cambridge 199:2-40
15. Beyea S. Wake-up-call-standardization is crucial to eliminating medication errors. AORN Journal 2002;75(5): 1010-1013.
16. Türk G, Eşer İ. Hastane ortamında hasta güvenliği ve hemşirelik yaklaşımı. Hastane Yönetim Dergisi 2007;5(6):16-20.
17. Hughes RG. Nurses at the “Sharp End” of Patient Care. In: Hughes RG, editör. Patient Safety and Quality: An Evidence-based Handbook For Nurses. Rockville, MD: Agency for Healtcare Research and Quality; 2008.1-30. AHRQ Publication No. 08-0043.
18. American Association of Critical-Care Nurses-AACN. Standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. American Journal of Critical Care 2005;14:187-197.
19. Vollers D, Hill, E, Roberts C, Dambaugh L, Brenner ZR. AACN’s healthy work environments standarts and an empowering nurse advancement system. Critical Care Nurse 2009; 29(6):20-27.
20. Registered Nurses’ Association of Ontario. Healthy Work Environments Best Practice Guidelines: Professionalism in Nursing. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Forthcoming: Winter). 2008:12-29
21. Clements D, Dault M, Priest A. Effective teamwork in healthcare: research and reality. Healthcare Papers 2007;7:26-34.
22. Tosun N, Akbayrak N. Sağlık ekibi ve ekibin bir üyesi olarak hemşirenin rolü. Sendrom Dergisi 2002;14(1):133-137.
23. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. ACTA Anaesthesiology Scandanavia 2009;53(2):143-151.
24. Joint Commission International. Improving America’s Hospitals: The Joint Commission’s Annual Report on Quality and Safety. 2007.
25. Daniel MO, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG., Patient Safety and Quality: An Evidence-based Handbook For Nurses. Rockville, MD:Agency for Healtcare Research ana Quality; 2008: 1-14. AHRQ Publication No. 08-043.
26. Jones A. Multidisciplinary team working: collaboration and conflict. International Journal of Mental Health Nursing 2006;15(1):19-28.
27. Tong HC, Haing AJ, Theiesen ME, Smith C,Miller Q. Multidisciplinary team evaluation of upper extremity injuries in a single visit: the upper program. Occupation Medicine 2001; 51(4):278–86.
28. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. Medical Education 2001; 35(9):867-875.
29. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in health care facilities. Arch. International Medicine 2002; 162(9):1897-1903.
30. Pape TM. Evidence-Based Nursing Practice: To Infinity and Beyond. The

- Journal of Continuing Education in Nursing 2003; 34(4): 154-163.
31. Jennings BM. Evidence-Based Practice: The Road Best Traveled?. Research in Nursing & Health 2000;23 (5):343-345.
 32. Sidani S, Epstein D, Miranda J. Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. Worldviews on Evidence-Based Nursing 2006; 3(3):116-123.
 33. Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson SM. Patient Safety: Achieving A New Standard for Care. Washington, DC: National Academies Press;2004.p.29-40.
 34. Institute of Medicine-IOM. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century/Committee On Quality Health Care in America. National Academy Press, Washington; 2001;23-66.
 35. Mitchell P. Defining Patient Safety and Quality Care. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-based Handbook For Nurses. Rockville, MD:Agency for Healthcare Research and Quality; 2008;1-6. AHRQ Publication No. 08-0043.
 36. Cooper JB, Blum RH, Carroll JS, Dershwitz M, Feinstein DM, Gaba DM, Morey JC, Singla AK. Differences in Safety Climate Among Hospital Anesthesia Departments and the Effect of a Realistic Simulation-Based Training Program. Anesthesia & Analgesia Journal 2008;106(2):574-84.
 37. Yıldırım Ö, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği. TC. Sağlık Bakanlığı Yayın Organı 2005;15:34-38.
 38. Swansburg RC, Swansburg RJ. Risk Management, "Introductory Management and Leadership for Nurses. (2nd ed.). London; Jones and Barlett Publishers International 1999; 670-77.
 39. Gadd S, Collins AM. Safety culture: a review of the literature, definition of "safety culture" as suggested by ACSNO, Health and Safety Executive 1993:102-25.
 40. Human Engineering. A Review of Safety Culture and Safety Climate Literature for The Development of The Safety Culture Inspection Toolkit, Shore House, Bristol. Health and Safety Executive 2005:3-38.
 41. Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K. Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007;9(1): 519-533.
 42. National Patient Safety Agency-NHS. Seven Steps to Patient Safety, The Full Reference Guide, Second Print August 2004.17-32.
 43. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JB, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC, et al. US and Canadian Physicians Attitudes and Experiences Regarding Disclosing Errors to Patients. Archive International Medicine 2006;166 (15):1605-1611.
 44. Clarke SP. Organizational climate and cultural factors. Annual Review Nursing Research 2006;24:255-272.
 45. Blegen MA, Ginette A, Pepper Joseph R. Safety Climate on Hospital Units: A New Measure. Advances in Patient Safety 2002;4:429-433.
 46. Jonathan B, VanGeest, Deborah, S, Cummins. An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety, National Patient Safety Foundation White Paper Report 3,2003:7-27.