

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü ve bilgi paylaşımı ilişkisi

Yrd. Doç. Dr. Tuba Bozaykut Bük



Lisans eğitimini Boğaziçi Üniversitesinde tamamladı. İşletme yönetimi ve organizasyonu doktorası sonrası ABD'de Northwestern Üniversitesinde misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Dr. Bozaykut Bük, halen Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Drucker'ın yukarıda alıntılan sözleri, hiç şüphesiz sağlık kuruluşları için de geçerli. Günümüz sağlık kuruluşları tanı ve tedavide farklılık yaratacak bilgiyi üretebildikleri oranda gelişirken, sundukları inovatif ürünler ile de rekabet avantajı sağlamaktadır. Bu doğrultuda bilgi, sağlık kuruluşları için önemli bir işletme varlığı haline gelmiştir. Ayrıca sağlık sektörü bilgi yoğun örgütlerden oluşmakta ve bu örgütler; bildirimsel (know-what), teknik (know-how), sosyal (know-who) ve bağlamsal (know-why) bilgi türlerini kullanarak faaliyet göstermektedir (2). Bununla beraber, bilginin etkin kullanımı ve paylaşımı verilen sağlık hizmetinin her aşamasında işlevlerin doğru bir şekilde yerine getirilmesi için büyük önem taşımaktadır. Böylelikle hem geçmiş tıbbi deneyimlerden faydalanılarak gelecekte hata yapma olasılığı azalmakta hem de teşhis ve tedavi sürecinin kalitesi artmaktadır. Kısaca, bilginin doğru bir şekilde paylaşılması, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve sağlık hizmetine yönelik memnuniyeti doğrudan etkilemektedir.

Alanda yapılan çalışmalar, sağlık kuruluşlarında bilgi paylaşımını etkileyen pek çok faktör olduğuna işaret etmektedir. Bu faktörlerin en etkili olanlarından biri de örgüt kültürüdür. Bunun sebebi ise örgüt kültürünün insan davranışlarını biçimlendiren ve yönlendiren bir değişken olmasıdır. İnsan davranışlarını etkileme

özelliği nedeniyle örgüt kültürü, sağlık kuruluşlarındaki bilgi paylaşımına yönelik faaliyetleri olumlu veya olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Örgüt kültürü çalışmalarına referans olan Schein, Örgüt Kültürü ve Liderlik çalışmasında örgüt kültürünü, "bir grubun dışa uyum sağlama ve iç bütünleşme sorunlarını çözmek için oluşturduğu ve geliştirdiği belirli düzen içindeki temel varsayımlar" olarak tanımlar (3). Örgüt kültürünün adeta bir kimlik işlevi üstlendiğini söyleyen Killmann vd.'ne göre ise örgüt kültürü "saklı ama birleştirici, anlam sağlayıcı, yön ve hareket vericidir" (4). Bu tanımlar çerçevesinde kültürün temel amacının sosyal ve normatif bir yapıştırıcı işlevi görerek, örgüt üyelerinin ortak hareket etmesini sağlamak, ortak tutum ve davranışlar geliştirmek olduğu ifade edilebilir (5). Ayrıca kuruluşun iç ve dış çevresindeki değişimler karşısında bir denge işlevi gören örgüt kültürünün, sağlıklı ve tutarlı bir gelişim sürecine ihtiyacı vardır. Bu bağlamda, örgüt kültürünün devamlılığı ve gelişimi ise logo, üniforma, marş, geçmiş hikâyeler gibi bir takım simgesel boyutlarla kültürün benimsenmesi, içselleştirilmesi ve gelecekteki üyelere aktarılmasıyla sağlanır (6).

Kültür-bilgi ilişkisine bakıldığında ise kuruluşa hâkim değerler, inançlar ve tutumların, örgüt içindeki bilgi süreçlerini etkilediği görülmektedir. Özellikle kuru-

"Dünya artık emek yoğun, sermaye yoğun, malzeme yoğun değil, 'bilgi yoğun'dur."
Peter Drucker (1)

luşturulan bilginin neyi ifade ettiği, hangi bilgi türlerine ihtiyaç duyulduğu veya hangi bilgi türlerinin rekabet avantajı sağladığı örgüt kültürü tarafından şekillenen konulardır (5).

Hasta Güvenliği Kültürü ve Bilgi Paylaşımı

Sağlık kuruluşlarında karşılaşılan risklerin iyi yönetilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması oldukça önemlidir. Bu durumun sağlık kuruluşlarına yönelik kültür araştırmalarına yansımaları, çalışmaların çoğunlukla "hasta güvenliği kültürü" kavramı üzerine odaklanması şeklinde olmuştur. Hasta güvenliği "tedavi hatalarının olmaması, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan yaralanma ve advers sonuçlardan sakınılması ve önlenmesi"(7) olarak tanımlanırken, hasta güvenliği kültürü ise hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tutum ve davranışların benimsenmesini ifade etmektedir.

Hasta güvenliği kültürünün gelişmesini sağlayan faktörlere bakıldığında, sağlık kuruluşlarında etkin bir raporlama ve bilgi akışının sağlanması ön plana çıkmaktadır (8). Ayrıca hasta güvenliği kültürü, riskli faaliyetlerin belirlenmesi ve bunlara karşı aksiyon alınması ile tam olarak benimsenebilmektedir (9). Yine kuruluş içi iletişimin güçlü olmasını sağlayacak bir çalışma ortamının yaratılması, hasta güvenliği kültürünün yayılmasını kolaylaştırmaktadır (8). Güçlü

bir iletişim; personelin çekinmeden, meslektaş baskısı ya da üstleri tarafından cezalandırılacağı korkusu olmadan, tüm tıbbi deneyimlerini paylaşmasını ile sağlanabilir. Buna paralel olarak başarı hikâyelerinin üyeler arasında paylaşılması, hem farklı deneyimlerden faydalanılması; hem de motivasyon sağlama açısından oldukça önemlidir.

Bu çerçeveden hareketle güçlü bir hasta güvenliği kültürünün, bilgi paylaşımının desteklenip teşvik edildiği ve hoşgörünün egemen olduğu bir iklim yaratmayı hedeflediği söylenebilir. Ayrıca böyle bir kültürde, sorunun kökenini araştırırken herkesin fikir ve önerilerini çekinmeden sunabilecekleri bir ortam yaratılması da kritik öneme sahiptir. Kısaca güçlü bir hasta güvenliği kültürü, bilgi paylaşımının desteklendiği ve en önemlisi gerekli olduğu bir kültürdür.

Bunun tam tersi olan zayıf güvenlik kültüründe ise kişiler bilgilerini veya hatalarını gizlemeyi tercih eder. Bu kültürde, suçlayıcı tutum ve davranışların baskın olduğu görülürken, böylesi bir atmosferde ideal bir hasta güvenliğinin sağlanması da pek olası değildir. Başka bir deyişle, zayıf güvenlik kültüründe hataların gizlendiği, sorunun kökeninin araştırılmadığı veya hata sebebinin kuruluş dışı faktörlerde arandığı durumlara rastlanır. Bununla beraber, tıbbi hataların uzun vadede azaltılmasına yönelik herhangi bir davranış biçiminin geliştirilmediği de görülebilir.

Zayıf bir hasta güvenliği kültürü aynı zamanda "ceza kültürü" veya "suçlayıcı kültür" gibi bilgi paylaşımını olumsuz etkileyecek diğer kültür tiplerinin gelişmesine de ön ayak olabilmektedir. Söz konusu iki örgüt kültürünün hâkim olduğu çalışma ortamlarında, bireyler olumlu veya olumsuz deneyimlerini paylaştıklarında eleştirilecekleri endişesi taşıyarak sessiz kalmayı tercih ederler. Sessizliğin başrol oynadığı bu tip kuruluşlarda da bilgi paylaşımı zorlaşmaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği yerine bu tip kültürlerin benimsenmesinin önemli bir nedeni de hataların bedelinin diğer sektörlerle kıyaslandığında daha ağır olmasıdır (10). Dolayısıyla ceza kültürünü benimseyen sağlık kuruluşlarına bakıldığında kişilerin, olumsuz deneyimlerini aktarırken karşılaşacakları olası maliyet ve yaptırımları düşünerek temkinli davrandıkları gözlemlenmektedir (11). Yine sağlık kuruluşlarında yapılan hataların hasta veya sistemle ilgili unsurları göz ardı ederek büyük ölçüde doktor, hemşire gibi sağlık personeline yüklenmesi eğilimi, hasta güvenliği kültürünün gelişmesini engelleyebilmektedir (12). Bu doğrultuda, suçlayıcı kültürün egemen olduğu kuruluşlarda, çalışanlar eleştirilme veya cezalandırılma korkusu ile risk



almakta, sorumluluk üstlenmekte ya da hataları bildirmekte isteksiz davranır (13). Hatta bireylerin başarılarını bile eleştirmekten çekindikleri için anlatmadıklarına şahit olunabilir. Yine böyle bir kültürde, bireyler özellikle meslektaşların olumsuz eleştirisi ile karşılaşmaktan veya mesleki yetkinliklerinin sorgulanmasından endişe ederek, deneyimlerini paylaşmaktan kaçınabilmektedir (11).

Son Söz

Etkin bir bilgi akışı veya paylaşımı, hastalıkların tanı ve tedavi sürecinin kalitesini artırarak kuruluşun performansının gelişmesini sağlar. Bu doğrultuda sağlık yöneticilerinin hasta güvenliği kültürünü merkeze koyarak, çalışanların fikirlerini ve deneyimlerini paylaşmakta özgür hissedecekleri bir çalışma ortamı oluşturmaları önerilmektedir. Özellikle ufak bir hatanın bile hasta kaybıyla sonuçlanabileceği düşünüldüğünde, aksine bir kültürün hâkimiyeti hem birey hem de toplum açısından ödenmesi güç faturalara sebep olacaktır. Özetle, sağlık kuruluşlarında bilgi paylaşımını destekleyecek, hasta güvenliği temelli bir örgüt kültürünün oluşturulması ve desteklenmesi tavsiye edilirken, örgüt kültürü ve bilgi paylaşımı etkileşiminin araştırılmaya açık bir alan olduğu da ifade edilmelidir.

Kaynaklar

1) Drucker, P. (1993). *Gelecek İçin Yönetim: 1990'lar ve Sonrası* (Çev.: Fikret İçcan). Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, s. 385.

2) Mansingh, G., Osei-Bryson, K., Reichgelt, H. (2009). *Issues in Knowledge Access, Retrieval and Sharing - Case Studies in a Caribbean Health Sector, Expert Systems with Applications*, 36(2), 2853-2863.

3) Schein, E. H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*, 2nd Edition, San Francisco: Jossey-Bass.

4) Kilmann, R., Saxton, M.J., Serpa, R. (1985). "Introduction: Five Key Issues in Understanding and Changing Culture", in Kilmann, R., Saxton, M.J. and Serpa, R. and Associates (Ed.), *Gaining Control of Corporate Culture*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA, p.11.

5) DeLong, D. W., Fahey, L. (2000). *Diagnosing Cultural Barriers to Knowledge Management*. *Academy of Management Executive*, 14(4), 113-127.

6) Erol E. (2010). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, 7. Baskı, Beta Basım, İstanbul.

7) Naveh, E., Katz-Novan, T., Stern, Z., (2005) *Treatment Errors in Healthcare: A Safety Climate Approach*, *Management Science*, vol.51, No.6, s. 948 (alıntılayan Tak, B. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi*, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, s.76)

8) Altındış, S. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri*, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 17-33.

9) Tak, B. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi*, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 72-113.

10) Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). *Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama*. *Sosyal Bilimler*, 8(1), 1-14.

11) Kim, Y.-M., Newby-Bennett, D., Song, H.-J. (2012). *Knowledge Sharing and Institutionalism in The Healthcare Industry*, *Journal of Knowledge Management*, 16(3), 480-494.

12) Reader, T. W., Flin, R., Meams, K., Cuthbertson, B. H. (2007). *Interdisciplinary Communication in The Intensive Care Unit*, *British Journal of Anaesthesia*, 98(3), 347-52.

13) Gorini, A., Miglioretti, M., Pravettoni, G. (2012). *A New Perspective on Blame Culture: An Experimental Study*, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(3), 671-675.