



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlıkta Kalite Standartları

Hastane Risk Yönetimi Rehberi



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Ankara, 2023



Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Risk Yönetimi Rehberi

Yayın Tarihi: Temmuz 2023
ISBN: 978-975-590-881-6
Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1269

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM)
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Bu kitabın her türlü yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığına aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
E-posta: shgm.kalite@saglik.gov.tr
Web: shgmkalitedb.saglik.gov.tr



Editörler

Doç. Dr. İhsan ATEŞ

Sevil SERİN

Yayına Hazırlayanlar

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Gülay DİNÇ

Sibel BAYRAKTAR

Ayfer ERDOĞAN AYTEKİN

Çağlayan SARIOĞLAN

Çiğdem GÜNAY

Dr. Şule ÖZTÜRK

Gül HAKBİLEN

Hacer ÇİL

Öznur ÖZEN

Şakire ŞAHİNBAŞ

Şerife ENGELÖĞLU

Tayibe Sema KARADUMAN

Uzm. Dr. Sabahat TAŞKIN ERDİN

Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ

Uzm. Hem. Seval ÇİFTÇİ



Katkıda Bulunanlar

Ahmet Buğra DAĞLI

Aykut ÖZKAN

Çağatay KUYUCU

Dr. Bahar TERZİOĞLU

Dr. Levent SONGUR

Dr. Rahime KAÇMAZ

Hasan OZANTÜRK

Hatice ESEN

Hurişah AKSAKAL

Münevver GÜZEL

Suat ÇOBAN

Tayfun AYDOĞAN

Uzm. Dr. Mehmet Erdem ALAGÜNEY

Yasin KESEMEN

Yeşim UYUTAN

Zekiye NİYAZ ÇINAR

Zeynep GEDİK

SHGM Yayın Komisyonu Üyesi

Dr. Gülşen TOPAKTAŞ



Katkıda Bulunan Kurumlar

- Türkiye Cumhuriyeti Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı-İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (İSGGM)
- Türkiye Cumhuriyeti Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı-Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi (ÇASGEM)
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü-Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Dairesi Başkanlığı
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü-Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü- Çalışan Sağlığı Dairesi Başkanlığı
- Kamuda İş Güvenliği Uzmanları Derneği (KİGUDER)

Teşekkür

SKS Hastane Risk Yönetimi Rehberinin hazırlanması sürecinde değerli katkılarından dolayı; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Kamuda İş Güvenliği Uzmanları Derneği ve ülkemizin farklı bölgelerinden çalışmalarımıza destek veren tüm paydaşlarımıza ve çalışma arkadaşlarımıza teşekkür ederiz.



İÇİNDEKİLER

SUNUŞ.....	8
TANIMLAR.....	9
1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİ.....	10
1.1. SKS HASTANEDE RİSK YÖNETİMİ STANDARTLARI.....	10
1.2. SÜREÇLER KAPSAMINDA RİSKLER.....	13
2. HASTANE RİSK YÖNETİMİ ORGANİZASYONU.....	15
2.1. YÖNETİMİN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ YÜKÜMLÜLÜKLERİ.....	15
2.2. HASTANELERDE RİSK YÖNETİMİ KURUMSAL YAPILANMASI.....	16
2.2.1. RİSK YÖNETİM KURULU.....	19
2.2.2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURULU.....	20
2.2.3. İŞ YERİ SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ VEYA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ YÖNETİM BİRİMİ	24
2.2.4. RİSK DEĞERLENDİRME EKİBİ.....	25
3. RİSK YÖNETİMİ EĞİTİMLERİ.....	28
4. RİSK DEĞERLENDİRMESİ.....	30
4.1. TEHLİKELERİN TANIMLANMASI VE RİSKLERİN BELİRLENMESİ.....	31
4.2. RİSK ANALİZİNİN YAPILMASI.....	33
4.3. İYİLEŞTİRİCİ FAALİYET SÜRECİ.....	41
4.4. HASTANE RİSK DEĞERLENDİRME VE EYLEM PLANI.....	42
5. HASTANE RİSK DEĞERLENDİRME VE EYLEM PLANININ YENİLENMESİ.....	51
YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	52
EKLER.....	55



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. SKS Hastane Risk Yönetimi Bölümü Standartları

Tablo 2. Sık Kullanılan Bazı Risk Değerlendirme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Tablo 3. Risk Analizi Yöntemleri ve Sonuç Hesaplama Formülleri

Tablo 4. Hasta Güvenliği İlişkili Olay Bildirim Sayılarının Zaman Aralıklarına Göre Yüzdelerik Dağılımı- Histogram Grafiği Örneği

Tablo 5. Finne Kinney Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (Örnek-1)

Tablo 6. Finne Kinney Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (Örnek-2)

Tablo 7. Finne Kinney Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (Örnek-3)

Tablo 8. Finne Kinney Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (Örnek-4)

Tablo 9. 5x5 (L Tipi) Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (Örnek-1)

Tablo 10. 5x5 (L Tipi) Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (Örnek-2)

Tablo 11. Hatanın Zaman İçinde Gerçekleşme Derecesi

Tablo 12. Hatanın Gerçekleşmesi Durumunda Şiddet Derecesi

Tablo 13. Hatanın Zarar Vermeden Önce Tespit Edilme (Keşfedilme) Derecesi

Tablo 14. HTEA Risk Öncelik Değeri Değerlendirme Tablosu

Tablo 15. Olasılık Derecelendirme

Tablo 16. Şiddet Derecelendirme

Tablo 17. 5x5 L Tipi Matris Değerlendirmesi



Tablo 18. 5x5 L Tipi Matris Değerlendirme Sonuç ve Eylem Tablosu

Tablo 19. Frekans (Maruziyet) Skalası (Tehlikeye maruz kalma sıklığı)

Tablo 20. Olasılık Skalası (zarar veya hasarın zaman içinde gerçekleşme olasılığı)

Tablo 21. Şiddet Skalası (tehlikenin gerçekleşmesi halinde insan, işyeri ve çevre üzerinde oluşturacağı zarar veya hasarın şiddeti)

Tablo 22. Risk Düzeyine Göre Fine Kinney Risk Puanı, Karar ve Eylemi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hastane Risk Değerlendirme Süreci

Şekil 2. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu ile Risk Yönetim Kurulu Çalışma Yöntemleri

Şekil 3. Risk Yönetimi Süreçlerine Genel Bakış

Şekil 4. Kök-Neden Analizi: Balık Kılıcı Örneği

Şekil 5. A Hastanesine Ait Hasta Güvenliği İlişkili İstenmeyen Olay Bildirim Sayılarının Zaman Aralıklarına Göre Dağılımı -Histogram Grafiği Örneği

Şekil 6. Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı



SUNUŞ

Ülkemizde sağlıkta kalite çalışmaları Bakanlığımız bünyesinde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılmıştır. Program kapsamında kurulmuş olan Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı; ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşlarda, hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması, aynı zamanda etkin, etkili, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde hizmet sunulmasıdır. Ulusal sağlıkta kalite sistemi kapsamındaki faaliyetler, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler ve ülke sağlık politikaları ile öncelikleri esas alınarak, paydaşların ve kullanıcıların görüşleri alınarak yürütülmektedir.

SKS kapsamında birçok hizmet alanı için standart setleri geliştirilmiştir. Setlerin bölümleriyle ilgili olarak ihtiyaç duyulduğunda; konunun sağlık kurumları tarafından daha iyi anlaşılması, ortak bir dil kullanılarak uygulama birliğinin sağlanması ve uygulayıcılara yol göstermesi amacıyla SKS rehberleri yayımlanmaktadır. SKS Hastane ve Bakanlığımızca hazırlanan çeşitli yardımcı rehberler, yöneticiler de dahil olmak üzere tüm kullanıcılar için kalite yönetiminin tüm esaslarını içinde barındıran önemli kaynakları oluşturmaktadır.

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'nin temel amacı olan hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması konusundaki kalite standartlarının önemli bir bölümü SKS Hastane Risk Yönetimi Bölümünde düzenlenmiştir. SKS Hastane Risk Yönetimi Bölümü; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, kurum, ekipman ve çevreyi etkileyebilecek risklerin belirlenmesi, risklerle kaynağında mücadele edilerek yok edilmesi, bu mümkün değil ise kabul edilebilir seviyeye indirilmesini amaçlamaktadır. Her kurumun riskleri farklı olduğu gibi bu risklerle başa çıkma yöntemleri de farklıdır.

Bu rehber, SKS Risk Yönetimi Bölümü standartları ve iş sağlığı ve güvenliği mevzuatının bir arada nasıl uygulanacağını tanımlamak ve kurum içi uygulamalarda bütünlük sağlayarak hastanelere risk yönetimi çalışmalarında yol göstermek amacı ile hazırlanmıştır. Hastanede risk yönetimiyle ilgili birimlerin koordinasyonunun sağlanması, mükerrer uygulamaların önüne geçerek işgücünün verimli kullanılmasını sağlayacaktır. Başarılı bir risk yönetimi, ancak yönetimin desteği ve tüm çalışanların risk yönetimi felsefesini benimseyerek uygulaması ile mümkün olur.

Rehberin hazırlanmasına katkı sağlayan başta Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı olmak üzere tüm paydaşlarımıza ve sahadaki çalışma arkadaşlarıma teşekkür eder; ülkemiz sağlık sistemi, sağlık çalışanlarımız ve hastalarımız için faydalı olmasını temenni ederim.

Doç. Dr. İhsan ATEŞ
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü



TANIMLAR

Çalışan Temsilcisi: İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalara katılma, çalışmalarını izleme, tedbir alınmasını isteme, tekliflerde bulunma ve benzeri konularda çalışanları temsil etmeye yetkili çalışandır.

İstenmeyen Olay: Hasta ve çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil) güvenliğini tehdit eden, ramak kala (gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen) veya gerçekleşen olayı ifade eder.

İş Güvenliği Uzmanı: İş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş, iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip, bakanlık ve ilgili kuruluşlarında çalışma hayatını denetleyen müfettişler ile mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakültelerin mezunları ile teknik elemanını ifade etmektedir.

İşveren/İşveren Vekili: Çalışan istihdam eden gerçek veya tüzel kişi yahut tüzel kişiliği olmayan kurum ve kuruluşlarını ifade etmektedir.

İşyeri Hekimi: İş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş, işyeri hekimliği belgesine sahip hekimini ifade etmektedir.

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi (İSGB): İşyerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütmek üzere kurulan, gerekli donanım ve personele sahip olan birimdir.

Mesul Müdür: Özel hastanelerin tıbbi, idari ve teknik hizmetlerini yürütmekle sorumlu kişidir.

Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi (OSGB): Kamu kurum ve kuruluşları, organize sanayi bölgeleri ile Türk Ticaret Kanununa göre faaliyet gösteren şirketler tarafından, işyerlerine iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunmak üzere kurulan gerekli donanım ve personele sahip olan ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca yetkilendirilen birimdir.

Risk: Tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma veya başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimalidir.

Tehlike: Hastanede var olan veya dışarıdan gelebilecek; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, hastane ve hastane ekipmanını etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyelidir.



1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİ

Sağlık kuruluşları insan sağlığı gibi önemli bir hizmetin sunucusu olup kaliteli ve güvenli bir ortam oluşturmayı hedefler. Hastaneler hizmetin çeşitliliği sebebiyle birçok riski içerisinde barındırmaktadır. Bu nedenle etkin bir kurumsal risk yönetimine ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışana yönelik risk yönetimi, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği hükümlerine göre uygulanmaktadır. İlgili mevzuat gereği sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışana yönelik risklerin yönetilmesi ve çalışan güvenliğinin sağlanması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde riskler hem etkiledikleri gruplar hem de sebepleri nedeniyle çok çeşitlidir. Bu nedenle SKS, risk yönetimi sürecini bütüncül bir anlayışla ele almaktadır.

1.1. SKS HASTANEDE RİSK YÖNETİMİ STANDARTLARI

Risk yönetimi konusu SKS'nin risk yönetimi bölümünde düzenlenmiş olsa da, aslında SKS'nin birçok bölümünde risk yönetimi kapsamında değerlendirilebilecek standart ve değerlendirme ölçütleri mevcuttur. Örneğin, Afet ve Acil Durum Yönetimi Bölümü, Tesis Yönetimi Bölümü vb.

SKS Hastane (6.1) Risk Yönetimi Bölümü; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil), kurum, ekipman ve çevreyi olumsuz etkileyebilecek risklerin belirlenmesi, risklerle kaynağında mücadele edilerek yok edilmesi, bu mümkün değil ise kabul edilebilir seviyeye indirilmesi amacı ile hazırlanmıştır.

Bu amaca uygun olarak belirlenmiş olan standartlar Tablo 1'de gösterilmektedir.



* Tablo 1. SKS Hastane Risk Yönetimi Bölümü Standartları

RİSK YÖNETİMİ				
Amaç	Hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil), kurum, ekipman ve çevreyi olumsuz etkileyebilecek risklerin belirlenmesi, risklerle kaynağında mücadele edilerek yok edilmesi, bu mümkün değil ise kabul edilebilir seviyeye indirilmesidir.			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KRY01 ÇEKİRDEK	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	KRY01.01	Hastane risk yönetim kurulu oluşturulmalıdır.	50
		KRY01.02	Risk yönetim kurulunun sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
		KRY01.03	Risk yönetimi çalışmalarının aktif olarak yürütülmesi ve raporlanmasına yönelik görev ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
		KRY01.04	Risk yönetimi çalışmaları, kalite yönetim birimi, ilgili komite, kurul ve birimlerle (iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili birimler, hasta güvenliği komitesi gibi) koordineli şekilde yürütülmelidir.	
		KRY01.05	Bölmelerde gerçekleştirilen risk yönetimi çalışmalarına ilgili bölüm kalite sorumluları ve çalışanları dahil edilmelidir.	
KRY02 ÇEKİRDEK	Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	KRY02.01	Risk yönetimi, çalışanlar ile hasta, hasta yakını ve ziyaretçilere yönelik asgari aşağıdaki hususlar kapsamında ele alınmalıdır: o Tıbbi hizmetler o Yönetimsel hizmetler o Tesis güvenliği o Çevre güvenliği o İş sağlığı ve güvenliği	50
		KRY02.02	Risk yönetimi; fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal ve sunulan hizmetlere ilişkin tüm riskleri içermelidir.	
		KRY02.03	Risk yönetimi süreci asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:	



			<ul style="list-style-type: none">o Amaç ve hedeflero Kapsamo Risk yönetimi kurumsal yapısının oluşturulmasıo Kurulların çalışma esaslarıo Kurul üyeleri ve risk değerlendirme ekibinin eğitilmesio Risk değerlendirme süreci	
KRY03 ÇEKİRDEK	Hastane risk değerlendirme ve eylem planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	KRY03.01	Hastanede risk değerlendirme çalışmasını yapmak üzere risk değerlendirme ekibi oluşturulmalı, ekibin çalışma usul ve esasları ile sorumlulukları tanımlanmalıdır.	50
		KRY03.02	Hastane risk değerlendirme ve eylem planı; SKS risk değerlendirme ve eylem planı ile İSG risk değerlendirmesi olmak üzere iki ayrı doküman şeklinde hazırlanmalıdır.	
		KRY03.03	Risk analizi yöntemi veya yöntemleri belirlenmelidir.	
		KRY03.04	Risk değerlendirme ekibi tarafından, ilgili bölüm sorumluları ve çalışanlarının katılımı ile bölüm veya süreç bazında tehlikeler tanımlanmalı ve riskler belirlenmelidir.	
		KRY03.05	Mevcut durum ve tedbirler dikkate alınarak riskler analiz edilmeli ve risk düzeyleri belirlenmelidir.	
		KRY03.06	Risklere yönelik yapılması gereken düzeltici ve iyileştirici faaliyetler, faaliyet sorumluları ve hedeflenen gerçekleştirme tarihleri tanımlanmalıdır.	
KRY04 ÇEKİRDEK	Hastane risk değerlendirme ve eylem planı doğrultusunda belirlenen iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmelidir.			50
KRY05	Hastane risk değerlendirmesi en geç iki yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir. Rehberlik: Belirlenen aralıklar dışında risk değerlendirmesinin tamamen veya kısmen güncellenmesi gerekliliğine ilişkin örnekler: <ul style="list-style-type: none">o Hastanenin taşınması veya binalarda değişiklik yapılmasıo Hastanede uygulanan teknoloji, kullanılan madde ve ekipmanlarda değişiklikler yapılmasıo İş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olayın meydana gelmesio Hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen bir olayın meydana gelmesio Hasta bakım süreçlerinde meydana gelen önemli değişikliklero Çalışma ortamına ait sınır değerlere ilişkin bir mevzuat değişikliği olmasıo Çalışma ortamı ölçümü ve sağlık gözetimi sonuçlarına göre gerekli görülmesio Hastane dışından kaynaklanan ve hastaneyi etkileyebilecek yeni bir tehlikenin ortaya çıkması			40
KRY06	Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin etkinliği ve sürekliliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.			30

*SKS Hastane Seti revizyon çalışması kapsamında hazırlanan "Risk Yönetimi Bölümü" taslağıdır.



1.2. SÜREÇLER KAPSAMINDA RİSKLER

Hastanelerde risklerin yukarıda bahsedilen tüm süreçleri kapsayacak şekilde değerlendirilmesi amacıyla SKS Hastane Risk Yönetimi bölümünde yer alan KRY02 standardı düzenlenmiştir.

“KRY02 Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.

KRY02.01 Risk yönetimi; hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve çalışanlara yönelik asgari aşağıdaki hususlar kapsamında ele alınmalıdır:

- o Tıbbi hizmetler*
- o Yönetimsel hizmetler*
- o Tesis güvenliği*
- o Çevre güvenliği*
- o İş sağlığı ve güvenliği”*

Değerlendirme ölçütünde bahsedilen hususlar değerlendirmede yol gösterici olması için **asgari** olarak belirlenmiş olup risk değerlendirme ekibi farklı başlıklar da ekleyebilir. Değerlendirme ölçütünde belirtilen hususlara aşağıda örnekler verilmiştir.

• Tıbbi Hizmetler

- Hizmete erişim ile ilgili riskler (internet sayfasında yer alan yanlış adres, randevu alınırken yaşanan hastane kaynaklı aksaklıklar v.b.)
- Hasta kabul süreci ile ilgili riskler (kimlik bilgilerinin eksik veya hatalı girilmesi, kimlik doğrulamanın yapılmaması, yanlış polikliniğe yönlendirilme, hasta yatışında yaşanan sorunlar, sahte kimlikli hasta kabulü v.b.)
- Tanı süreci ile ilgili riskler (hasta tetkiklerinin karışması, tetkik süreçlerine ilişkin hatalar, hatalı tanı girilmesi v.b.)
- Tedavi ve rehabilitasyon süreci ile ilgili riskler (hastanın kliniğine özgü riskler, ilaç uygulama hataları, bakım sürecine ilişkin hatalar, hasta düşmeleri, hastalara takılan yüksek riskli kateterlerin yanlış kullanımı, cerrahi süreç hataları, hasta devrinde hastanın bilgilerinin eksik aktarılması, kurum içi konsültasyon istem sürecindeki aksaklıklar v.b.)
- Takip ve taburculuk süreci ile ilgili riskler (hasta takibinde yaşanan erişim sorunları, hasta ve hasta yakınına taburculuk eğitiminin eksik verilmesi v.b.)
- Tıbbi kayıt ve arşiv süreci ile ilgili riskler (hasta kayıtlarına ulaşılamaması, eksik kayıt, arşiv hataları v.b.)



• **Yönetmelik Hizmetler**

- İdari süreç ile ilgili riskler (personel eksikliği, hasta ve çalışan geri bildirimlerinde olumsuz sonuçlar v.b.)
- Finansal süreç riskleri (israf, gereksiz malzeme kullanımı, hizmet alımı kapsamındaki gecikme v.b.)
- İtibar yönetimi (sosyal sorumluluk projelerindeki yetersizlik v.b.)
- Paydaşlarla (112 acil sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik kurumu, il sağlık müdürlüğü, aile sağlığı merkezi, tedarikçi, belediye, sosyal hizmet sunucusu v.b.) iletişim süreçlerine yönelik riskler
- Bilgi yönetimi süreci riskleri (kişisel verilerin güvenliğinin ihlal edilerek, hasta sonucunun uygunsuz şekilde verilmesi v.b.)

• **Tesis Güvenliği**

- Tesis ile ilgili riskler (tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik önlem alınmaması, acil çıkışlara yönelik yapılmayan düzenlemeler, asansörlerin tescil ve bakım sürecindeki aksaklıklar, acil çıkış kapısı veya yangın çıkışının önünde engel bulunması v.b.)
- Atık yönetimi sürecindeki riskler (uygunsuz toplama, taşıma v.b.)
- Tıbbi cihaz ve malzeme yönetimi süreci riskleri (bakım ve kalibrasyon eksikliğinden kaynaklanan hatalar, yetersiz malzeme riski, cihaz arızası kaynaklı hasta mağduriyeti, hemşire çağrı zili çalışmaması v.b.)
- Diğer cihaz ve malzemelerin yönetim süreci riskleri (düzenli yapılması gereken bakım-onarımlarda aksaklıklar, pencerelerin yarı açılabilir özellikte olmaması, prizlerde çocuk koruyucu bulunmaması sonucu elektrik çarpması, hasta odalarındaki malzeme ve cihazların arızası v.b.)

• **Çevre Güvenliği**

- Hava kirliliği oluşturabilecek unsurlar (radyoaktif atıklardan kaynaklanan çevre zararı v.b.)
- Atıkların çevreye zarar vermesi (uygunsuz depolama v.b.)
- Çevreden hastaneye gelecek zararlar (hastane yakınında kirli su kaynağı, hava kirliliği veya gürültüye sebep olan iş yeri v.b.)
- Tehlikeli atıklardan oluşabilecek zararlar (kimyasal atıkların oluşturduğu maruziyet v.b.)



• İş Sağlığı ve Güvenliği

- Fiziksel risk etmenleri; gürültü, titreşim, termal konfor şartları (aydınlıkta, havalandırma, nem v.b.), ışık, radyasyon, basınç farklılıkları, toz gibi etkenlere maruziyet
- Kimyasal risk etmenleri; çözücüler (solventler), metaller, gazlar, asit ve alkaliler, pestisidler gibi etkenlere maruziyet
- Biyolojik risk etmenleri; bakteriler, virüsler, mantarlar, parazitler, böcekler gibi etkenlere ve bunlarla temas etmiş enfekte materyale maruziyet
- Psikososyal risk etmenleri; mobbing, şiddet, tükenmişlik, stres, yoğun çalışma v.b.
- Ergonomik risk etmenleri; uzun süreli ayakta veya oturarak çalışma, bilgisayar, monitör, çalışma koltuğu gibi cihaz/eşyaların postüre uygun özellik ve pozisyonda olmaması, ağır yük taşıma, eğilerek çalışma v.b.

2. HASTANE RİSK YÖNETİMİ ORGANİZASYONU

Sağlık hizmetlerinde risk yönetimi organizasyonu, etkin bir risk yönetimi için önem arz etmektedir. Etkin bir risk yönetiminin sağlanması için;

- Tüm personelin sürece dahil edilmesi,
- Görevlerin uygun şekilde dağıtılması ve görevlilerin koordinasyonu,
- Aksiyon noktalarının tanımlanmasını sağlayacak bir kurumsal yapılanma gereklidir.

Bu yapılanma çerçevesinde başta üst yönetim olmak üzere, ilgili sorumluların ve tüm personelin etkin katılımı ile temel yapı kurulmuş olacaktır.

2.1. YÖNETİMİN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

İş sağlığı ve güvenliği mevzuatına göre işveren/işveren vekili, çalışanların işle ilgili güvenliğini ve sağlığını sağlamakla yükümlüdür. Bu yükümlülük gereği iş sağlığı ve güvenliği kapsamında ilgili mevzuatta belirtilen görevleri yapar veya yaptırır. İşveren adına bu görevi hastanelerde başhekim veya başhekim tarafından iş sağlığı ve güvenliği konularında hizmetlerin yürütülmesi için görevlendirilmiş başhekim yardımcısı yapar. Özel hastanelerde bu görevi mesul müdür yürütür.



Hastanede iş sağlığı ve güvenliğine verilen önemin anlatılması amacıyla, iş sağlığı ve güvenliği politikası oluşturulmalı ve yönetimce bu politikanın uygulanacağı taahhüt edilmelidir. Oluşturulmuş olan bu politika ve taahhüt, hastanelerde yapılacak tüm

çalışmalarda uygulanmak üzere belirlenmeli ve tüm çalışanlara duyurulmalıdır. Belirli aralıklarla gözden geçirilen ve uygulanması kontrol edilen hususlar veya politikalar, gerektiğinde güncellenmeli ve sürekli ihtiyacı karşılayacak şekilde olmalıdır.

Yönetimin iş sağlığı ve güvenliği konusunda ortaya koyduğu taahhüdün yararları aşağıda belirtilmiştir:

- Hastanelerin tüm uygulamalarında iş sağlığı ve güvenliği ana unsurlardan biri olarak ele alınacak, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği daha kolay benimsemesi sağlanacaktır
- Hastane genelinde iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları kolaylaşacaktır
- İzlenecek strateji ve hedeflerin belirlenmesi sağlanacaktır
- Çalışmalarda ortaya çıkan sonuçlara göre yeni tedbirlerin alınması hızlanacaktır.

Başhekimlik tarafından oluşturulan iş sağlığı ve güvenliği politikası, tüm çalışma alanını kapsayacak şekilde taraflara duyurulmalıdır. Bu kapsamda uygulanacak olan politika, hastaneler dahilinde faaliyette olan diğer işletmeleri de (kantin, restoran, berber v.b.) kapsayacak şekilde hazırlanmalı ve uygulanması sağlanmalıdır. Böylece sağlık kuruluşu dahilindeki tüm işyerlerinde aynı iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları hayata geçirilecek ve hastanede bulunan tüm insanlar korunmuş olacaktır.

2.2. HASTANELERDE RİSK YÖNETİMİ KURUMSAL YAPILANMASI

Yönetim tarafından alınan her türlü stratejik karar risk yönetimi süreç planlamasının bir parçasıdır. Bütüncül risk yönetim sürecine geçiş bir değişim süreci olduğundan, hastanenin iyi tanınması, vizyon, misyon ve hedefleri ile tutarlı planlamalar yapılması sürecin başarısında kritik öneme sahiptir.

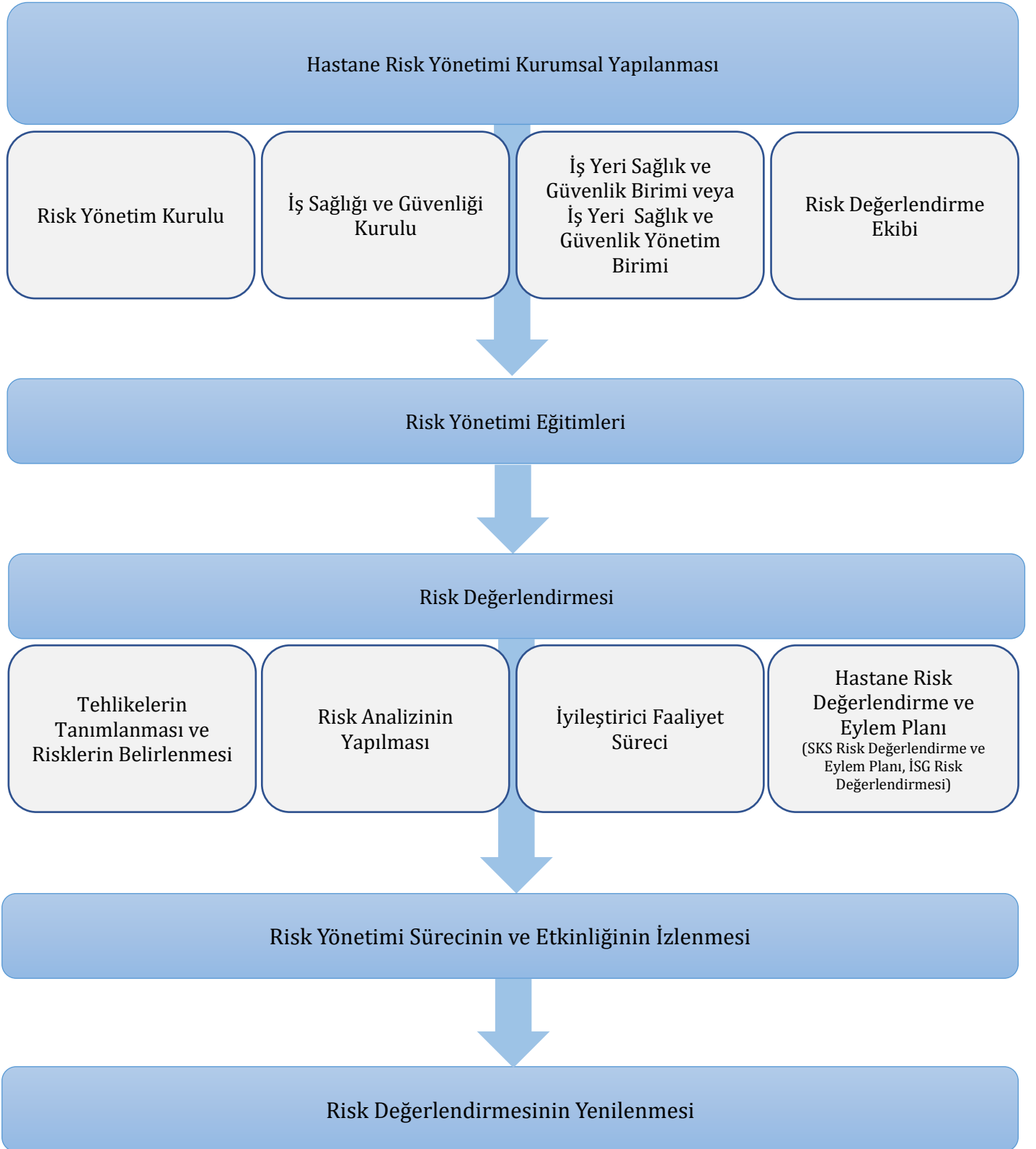
Etkin bir risk yönetimi, tüm çalışanların risk yönetimi felsefesini anlayarak uygulaması ile mümkün olabilir. Sürecin etkin yönetilebilmesi için tüm pozisyonlara ait görev, yetki ve sorumluluklar net bir şekilde belirlenerek çalışanlara bildirilmeli ve çalışanlar da üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidir.



Risk yönetimi yapılanmasında yer alması gereken kurumsal unsurlar aşağıda belirtilmiştir:

- Risk Yönetim Kurulu
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu
- İş Yeri Sağlık ve Güvenlik Birimi veya İş Yeri Sağlık ve Güvenlik Yönetim Birimi
- Risk Değerlendirme Ekibi

Hastanelerde sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturmak için risk yönetimi kurumsal yapılanmasında yer alan **bütün unsurların sürece dahil edilmesi ve birlikte çalışması** gerekmektedir.



Şekil 1. Hastane Risk Yönetimi Süreci



2.2.1. RİSK YÖNETİM KURULU

Hastanelerde risk yönetiminin bir bütün olarak ele alınması amacıyla risk yönetim kurulu yapılanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yapı sayesinde, SKS risk yönetimi standartları ve İSG mevzuatının gereklilikleri tek bir çatı altında toplanarak uygulamada bütünlük sağlanmış olacaktır.

Bu kapsamda; hastanenin büyüklüğüne, hizmet çeşitliliğine, işleyişine ve organizasyon şemasına göre “Risk Yönetim Kurulu” oluşturularak üyeler belirlenir. Risk yönetim kurulu, sağlık kuruluşunun yapısına uygun olarak asgari aşağıdaki üyelerden oluşturulur:

- Kurul başkanı (başhekim veya başhekim tarafından görevlendirilmiş başhekim yardımcısı, özel hastaneler için mesul müdür.)
- Kalite yönetim sorumlusu
- Eğitim komitesi başkanı
- Enfeksiyon kontrol komitesi başkanı
- Tesis güvenliği komitesi başkanı
- Hasta güvenliği komitesi başkanı
- Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi başkanı (bulunması halinde)
- Radyasyon güvenliğinden sorumlu personel
- Sağlık bakım hizmetlerinden sorumlu yönetici
- İdari ve mali hizmetlerden sorumlu yönetici
- Destek hizmetlerinden sorumlu yönetici (bulunması halinde)
- Teknik hizmetlerden sorumlu yönetici (bulunması halinde)
- Sivil savunma uzmanı / sivil savunma amiri
- İş güvenliği uzmanı (bulunması halinde)
- İşyeri sağlık ve güvenlik birim sorumlusu
- İşyeri hekimi (bulunması halinde)
- Hasta haklarından sorumlu birim temsilcisi
- Çalışan haklarından sorumlu birim temsilcisi
- Çalışan baş temsilcisi

Risk Yönetim Kurulu Görev ve Sorumlulukları

Risk yönetim kurulunun asgari görev ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir:

- Risk yönetimine yönelik politika, strateji ve ana hedefleri belirlemek



- Risk yönetim süreçlerini gözden geçirmek
- Risk değerlendirme ekibi tarafından hazırlanan risk değerlendirme ve eylem planını incelemek
- İyileştirme sağlanamayan alan ve süreçleri gözden geçirmek, belirlenen iyileştirici faaliyetlerle ilgili uygulamada yaşanan sıkıntılara yönelik gerekli tedbirleri almak, (örneğin, kullanılması gereken kişisel koruyucu donanım ve malzemelerin tedarik sürecindeki aksamalar gibi)
- Görev alanı ile ilgili eğitim faaliyetlerini belirlemek
- Yıl içinde yapılan çalışmalarını değerlendirmek, değerlendirme sonucuna göre bir sonraki yılın çalışma programında yer alacak hususları belirlemek
- Başhekimine sunulmak üzere yıllık rapor hazırlamak

Risk yönetim kurulu başkanının, aynı zamanda İSG kurulu başkanı olması yani hastanenin başhekimini, mesul müdürü veya İSG hizmetlerini yürüten başhekim yardımcısı olması risk yönetimi çalışmalarının bütünlüğü için faydalı olacaktır.

Risk yönetim kurulu toplantılarının koordinasyonu, izlenmesi ve kurul toplantılarının sekretarya işlerinin yürütülmesini sağlamak üzere risk yönetim kurulu sekretaryası tanımlanmalıdır. Sekretarya, kurul başkanınca kurul üyeleri arasından belirlenir. Toplantının gündemi, yeri, günü ve saati önceden belirlenerek sekretarya tarafından kurul üyelerine duyurulmalıdır.

Risk yönetim kurulu yılda en az iki kez toplanmalı, gerektiğinde bu süreyi beklemeden olağanüstü toplantılar yapılmalıdır. Zorunlu haller dışında toplantıya tam katılım sağlanmalıdır.

Kurulun gündemi önem sırasına göre belirlenmelidir. Her toplantıda, önceki toplantıya ilişkin kararlar ve bunlarla ilgili uygulamalar hakkında kurula gerekli bilgi verilerek gündeme geçilmelidir. Toplantıda alınan kurul kararlarının kayıtları sekretarya tarafından tutularak alınan kararlar başhekimine sunulmalıdır.

2.2.2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURULU

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Madde 22 – (1)'de; *“Elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde işveren, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturur. İşveren, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygun kurul kararlarını uygular.”* ifadesi yer almaktadır. Kurulun oluşumuna yönelik olarak, görev, yetki ve sorumlulukları, kurul üyelerinin eğitimleri ve benzeri hususlar İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik'te belirtilmiştir.



İlgili yönetmelikte iş sağlığı ve güvenliği kurulunun aşağıda belirtilen üyelerden oluşacağı ifade edilmiştir:

- İşveren veya işveren vekili
- İş güvenliği uzmanı
- İşyeri hekimi
- İnsan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir kişi
- Bulunması halinde sivil savunma uzmanı
- Bulunması halinde formen, ustabaşı veya usta
- Çalışan temsilcisi, işyerinde birden çok çalışan temsilcisi olması halinde baş temsilci

Kurulun başkanı işveren veya işveren vekili, kurulun sekreteri ise iş güvenliği uzmanıdır. İş güvenliği uzmanının tam zamanlı çalışma zorunluluğu olmadığı işyerlerinde ise kurul sekreteryası; insan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir kişi tarafından yürütülür.

Mevzuat hükmüne göre 50 ve daha fazla çalışanın bulunduğu hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği (İSG) Kurulu oluşturulması zorunludur. 50'nin altında çalışanı bulunan hastaneler için İSG Kurulu oluşturulması zorunlu olmayıp, çalışanın sağlığı ve güvenliği ile ilgili iş ve işlemler SKS Hastane'de belirtildiği üzere çalışan güvenliği komitesi tarafından yürütülmelidir. Bünyesinde İSG Kurulu olan hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi kurulmasına gerek yoktur.

Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesine ilişkin KKY08 kodlu standart aşağıda belirtilmiştir:

**** "KKY08 Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi bulunmalıdır.**

Rehberlik: Komite; bünyesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu bulunmayan hastanelerde oluşturulmalıdır.

KKY08.01 *Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:*

o Çalışana yönelik risk değerlendirmesi çalışmalarının takibi

o Çalışan güvenliğine yönelik tespit edilen risklere yönelik iyileştirme faaliyetlerinin takibi

o Sağlık gözetimi programının hazırlanması ve takibi



*o Özellikle durumu olan personelin (gebe, emziren, engelli, kronik hastalık gibi) sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemelerin yapılmasının sağlanması ve takibi.
o Çalışan geri bildirimlerinin (öneri, şikayet gibi) ve anket sonuçlarının değerlendirilmesi
o Çalışan geri bildirimleri ve anket sonuçlarına göre gerekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılması”*

**SKS Hastane seti revizyon çalışması kapsamında hazırlanan standart taslağıdır.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu Görev ve Sorumlulukları

İş sağlığı ve güvenliği kurulu görev ve sorumlulukları ilgili mevzuatta belirtildiği şekilde aşağıdaki başlıklarda ifade edilmiştir:

- İşyerinin niteliğine uygun bir iş sağlığı ve güvenliği iç yönerge taslağı hazırlamak, işverenin veya işveren vekilinin onayına sunmak ve yönergenin uygulanmasını izlemek, izleme sonuçlarını rapor haline getirip alınması gereken tedbirleri belirlemek ve kurul gündemine almak
- İş sağlığı ve güvenliği konularında o işyerinde çalışanlara yol göstermek
- İşyerinde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin tehlikeleri ve önlemleri değerlendirmek, tedbirleri belirlemek, işveren veya işveren vekiline bildirimde bulunmak
- İşyerinde meydana gelen iş kazası ve iş kazası olarak değerlendirilmeyen ancak işyeri veya iş ekipmanının zarara uğratma potansiyeli olan olaylar ile meslek hastalıklarını işveren veya işveren vekiline bildirmek
- İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bir tehlike halinde gerekli araştırma ve incelemeyi yapmak, alınması gereken tedbirleri bir raporla tespit ederek işveren veya işveren vekiline vermek
- İşyerinde iş sağlığı ve güvenliği eğitimini ve öğretimini planlamak, bu konu ve kurullarla ilgili programları hazırlamak, işveren veya işveren vekilinin onayına sunmak ve bu programların uygulanmasını izlemek ve eksiklik görülmesi halinde geri bildirimde bulunmak
- İşyerinde yapılacak bakım ve onarım çalışmalarında gerekli güvenlik tedbirlerini planlamak ve bu tedbirlerin uygulamalarını kontrol etmek
- İşyerinde yangın, doğal afet, sabotaj ve benzeri tehlikeler için alınan tedbirlerin yeterliliğini ve ekiplerin çalışmalarını izlemek
- İşyerinin iş sağlığı ve güvenliği durumuyla ilgili yıllık bir rapor hazırlamak, o yılki çalışmaları değerlendirmek, elde edilen tecrübeye göre ertesi yılın çalışma



programında yer alacak hususları değerlendirerek belirlemek ve işverene teklifte bulunmak

- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 13. maddesinde belirtilen çalışmaktan kaçınma hakkı talepleri ile ilgili acilen toplanarak karar vermek
- İşyerinde teknoloji, iş organizasyonu, çalışma şartları, sosyal ilişkiler ve çalışma ortamı ile ilgili faktörlerin etkilerini kapsayan tutarlı ve genel bir önleme politikası geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmak

Hastaneler; çalışan sayıları, hizmet binaları ve hizmet sunum alanları açısından farklı yapılanmalar gösterebilmektedir. Bu nedenle, çalışmaların verimli ve hızlı bir şekilde ilerlemesi amacı ile yerleşke veya faaliyet bazlı olarak farklı İSG kurul yapılanmalarına gidilebilmektedir. Bu kapsamda, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 2020 de yayımlanmış olan, Kamu Hastanelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama Rehberi'nde konu ile ilgili aşağıdaki örnekler verilmiştir:

“Örnek; aynı kampüs yerleşkesinde yaklaşık 750 çalışan, 7 ana hizmet birimi ile faaliyetlerini sürdüren bir hastane olduğunu varsayalım. Kampüs dışında farklı bir yerleşkede ise hastanenin bir semt polikliniği olduğunu ve burada da 57 kişinin çalıştığını düşünelim. Yine aynı hastanede farklı hizmetleri yürütmek adına özel teşebbüse bağlı çalışanların bulunduğu ve 62 çalışanı bulunan uzmanlık gerektiren türden işleri icra eden bir şirketinin faaliyette bulunduğunu düşünelim. Bu durumda çalışmaların daha efektif ve uygulanabilir olması maksadıyla hastanenin kendi inisiyatifi doğrultusunda 7 ana hizmet biriminin yer aldığı hizmet kampüsünde bir tane, farklı yerleşkede yer alan semt polikliniği bünyesinde bir tane İSG kurulu oluşturulabilir. Özel teşebbüs bünyesinde oluşturulması zorunlu olan kurul ile toplamda 3 ayrı İSG kurulu kurularak çalışmalar devam ettirilebilir. Ana hizmet kampüsünde kurulacak olan İSG kuruluna ayrıca temsilci olarak farklı kampüste yer alan semt polikliniğinden bir personel ile özel teşebbüs şirketi personelinin de katılmasının uygun olacağı düşünülmektedir. İSG kurullarında alınan kararların irdelenmesi ve uygulamada aksaklık yaşanmaması için yılda 2 defadan az olmamak üzere de işveren ya da işveren vekili başkanlığında İSG Koordinasyon Kurulunun toplanması koordinasyonun sağlanması açısından oldukça önemlidir. Birden fazla hastanenin olduğu kompleks sağlık kuruluşu yapılanmalarında ise hastanelerin kurul çalışmaları bakımından çalışan sayıları da göz önüne alınarak ayrı ayrı değerlendirilmeleri de mümkündür. “

“Örnek; bünyesinde 6 ayrı hastanenin ve her hastanede 200'den fazla çalışanın bulunduğu bir yapı olduğunu varsayalım. Bu yapının koordine edildiği idarede de 70 çalışanı olduğu, aynı



zamanda tüm birimlere hizmetler veren ve çalışma alanının tamamı üzerinde görev yapmakta olan 100 personelin daha bulunduğunu düşünelim. Bu yapıda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili işlemlerin etkinliğinin artırılması için ayrı ayrı her hastanede birer İSG kurulunun kurulması aynı zamanda idare personeli de dahil tüm çalışma alanında görev alan diğer personelin değerlendirmeye alındığı bir kurulun oluşturulması mümkün olacaktır. Aynı zamanda bu yedi kurulun koordinasyonunun sağlanması için yılda 2 defadan az olmamak üzere de işveren ya da işveren vekili başkanlığında İSG Koordinasyon Kurulunun toplanması oldukça önemlidir. Hastane bünyesinde iş sağlığı ve güvenliği kurulları ile ilgili yapılacak çalışmalarda, kurul kurulma düzenlemesi hangi kıstasa göre yapılırsa yapılsın tüm çalışanların göz önüne alındığından emin olunması önemlidir. Hastaneye bağlı çalışan tüm birimler ve tüm çalışanlar İSG ile ilgili yapılan tüm düzenlemelerde ele alınmalı ve çalışmalar bu minvalde devam etmelidir.”

2.2.3. İŞ YERİ SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ VEYA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ YÖNETİM BİRİMİ

İlgili mevzuat kapsamında yayımlanmış olan rehberler doğrultusunda, hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili teknik çalışmaları planlamak, uygulamak ve gerekli takipleri yapmak üzere bir birim kurulmalıdır. Kurulacak birim doğrudan başhekim veya başhekim tarafından görevlendirilmiş İSG hizmetlerinden sorumlu başhekim yardımcısına bağlı olmalıdır.

İlgili mevzuatta “İşveren, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanının tam süreli görevlendirilmesi gereken durumlarda İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi (İSGB) karar.” ifadesi yer almaktadır. Başhekimlik, çalışanları arasından iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi, on ve daha fazla çalışanı olan çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde diğer sağlık personeli görevlendirir. Çalışanları arasında belirlenen niteliklere sahip personel bulunmaması halinde, bu hizmetin tamamını veya bir kısmını Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri (OSGB)’den hizmet satın alarak yerine getirebilir.

Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili teknik çalışmaların planlaması ve takibi İSGB tarafından yapılır. İSGB’nin bulunmadığı, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin, OSGB tarafından verildiği durumlarda ise iş sağlığı ve güvenliği yönetim birimi kurulması önemlidir. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Birimi; OSGB ile koordinasyonu sağlayarak hastanede iş sağlığı ve



güvenliği hizmetlerinin **kurumsal hafızasını** oluşturacaktır. İlgili birimlerin kurulmasında mevzuata uygun fiziki şartlar sağlanmalıdır.

İş sağlığı ve güvenliği konusunda rehberlik ve danışmanlık yapmak üzere bu birimde görevlendirilen personel hiyerarşik yapıda başhekim veya başhekim tarafından, İSG hizmetleri konusunda görevlendirilmiş başhekim yardımcısına direkt bağlı olmalıdır. Birim çalışanlarının mesleki bağımsızlıklarının sağlanması ve diğer hastane birimleri ile görev ve yetki çakışmasının önlenmesi önemlidir.

2.2.4. RİSK DEĞERLENDİRME EKİBİ

Hastanede risk değerlendirmesi çalışmalarının yapılabilmesi için risk değerlendirme ekibi oluşturulmalıdır. Risk değerlendirmesi ekip çalışmalarının koordinasyonu başhekim veya başhekim tarafından ekip içinden görevlendirilen bir kişi tarafından sağlanabilir. **(Bkz. 4. Risk Değerlendirmesi)**

Risk değerlendirme ekibi, sağlık kuruluşunun büyüklüğü ve bölüm sayısına göre aşağıdaki üyeler içerisinde seçilerek oluşturulmalıdır:

- Kurul başkanı (Başhekim veya başhekim tarafından görevlendirilmiş başhekim yardımcısı, özel hastaneler için mesul müdür vb.)
- Kalite yönetim sorumlusu
- Sağlık bakım hizmetlerinden sorumlu yönetici
- İdari ve mali işlerden sorumlu yönetici
- Bulunması halinde destek hizmetlerinden sorumlu yönetici
- Tesis güvenliği komitesinden bir temsilci
- Hasta güvenliği komitesinden bir temsilci
- Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesinden bir temsilci (bulunması halinde)
- Enfeksiyon kontrol komitesinden bir temsilci
- Eğitim komitesinden bir temsilci
- İş yeri sağlık ve güvenlik birimi sorumlusu
- İş güvenliği uzmanı (bulunması halinde)
- İşyeri hekimi (bulunması halinde)
- İşyerindeki çalışan temsilcileri
- İşyerindeki destek elemanları



- Radyasyon güvenliği sorumlusu
- Hasta hakları birim sorumlusu
- Sivil savunma uzmanı / sivil savunma amiri
- Değerlendirme yapılan bölümün kalite sorumlusu
- Değerlendirme yapılan bölüm çalışanlarından temsilci/temsilciler

Risk değerlendirme ekibi, üyelerinin tamamıyla veya değerlendirme yapılacak birimin özellikleri ve hizmet alanına göre üyeler içerisinden bölünerek risk değerlendirmesi yapabilir. Örneğin, finansal risklere yönelik yapılacak olan risk değerlendirmesinde, risk değerlendirme ekibinde, iş güvenliği uzmanının veya enfeksiyon kontrol komitesinden bir temsilcinin bulunmasına gerek olmayacaktır. Aynı şekilde, mikrobiyoloji laboratuvarında yapılacak risk değerlendirmesinde ise radyasyon birim sorumlusuna ihtiyaç olmayacaktır.

İSG risk değerlendirmesi, tesis güvenliği ve çevre güvenliği risklerinin bir çoğunu kapsamaktadır. SKS risk değerlendirme ve eylem planı yapılırken, tesis ve çevre güvenliğinin **İSG kapsamı dışında kalan** risklerin değerlendirilmesi gereklidir. Mükerrer iş ve işlemlerin yapılmaması, iş gücü kaybının önüne geçecektir. **Mükerrerliğin engellenmesi için** risk değerlendirme ekibinin kendi içerisindeki iş bölümü ve iletişimi önemlidir. **(Bkz. 4.4 Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı)**

Risk değerlendirmesinin etkin bir şekilde yürütülmesi için, bölüm kalite sorumlusu ve çalışanlarının, sorumlu oldukları bölüm risk değerlendirme sürecine katılması önemlidir.

Risk Değerlendirme Ekibi Görev ve Sorumlulukları

Oluşturulmuş risk değerlendirme ekibinin görev ve sorumlulukları aşağıdaki başlıklarda ifade edilmiştir:

- Hastanedeki tehlikeleri tanımlamak, riskleri belirlemek ve analizini yapmak
- Riskleri tüm çalışanlar ile iş birliği içerisinde multidisipliner bakış açısıyla değerlendirmek
- Hastane risk değerlendirme ve eylem planı, iyileştirici faaliyet süreci (DİF ve sürekli iyileştirme) ve sonuçları hakkında ilgili çalışanları bilgilendirmek
- Yeni hizmet birimleri veya hizmet birim değişiklikleri, tadilat, yeni cihaz veya cihaz değişikliği, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili istenmeyen bir olayın meydana gelmesi gibi durumlarda ilgili alanı kapsayacak şekilde risk değerlendirmesini tekrar yapmak

- Hastane risk değerlendirme ve eylem planının (İSG risk değerlendirmesi ile SKS risk değerlendirme ve eylem planı) sayfalarını numaralandırıp, gerçekleştiren kişiler tarafından her sayfası paraflanıp, son sayfası imzalanarak, hastanede saklamak.

İş Sağlığı ve Güvenliği ile SKS Çalışmalarının Entegrasyonu

Sağlık kurum ve kuruluşlarında; yürürlükte olan mevzuat ve SKS gereklilikleri nedeni ile risk yönetim kurulu ve iş sağlığı ve güvenliği kurulu entegre bir şekilde çalışmalıdır. Hastanenin hizmet kapasitesi, yapısal farklılıklar vb. nedenler doğrultusunda farklı çalışma yöntemleri uygulanabilir. Uygulanabilecek çalışma yöntemleri Şekil 2' de belirtilmektedir.



Şekil 2. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu ile Risk Yönetim Kurulu Çalışma Yöntemleri

1. YÖNTEM

- **Tek Değerlendirme (İSG risk değerlendirmesi ve SKS risk değerlendirmesi birlikte):**

İlgili bölüm/birim/alanda yerinde risk değerlendirmesini yapacak olan ekip, İSG risk değerlendirmesi kapsamında çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil) ile ilgili riskleri, SKS risk değerlendirmesi kapsamında ise hasta, hasta yakını, ziyaretçiye yönelik risk değerlendirmesini bütün olarak gerçekleştirir.



- **İki Ayrı Dokümantasyon (SKS risk değerlendirme ve eylem planı ile İSG risk değerlendirmesi dokümanı ayrı):**

SKS risk değerlendirme ve eylem planı ile İSG risk değerlendirmesi iki ayrı doküman olarak hazırlanır.

- **İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu Toplantısı**
- **Risk Yönetim Kurulu Toplantısı**

2. YÖNTEM

- **İki Ayrı Değerlendirme (SKS risk değerlendirmesi ve İSG risk değerlendirmesi ayrı):**

- İlgili bölüm/birim/alanda yerinde risk değerlendirmesini yapacak olan ekip, İSG risk değerlendirmesi kapsamında çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil) ile ilgili riskleri ve SKS risk değerlendirmesi kapsamında ise hasta, hasta yakını, ziyaretçiye yönelik risk değerlendirmesini ayrı olarak gerçekleştirilir.

- **İki Ayrı Dokümantasyon (SKS risk değerlendirme ve eylem planı ile İSG risk değerlendirmesi dokümanı ayrı):**

SKS risk değerlendirme ve eylem planı ile İSG risk değerlendirmesi iki ayrı doküman olarak hazırlanır.

- **İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu Toplantısı**
- **Risk Yönetim Kurulu Toplantısı**

Kurum, belirlenen çalışma yöntemi doğrultusunda iş sağlığı ve güvenliği kurulu ve risk yönetim kurulunun toplantı süreçlerinin nasıl yürütüleceğine karar verebilir.

3. RISK YÖNETİMİ EĞİTİMLERİ

Risk değerlendirme süreci, aşamaları, kapsamı, dikkat edilmesi gereken hususlar ve yapılması gerekenlerin anlaşılması ve doğru uygulanması için risk yönetim kurulu, risk değerlendirme ekibi ve ilgili bölüm çalışanlarına eğitim verilmesi gereklidir.

Eğitim konularının ihtiyaca göre seçilmesine, ayrıca teorik ve uygulamalı eğitimlerin düzenlenmesine gayret gösterilmelidir. Risk yönetimine yönelik aktarılan bilgilerin öneminin kavranması ve risk yönetimine ilişkin davranış değişikliğinin sağlanması amaçlanmalıdır. Verilen eğitimlerin etkin olup olmadığı, uygun değerlendirme yöntemleri ile tespit edilerek



gerekirse pekiştirici adımlar atılması sağlanmalıdır. **(Bkz. SKS Hastane (6.1) Eğitim Yönetimi Bölümü)**

Çalışanlara; İSG mevzuatı ve SKS kapsamında tanımlanan eğitimler verilmelidir. Çalışma yeri veya iş değişikliği, iş ekipmanının değişmesi, yeni teknoloji uygulanması gibi durumlarda gerekli ise eğitim tekrarlanmalıdır.

Eğitimler alanında eğitim almış uzman kişiler tarafından belirlenmiş kurallar çerçevesinde verilmelidir. Eğitim içerikleri, değişen ve ortaya çıkan yeni risklere uygun olarak güncellenmelidir. Risk yönetim kurulu, risk değerlendirme ekibi ve diğer tüm çalışanların alması gereken eğitimlerin asgari konuları aşağıdaki başlıklar altında belirtilmiştir.

Risk Yönetim Kuruluna ve Risk Değerlendirme Ekibine Eğitim Verilmesi: Risk yönetimi kapsamında, risk yönetim kuruluna ve risk değerlendirme ekiplerine yetkin personel tarafından eğitimler verilmelidir. Eğitimler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- Risk yönetim kurulunun ve risk değerlendirme ekibinin görevleri ve sorumlulukları
- İlgili mevzuat ve standartlar
- Risk yönetimi tanımları (tehlike, risk vb.)
- Hastaneye özgü tehlike ve riskler
- Risk değerlendirme aşamaları, risk analizi yöntemleri
- Hastane risk değerlendirme ve eylem planının hazırlanması
- Planın kontrolü ve takibi
- Düzeltici ve iyileştirici faaliyet (DİF) planlanması, uygulanması, takibi ve önemi

Bölüm Çalışanlarına Eğitim Verilmesi: Risk yönetimi kapsamında, çalışanlara verilecek olan eğitimler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- Risk değerlendirmesi ile ilgili genel bilgiler, tanımlar
- Risk değerlendirmesinin önemi ve yararları
- Sağlık hizmetlerinde risk değerlendirme süreçleri
- Çalışanların görüş ve önerilerinin iletilmesinin önemi
- Çalışanların görevli oldukları birimde tespit edilen tehlike ve riskler, risk analizi sonuçları ve alınacak tedbirler (planlanan DİF'ler)

4. RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Hastanede var olan veya dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi, düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmalar risk değerlendirmesidir.

Risk değerlendirme süreci aşağıdaki basamaklardan oluşur:

- Tehlikelerin tanımlanması
- Tehlikelerden kaynaklanan risklerin belirlenmesi ve analizi
- Risklerin bertaraf edilmesi veya kabul edilebilir seviyeye indirilmesi için mevcut durumun tespiti ve düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin belirlenmesi
- İyileştirici faaliyet süreci (DİF ve sürekli iyileştirme)
- Sonuçların izlenmesi, gerektiğinde risk değerlendirmesinin yenilenmesi
- Tüm aşamaların sürekli gözden geçirilmesi

Bu başlıklara istinaden oluşturulabilecek sağlık hizmetlerinde risk yönetimi süreçleri Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 3. Risk Değerlendirme Süreçleri

Belirtilen tüm bu basamakların detaylı ve etkin bir şekilde çalışılması ve çalışanların bunu kavraması, hastane risk yönetiminin temelini oluşturacaktır.



4.1. TEHLİKELERİN TANIMLANMASI VE RİSKLERİN BELİRLENMESİ

Tehlike; hastanede var olan veya dışarıdan gelebilecek; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, hastane ve hastane ekipmanını etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyelidir. Risk ise; tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma veya başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimalidir.

Etkin bir risk değerlendirmesi yapılabilmesi için tehlikelerin tanımlanması ve risklerin belirlenmesinde hastanenin iyi tanınması önemlidir. Değerlendirmede mesleki riskler, kullanılan cihaz ve malzemelerden kaynaklanan riskler, yürütülen hizmetten kaynaklı bölüme özgü tehlike ve riskler ile nöbet süreleri içerisinde karşılaşılabilecek nöbete özgü tüm tehlike ve risk faktörleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Nöbete özgü riskler; mesai saatleri dışında oluşması muhtemel hasta ve çalışanı etkileyebilecek riskleri anlatmaktadır. Nöbet devrindeki eksiklikler, personel sayısının azalması, yorgunluk, güvenlik personeli eksikliğinden dolayı hastane girişlerinde ve klinik güvenliğinde yetersizlik, tesisat, bakım, onarım hizmetlerinde yaşanabilecek aksaklıklardan kaynaklanan riskler bu kapsamda değerlendirilebilir.

Tehlikelerin tanımlanması ve risklerin belirlenmesi aşamasında, **ilgisine göre** toplanması gereken bilgi ve verilere **örnekler** aşağıda verilmiştir:

- Hastane bina ve eklentileri
- Hastanede yürütülen hizmetler
- Organizasyon ve hiyerarşik yapı, görev yetki ve sorumluluklar
- Yasal zorunluluklar ve gereksinimler
- Dış değerlendirme ve öz değerlendirme sonuçları
- Gösterge sonuçları
- Varsa daha önce yapılmış risk değerlendirme çalışmaları
- Çalışan geri bildirim anket sonuçları
- Hasta ve çalışanlara ait görüş, öneri ve şikayetler
- Hasta deneyimi ve hasta memnuniyet anketi sonuçları
- Paydaş gereksinimleri
- İnsan kaynaklarına yönelik veriler
- Finansal kaynaklar
- Tedarik zinciri yönetimine yönelik veriler



- Hizmet alımlarına yönelik bilgiler
- Donanım ve yazılım bilgileri
- Teknik hizmetlere dair bilgiler
- Başvuru ve yatış sayıları
- Kullanılan malzeme, madde ve cihazlar
- İş ekipmanı
- Atık yönetim süreci
- Acil durum planları
- Malzeme güvenlik bilgi formları
- İstenmeyen olay bildirimleri, ramak kala olay kayıtları, beyaz kod bildirimleri
- İş kazası ve meslek hastalığı kayıtları
- Ortam ve kişisel maruziyet düzeyi ölçüm sonuçları
- Basıncılı kapların kontrol muayene sonuçları
- Elektrik sistemlerinin kontrol ve bakım kayıtları
- Çalışanların eğitim, yaş, cinsiyet ve benzeri özellikleri
- Çalışanların sağlık gözetimi sonuçları ve sağlıkla ilgili kayıtları
- Genç, yaşlı, engelli, gebe veya emziren çalışanlar gibi özel politika gerektiren grupların durumu

Çalışan, hasta, hasta yakını ve ziyaretçiler, hastane ortamından kaynaklanan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risklere maruz kalabilirler.

Tehlike ve risklerin belirlenmesi için öncelikle risk değerlendirme ekibi tarafından bir değerlendirme takvimi oluşturulmalıdır. Bu takvimde hangi bölüm/birim/alanın, kim tarafından, ne zaman değerlendirileceği belirlenmelidir. Değerlendirilecek olan bölüm çalışanlarına yazılı veya elektronik ortamda bilgi verilmelidir.

Tehlikelerin tanımlanması, risklerin belirlenmesi ve gerekli kontrol ölçümlerinin yapılması için tüm hizmet alanları, tüm iş süreçleri izlenmeli, gözlenmeli, gereğinde simülasyon yapılmalı, çalışanların sürece katılımı sağlanmalı, gerektiğinde hasta ve hasta yakınından bilgi alınmalıdır.

Risk değerlendirme ekibi, saha çalışmaları tamamlandıktan hemen sonra toplanmalıdır. Toplantıda, değerlendirme esnasında tespit edilen tehlike ve risklere dair alınan notlar ekip



üyeleriyle istişare edilmelidir. Ekip beyin fırtınası yapmalı, ekipteki her üyeye fikrini söylemesi için fırsat verilmeli ve analizi yapılacak olan riskler belirlenmelidir.

4.2. RİSK ANALİZİNİN YAPILMASI

Risk analizinin ilk aşamasında; risklerin hangi sıklıkta oluşabileceği ve bu risklerden kimlerin, nelerin, ne şekilde ve hangi şiddette zarar görebileceği belirlenmelidir. Bu belirleme yapılırken mevcut durum ve mevcut tedbirlerin etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Toplanan bilgi ve veriler ışığında belirlenen riskler, seçilen yöntemlerden biri veya birkaçı bir arada kullanılarak analiz edilmelidir.

Ayrı bölümler için yapılan risk analizleri, bölümlerin etkileşimleri de dikkate alınarak bir bütün olarak ele alınıp sonuçlandırılır. Analiz edilen riskler, etkilerinin büyüklüğüne ve önemlerine göre öncelik yüksek dereceli risklere verilerek sıralanmalı ve yazılı hale getirilmelidir. Risklerin önceliklendirilmesi, riski oluşturan tehlikelere karşı alınacak önlemlerin önceliğine göre sıralanması açısından gereklidir.

Analiz sürecinde öncelikle, analiz yöntemleri (5X5 matris yöntemi, HTEA, Fine Kinney gibi) kullanılarak her riskin düzeyi belirlenmelidir.

Risk Analizi Yöntemleri

Risk analizi yöntemleri iki temel başlıkta değerlendirilebilir:

- a) **Kalitatif Yöntemler:** Tahmine dayalı risk değerlendirmesi yapılmakta olup, uygulamayı yapan uzman kendi tecrübelerine ve sezgilerine dayanarak riskleri ve risk öncelik değerlerini belirlemektedir. Bu yöntemde göre risk, olabilirlik ile şiddetin bir fonksiyonudur. Kalitatif risk analizi riski hesaplarken ve ifade ederken numerik değerler yerine yüksek, çok yüksek gibi tanımlayıcı değerler kullanır. Hata türleri ve etki analizi yöntemi (HTEA), 5x5 matris yöntemi kalitatif yöntemlerden bazılarıdır.
- **5x5 (L tipi) Matris Yöntemi:** Anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği en kolay yöntemlerden birisidir. 5 x 5 matris yöntemi özellikle sebep sonuç ilişkilerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Basit bir yöntem olması ile beraber tek başına risk analizi yapmak zorunda olan analistler için uygun olabilir, ancak kapsamlı veya birbirinden farklı hizmet alanlarına sahip kurumlar için tek başına yetersiz kalabilir. Yöntemin başarı oranı analistin bilgi birikimine göre değişiklik gösterebilir. (Bkz. Ek-2 5x5 Matris Yöntemi)



- **Hata Türleri ve Etki Analizi Yöntemi (HTEA):** Riskleri tahmin ederek hataları önlemeye yönelik bir analiz tekniği olması ile beraber en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Hatanın ortaya çıkması ile birlikte doğacak problemin etkilerinin algılanması ilkesine dayanmaktadır. Yöntemin temeli; analiz edilecek olan alanın tamamının veya bir kısmının incelenerek oluşabilecek hasarların sonucunda o alanın ne şekilde etkileneceğine ve sonuçlarının değerlendirilmesine dayanır. HTEA çalışmasında belirlenen bütün hatalar için olasılık, şiddet ve tespit edilebilirlik tahmini yapılmaktadır. (Bkz. Ek-1 Hata Türleri ve Etki Analizi Yöntemi)
- b) Kantitatif Yöntemler:** Bu yöntemle risk analizinde, riski hesaplarken sayısal yöntemlere başvurulur. Kantitatif risk analizinde tehdidin olma ihtimali ve tehdidin etkisine sayısal değerler verilir. Bu değerler matematiksel metotlar ile işlenerek risk değeri bulunur. En sık kullanılan kantitatif yöntem Fine Kinney yöntemidir.
- **Fine Kinney Yöntemi:** Bu yöntem, tehlikeleri önceden tespit edip, riskleri derecelendirip oluşacak sonuçlar ışığında hangi tedbirlerin alınması ve kaynakların ilk olarak hangi bölümlere harcanması gerektiği konularına açıklık getirir. Yaygın kullanılan bir risk değerlendirme yöntemidir. Fine Kinney yönteminde, oluşabilecek istenmeyen olayla ilişkili şiddet, frekans ve olasılık dereceleri ele alınmaktadır. **(Bkz. Ek-3 Fine Kinney Yöntemi)**

Sık kullanılan bazı risk değerlendirme yöntemlerinin özellikleri Tablo 2’de karşılaştırılmaktadır. Bu yöntemlere ait hesaplama formülleri Tablo 3’te belirtilmiştir.

Tablo 2. Sık Kullanılan Bazı Risk Değerlendirme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

	HTEA	5X5 (L tipi) Matris Yöntemi	Fine Kinney
Kalitatif/Kantitatif	Kalitatif	Kalitatif	Kantitatif
Gerekli Doküman İhtiyacı	Fazla	Normal	Fazla
Ekip Gerekliliği	Ekip çalışması	Ekip çalışması	Ekip çalışması
Sektörel Ayrım	Her sektöre uygun	Her sektöre uygun	Her sektöre uygun
Uygulama Başarısı	Analiz öncesinde FTA (hata ağacı analizi yöntemi) uygulaması başarı oranını artırır.	Basit prosedürlü işlerde uygulanabilir. Tecrübeye göre başarı oranı değişir.	Yüksek tecrübe ve ekip üyelerinin yüksek performansını gerektirir.

Tablo 3. Risk Analizi Yöntemleri ve Sonuç Hesaplama Formülleri

Yöntemin Adı	Risk Hesaplama Formülü
HTEA	Olasılık x Şiddet x Tespit edilme
5X5 (L tipi) Matris Yöntemi	Olasılık x Şiddet
Fine Kinney	Frekans x Olasılık x Şiddet

Risk Kaynağının Tespit Edilmesi

Risklerin kaynağının doğru tespit edilmesi, risk yönetim sürecinin başarıya ulaşması açısından önemlidir. Bu amaçla kök neden analizi yöntemleri kullanılabilir.

Kök Neden Analizi: Problemin neden ve nasıl meydana geldiğinin tespit edilmesi ve sistemdeki aksaklıkların kalıcı bir şekilde düzeltilmesini amaçlayan bir analiz yöntemidir. Kök



nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizinde, tarafsız ve analitik bir yaklaşım oluşturulmalı, suçlu aranmamalı, soruna neden olan süreç, sistem veya koşulların tespit edilmesi temel amaç olmalıdır.

Risk değerlendirme ekibi tarafından belirlenmiş olan risklerden hangilerine (çok yüksek risk/yüksek risk) kök-neden analizi yapılacağına karar verilmelidir. Kök-neden analizi yapılan riskler risk değerlendirme ve eylem planında izlenmelidir.

Kök-neden analizinin basamakları;

- Riskin veya istenmeyen olayın tanımlanması
- Muhtemel nedenlerin belirlenmesi
- Bilginin toplanması
- Tüm nedenlerin incelenerek kök nedenlerin belirlenmesi

olarak özetlenebilmektedir.

Kök-neden analizi için çok sayıda yöntem bulunmaktadır. Sağlık kuruluşları için en çok tercih edilen ve sağlık hizmetleri yapısına en uygun yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:

- Balık kılçığı modellemesi (neden-sonuç diyagramı)
- Beyin fırtınası
- Pareto analizi
- 5N1K
- 5 neden analizi
- Histogram
- Serpme diyagramı
- Akış şemaları
- Ağaç modellemesi

En sık kullanılan yöntemler aşağıda belirtilen başlıklarda ele alınmıştır.

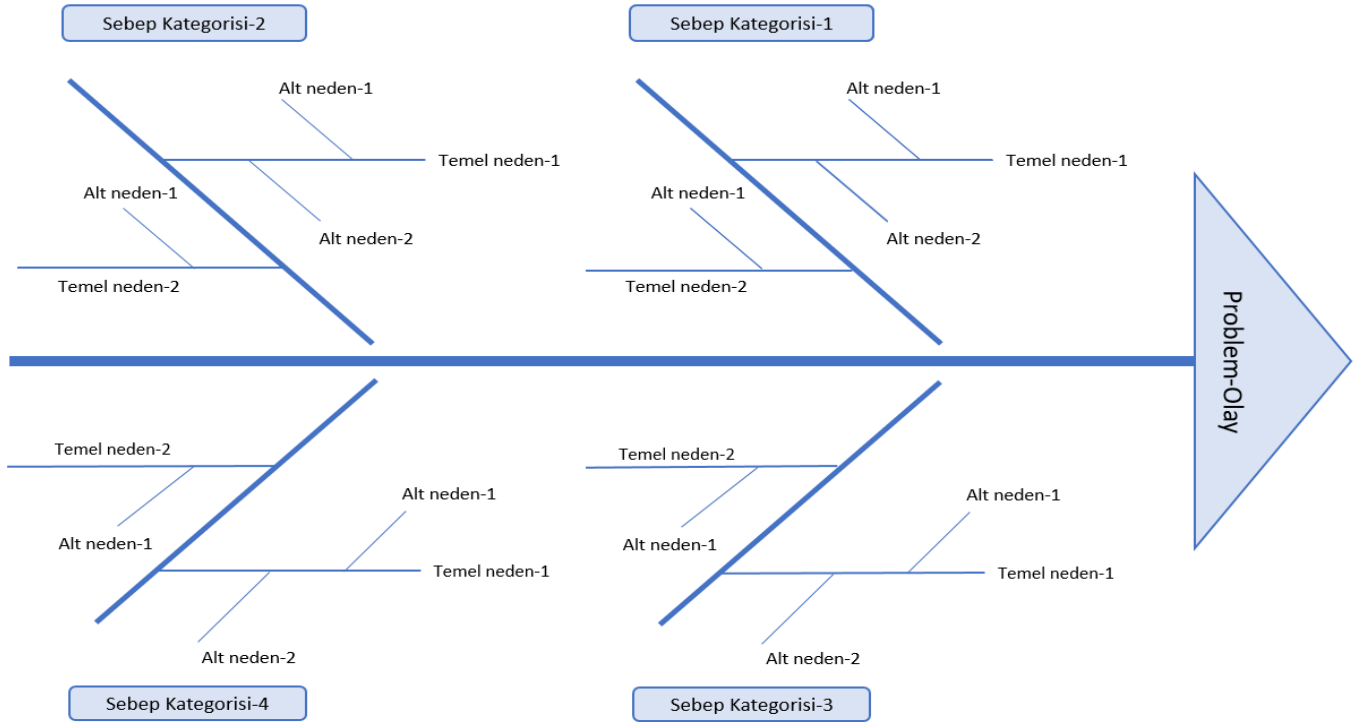
Balık Kılçığı Modellemesi: Belirli bir sorunun veya durumun olası nedenlerini belirlemek için kullanılmaktadır.

Risk değerlendirmesinde balık kılıcı yönteminin amacı; riskleri meydana getiren nedenleri ana başlıklar altında toplayarak tüm nedenleri ortaya koymaktır. Her bir nedenin açılımı yapıldıktan sonra, olayın kök-nedenini belirten analiz yapılmalıdır.

Çizilen grafiğin görüntüsü balık kılıcını anımsattığı için, balık kılıcı grafiği olarak adlandırılmaktadır. Balığın kafası ana sorunu göstermektedir. Balık kılıcı grafiği tipik olarak sağdan sola doğru işlenmekte, daha fazla ayrıntıya girildiğinde daha küçük kemiklerde gösterilmekte ve böylece her bir büyük balık kemiği dallanabilmektedir.

Balık kılıcı oluşturulurken; öncelikle problem tanımlanmalıdır. Ardından probleme yönelik sebep kategorileri belirlenmelidir. Sebep kategorilerine insan, yönetim ve süreçle ilgili etmenler, ekipman ile ilgili etmenler, dış etmenler, ortam/çevre gibi ana başlıklar örnek olarak verilebilir. Her kategorinin altına olası nedenler ve gerekirse nedenler altına yeni kılçıklar çizilerek alt nedenler eklenmelidir.

Tüm nedenlerin aktarılabilmesi için; sorunla ilgili olan tüm bireylerin görüşleri değerlendirmeye alınmalıdır.



Şekil 4. Kök-Neden Analizi: Balık Kılıcı Örneği



Beyin Fırtınası: Bireylerde bir probleme yönelik yaratıcı fikirlerin ortaya çıkmasını ve buna yönelik çözüm bulmayı amaçlayan grup çalışma tekniklerinden birisidir. Beyin fırtınası, gruptaki her bir ekip üyesinin fikirlerini serbest bir şekilde ifade etmesini ve bu fikirlerin geliştirilerek çözüme ulaşılmasını hedefler. Beyin fırtınasının bir yönetici önderliğinde gerçekleştirilmesi; konuya odaklanması, amaçtan uzaklaşmaması ve her ekip üyesinin sürece etkin ve adil şekilde katılımını sağlayacaktır.

Beyin fırtınası, istenmeyen bir olayın kök-nedenini ortaya çıkarmak, düzeltici ve iyileştirici faaliyetleri belirlemek ve alternatif çözümler üretmek noktasında önemli rol oynamaktadır.

Pareto Analizi: Temel olarak soruna yol açan sebepler içinde, önemli olanların önemsizlerden ayrılması esasına dayanmaktadır. Temel amacı iyileştirme olan bu analiz yöntemi, en az çaba ile en fazla etkiyi oluşturmayı hedefler. 80/20 kuralı olarak da bilinen pareto analizine göre, sonuçların %80'i, nedenlerin %20'sinden kaynaklanmaktadır. Yani en sık görülen ve en önemli %20' lik kusur iyileştirildiğinde, sorunların %80' ine etki edilmiş olur. Örneğin, oluşabilecek ilaç hatalarının ilk %20'lik kısmının kök nedenleri tüm ilaç hatalarının %80'ine sebep olmaktadır. Böylece hataların ilk ve en önemli %20'sine odaklanmak, sorunların %80'inin iyileştirilmesini sağlayacaktır.

Problemin net bir şekilde belirlenmesi, bu problemlere ilişkin verilerin alınması, tablolaştırılarak dağılım hesaplanması gibi bir dizi işlem sonucunda etkin bir sonuç grafiği çizilerek analiz tamamlanır.

5N1K Yöntemi: Bu yöntem, problem çözümüne ilişkin bilgi toplamada kullanılan bir yöntemdir. Karşılaşılan olay veya durum ile ilgili olarak, "Ne?", "Neden?", "Ne Zaman?", "Nerede?", "Nasıl?" ve "Kim?", sorularını sorarak düşünmeye yönlendirir. Bu soruların sorulması ile beraber, olayın ayrıntılı bir biçimde düşünülüp tespit edilmesini, çözüme ulaştırılıp tamamlanmasını amaçlar. Aşağıda belirtilmiş olan örnek üzerinde bu sorular sorularak analiz edilmeye çalışılmıştır.

- **Ne oldu?** Ameliyat sonrası hasta yataktan düştü ve kolu kırıldı.
- **Neden oldu?** Hasta tuvalete gitmek için ayağa kalkmaya çalıştı.
- **Ne zaman oldu?** Hasta ameliyattan 2 saat sonra kendisini iyi hissettiğini düşünerek tek başına tuvalete giderken düştü.
- **Nerede oldu?** Hastanın odasında oldu.



- **Nasıl oldu?** Hasta yakını yokken hasta tuvalete gitmek için ayağa kalkmaya çalıştı. O sırada başı döndü ve kolunun üzerine düştü.
- **Kim ile ilgiliydi?** O sırada hastanın yanında hasta yakını veya bir sağlık personeli yoktu. Odada yalnızdı. Henüz ayağa kalkmaması gerekiyordu.

Belirtilen örneğe ilişkin sorulan sorular ve alınan cevaplar, kök-neden analizinin yapılmasını ve buna yönelik sorunların tespit edilerek DİF planlamasını sağlayacaktır.

5 Neden Analizi: Problemin altında yatan kök nedenleri bulmak için kullanılan bir soru sorma tekniğidir. Amaç, probleme neden olan asıl sebebi bulmaktır. Bu analiz yönteminde belirtilen “beş” sayısı sabit olmamakla beraber, her soru bizi yeni bir soruna götürür ve problemin asıl sebebine ulaşana kadar “Neden” sorusunu sordurur. 5 neden analizi kök nedene ulaşarak sorunu çözmeye olanak sağlar.

Aşağıdaki düşme örneğinde 5 neden analizi yöntemi kullanılarak kök nedene ulaşılmaya çalışılmıştır:

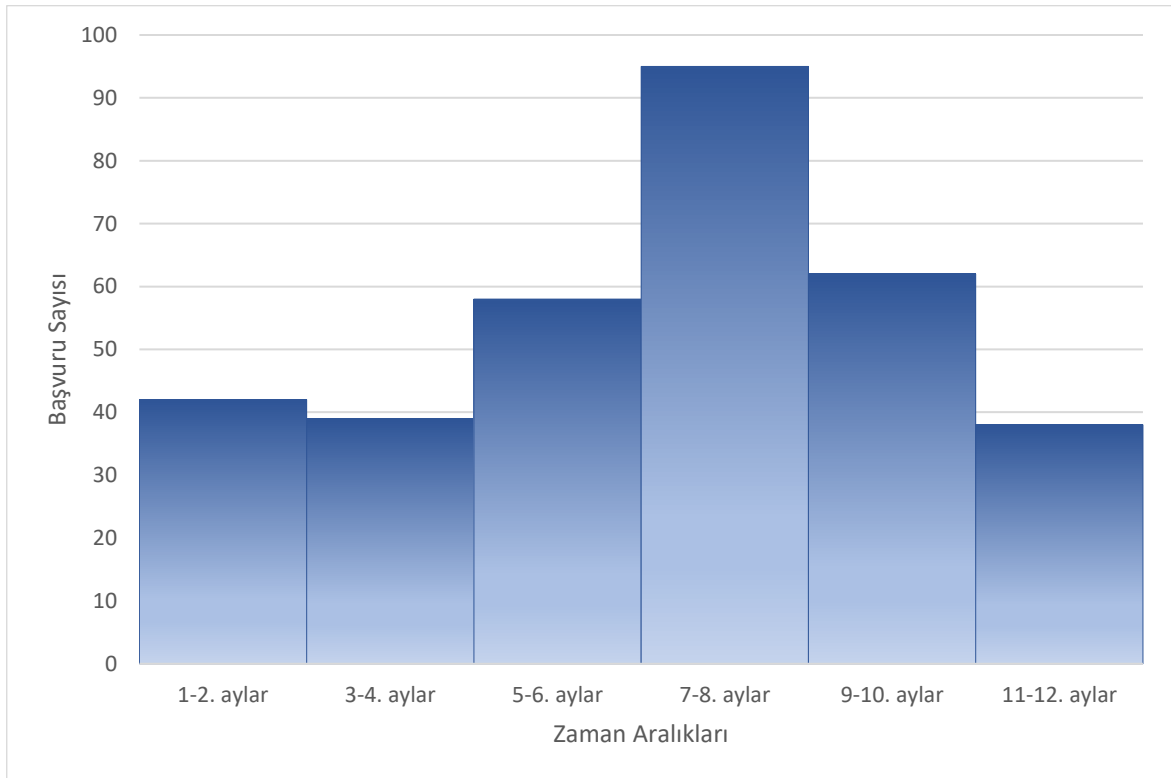
- **Hasta neden düştü?** Ameliyattan 2 saat sonra ayağa kalktığı için düştü.
- **Hasta neden ayağa kalkmaya çalıştı?** Tuvalete gitmek için tek başına ayağa kalktı.
- **Hasta neden tek başına ayağa kalkmaya çalıştı?** Yalnız başına ayağa kalkmaması gerektiği konusunda bilgilendirilmemişti.
- **Hasta neden hemşire çağrı ziline basmadı?** Çağrı ziline basması konusunda bilgilendirilmemişti.
- **Hasta neden bilgilendirilmemişti?** Hasta yatışı esnasında acil müdahale edilmesi gereken hasta vardı, servis oldukça yoğundu.
- **Acil müdahale sonrasında neden bilgilendirilmemişti?** Acil olay sonrasında nöbet devri gerçekleşmişti. Nöbet devrinde hastanın bilgilendirilmediği farkedilmemişti.
- **Hastanın bilgilendirilmediği neden farkedilmedi?** Rutin dışı durumlar ve kriz anlarında uygulamanın eksikliğini görmemizi sağlayacak kontrol mekanizmasının olmadığı, bilgilendirmeye yönelik sistematik bir yaklaşımın bulunmadığı tespit edildi.

Düşme örneğine yapılan 5 neden analizinde, son soruya verilen cevap olayın kök neden olarak tespit edilmiştir. Kök nedene yönelik DİF belirlenmesi ve uygulanması gerekmektedir. Örnek olayın tekrar yaşanmaması için hastanın yatışından itibaren bilgilendirme ile ilgili sistematik bir yol izlenmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda hastane tarafından; hastaların yatış esnasında bilgilendirilmesine yönelik bir video hazırlanması ve hasta

odalarındaki televizyonlardan bu videonun yayımlanmasına karar verilmiştir. Ayrıca hasta ve hasta yakınına yönelik bilgilendirici broşürler hazırlanması kararlaştırılmıştır. Sürecin kontrolü ve etkinliğinin sağlanması için hasta ve yakınının söz konusu görselleri incelediğine dair sağlık personeli tarafından sorgulama yapılacak ve bu durum kayıt altına alınacaktır.

Histogram: Veri değerlerinin dağılımlarını göstererek dağılımın daha iyi anlaşılması ve tanınmasına yardımcı olan araçtır. Veriler belirli aralıklarla gruplandırılır ve çubuklar şeklinde gösterilir. Histogramdaki dikdörtgenlerin tabanları veri aralıklarını, yükseklikleri ise o aralığa düşen veri sayısını temsil eder. Veri değerlerinin numerik-nicel değer olması gerekmektedir. Histogram grafiğinde sütunların sayısı, genişliği ve yüksekliği veri dağılımının doğru belirlenmesi açısından önemlidir.

Şekil 5' te belirtilmiş olan histogram grafiğinde, "A Hastanesine ait hasta güvenliği ilişkili istenmeyen olay bildirim sayılarının zaman aralıklarına göre dağılımı" gösterilmiştir.



Şekil 5. A Hastanesine Ait Hasta Güvenliği İlişkili İstenmeyen Olay Bildirim Sayılarının Zaman Aralıklarına Göre Dağılımı - Histogram Grafiği Örneği

Şekil 5' te belirtilmiş olan histogram grafiğine göre; 01.01.2022-31.12.2022 tarihleri arasında A Hastanesi tarafından, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi'ne girişi yapılan hasta güvenliği ilişkili olay bildirimlerinin, 2 aylık zaman aralığına göre dağılımı gösterilmiştir.



Belirtilmiş olan zaman aralığındaki yüzdeler veri tablosuna da ulaşılabilir. Oluşturulan grafiğe göre; 7-8. aylar (Temmuz-Ağustos) arasında 95 bildirim yapılmış olup, veri tablosuna göre %28,44 oranındadır. Bu durum, bildirilen hata sayısının bu aylarda neden yüksek olduğuna dair kök neden analizi yapılmasını gerektirecektir.

Tablo 4. Hasta Güvenliği İlişkili Olay Bildirim Sayılarının Zaman Aralıklarına Göre Yüzdeler Dağılımı- Histogram Grafiği Örneği

Veri Tablosu		
Zaman Aralığı	Bildirim Sayısı	Oran%
1-2 ay	42	%12,57
3-4 ay	39	%11,68
5-6 ay	58	%17,37
7-8 ay	95	%28,44
9-10 ay	62	%18,56
11-12 ay	38	%11,38
Toplam	334	%100

4.3. İYİLEŞTİRİCİ FAALİYET SÜRECİ

Tespit edilen uygunsuzluğu, oluşan problemin kaynağını ve uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmak üzere yapılan düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) ile sürekli iyileştirmeye yönelik planlanan ve uygulanan faaliyetler iyileştirici faaliyet sürecini oluşturur.

Risk değerlendirmesi yapılırken tespit edilen tüm tehlike ve risklere yönelik ayrıca DİF formu açılması zorunlu değildir. Çünkü risk değerlendirme ve eylem planında risklere yönelik mevcut tedbirler ve planlanan düzeltici ve iyileştirici faaliyetler yer almaktadır.

Düzeltilici ve iyileştirici faaliyetler belirlenirken, riskler ile kaynağında mücadele edilmesi hedeflenmelidir. Bu hedef doğrultusunda izlenecek adımlar sırası ile aşağıda belirtilmiştir:

1. Tehlike veya tehlike kaynaklarının ortadan kaldırılması
2. Tehlikelinin, tehlikeli olmayanla veya daha az tehlikeli olanla değiştirilmesi



Düzeltilici ve iyileştirici faaliyetler; risk değerlendirme ekibi, riskin tespit edildiği birimin çalışanları, gereği halinde belirlenen risk ile ilgili teknik bilgisi olan kişiler ve kalite yönetim birimi ile ortak belirlenmelidir. Uygulamalar planlanırken, kişisel korunma önlemleri yerine toplu korunma önlemlerine (hijyen, hasta eğitimi programları, izolasyon tedbirleri, işaret ve uyarı levhaları gibi) öncelik verilmeli, uygulanacak önlemlerin yeni risklere neden olmamasına dikkat edilmelidir.

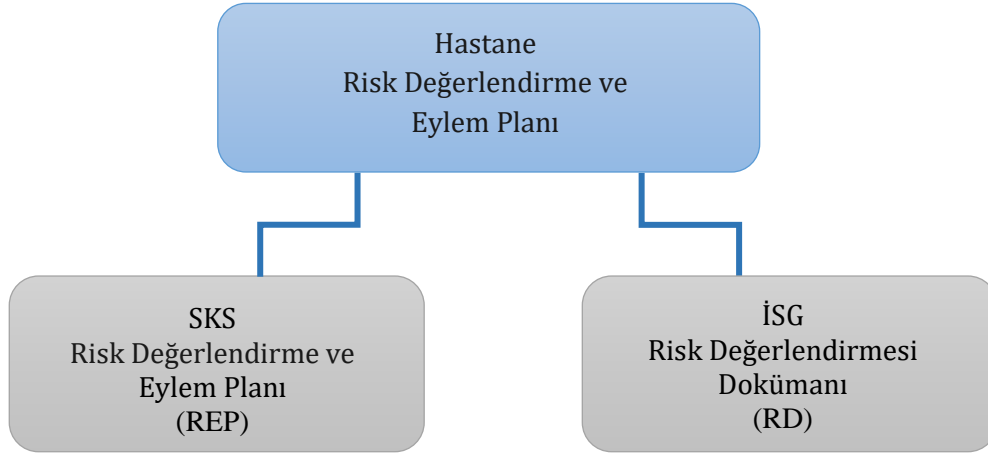
Düzeltilici ve iyileştirici faaliyetlerin uygulanması, risk değerlendirme ekibi tarafından takip edilmeli, kayıt altına alınmalı ve bilgi güvenliği kapsamında arşivlenmelidir. Belirlenmiş olan faaliyetler risk değerlendirme ve eylem planında kontrol tarihlerine uygun olarak yerinde izlenmelidir. Hedeflenen tarihte gerçekleştirilmemiş DİF'ler, sebepleri ile beraber kurula bildirilmeli ve buna yönelik çalışma planlanmalıdır.

Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen DİF'lerin etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir. İstenen sonuca ulaşamadığı durumlarda, riskler ve planlanmış olan DİF tekrar gözden geçirilmeli ve gerekirse ilgili kısım için yeniden risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

DİF sonuçları hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmeli, gerekirse yazılı düzenlemeler (prosedür, talimat vb.) ve yıllık eğitim planlarında güncellemeler yapılmalıdır. Yapılacak geri bildirimler, çalışanlara farkındalık kazandırarak, risk yönetimi sürecine katılımı artıracak ve olumlu yönde gelişim sağlayacaktır.

4.4. HASTANE RİSK DEĞERLENDİRME VE EYLEM PLANI

Risk değerlendirme ekibi tarafından yapılan çalışmalar hastane risk değerlendirme ve eylem planı haline getirilir. Hastane risk değerlendirme ve eylem planı; "SKS Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (REP)" ile "İSG Risk Değerlendirmesi (RD)" olmak üzere iki ayrı doküman şeklinde hazırlanmalıdır.



Şekil 6. Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı

Aşağıdaki tablolarda örnekleri gösterilmiş olan risk değerlendirme ve eylem planları; risk değerlendirme sürecinin özetini içerir. Risk değerlendirme ve eylem planında asgari aşağıdaki hususlara yer verilmelidir:

- Hastanenin adı ve adresi
- Planı hazırlayan kişilerin isim ve unvanları
- Planın hazırlandığı tarih
- Risk değerlendirmesi yapılan bölüm veya süreç adları
- Risk analizinde kullanılan yöntem veya yöntemler
- Tanımlanan tehlikeler
- Belirlenen riskler
- Risklere yönelik alınmış mevcut tedbirler
- Kullanılan risk analiz yöntemine göre değerlendirilen parametreler (olasılık, şiddet vb.)
- Tespit edilen risklerin önem ve öncelik sırasını da içeren analiz sonuçları
- Planlanan DİF
- Hedeflenen gerçekleştirme tarihi
- İyileştirme eylemi sonrasında tespit edilen risk seviyesi

Örneklerde sunulan risk değerlendirme ve eylem planları hem SKS Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (REP), hem de İSG Risk Değerlendirmesi (RD) için kullanılabilir. Bununla birlikte, belirtilen asgari hususları içermek kaydı ile eylem planları kuruma özgü olarak hazırlanabilir.



**Tablo 5. Finne Kinney Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı
(Örnek-1)**

HASTANE ADI:

PLANIN HAZIRLANMA TARİHİ:

KULLANILAN RİSK ANALİZİ YÖNTEMİ:

No	Bölüm	Hizmet/Alan/ Süreç Adı	Tanımlanan Tehlikeler	Belirlenen Riskler	Mevcut Durum ve Tedbirler	Tehlikeye/Riske Maruz Kalacak Kişiler	Risk Analizi					Planlanan İyileştirici Faaliyetler	Sorumlular	Hedeflenen Gerçekleştirme Tarihi	Gerçekleştirme Tarihi	İyileştirme Eylemi Sonrasında Tespit Edilen Risk Düzeyi				Açıklama
							Olasılık	Frekans	Şiddet	Risk Puanı	Öncelik					Olasılık	Frekans	Şiddet	Risk puanı	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				

RİSK DEĞERLENDİRMESİ EKİBİ PARAFI/İMZALARI



Tablo 6. Finne Kinney Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (Örnek-2)

HASTANE ADI:																				
PLANIN HAZIRLANMA TARİHİ:											KULLANILAN RİSK ANALİZİ YÖNTEMİ:									
BÖLÜM/SÜREÇ TANIMLAMA			TEHLİKELERİ TANIMLAMA VE RİSKLERİ BELİRLEME				RİSK ANALİZİ					İYİLEŞTİRİCİ FAALİYET SÜRECİ								
No	Bölüm	Hizmet/Alan/Süreç Adı	Tanımlanan Tehlikeler	Belirlenen Riskler	Mevcut Durum ve Tedbirler	Tehlikeye/Riske Maruz Kalacak Kişiler	Olasılık	Frekans	Şiddet	Risk Puanı	Öncelik	Planlanan İyileştirici Faaliyetler	Sorumlular	Hedeflenen Gerçekleştirme Tarihi	Gerçekleştirme Tarihi	İyileştirme Sonrası Tespit Edilen Risk Düzeyi				Açıklama
																Olasılık	Frekans	Şiddet	Risk puanı	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				

RİSK DEĞERLENDİRMESİ EKİBİ PARAFLARI/İMZALARI



Tablo 7. Finne Kinney Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (Örnek-3)

HASTANE ADI:																					
PLANIN HAZIRLANMA TARİHİ:										RİSK DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ:											
NO	BÖLÜM	FAALİYET	TEHLİKE	RİSK	ETKİLENER	MEVCUT DURUM	MEVCUT RİSK DEĞERLERİ					ALINACAK ÖNLEMLER	SORUMLU	TERMİN	UYGUNSUZLUK GİDERME TARİHİ	DÜZELTME SONRASI RİSK DEĞERLERİ					AÇIKLAMA
							O	Ş	F	RİSK DERECESESİ	O					Ş	F	RİSK DERECESESİ			
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					

TABLO: 1 OLASILIK (O)

OLASILIK DEĞERİ (O)	KATEGORİ
0,2	Pratik olarak imkansız
0,5	Zayıf İhtimal
1	Orta İhtimal
3	Nadir Fakat olabilir
6	Yüksek / Orta İhtimal
10	Çok İhtimal

TABLO: 2 FREKANS (F)

FREKANS DEĞERİ (F)	AÇIKLAMA	KATEGORİ
0,5	Çok nadir	Yılda bir ya da daha az
1	Orta İhtimal	Yılda bir ya da birkaç kez
2	Nadir	Ayda bir ya da birkaç kez
3	Az sıklıkta	Haftada bir ya da birkaç kez
6	Sıklıkla	Günde bir ya da daha fazla
10	Sıklıkla	Sıklıkla ya da saatte birden fazla

TABLO: 3 ŞİDDET (Ş)

DEĞER	AÇIKLAMA	KATEGORİ
1	Dikkate alınmaz	Hafif - zararsız veya önemsiz
3	Önemli	Minor - Ortağı iş kaybı, küçük hasar, ilk yardım
7	Ciddi	Major - Önemli Zarar, Orta İşyeri, İşyeri kaybı
15	Çok ciddi	Sakatlık, uzam kayıp, çevresel etki
40	Çok kötü	Ölüm, Tam mahiyet, Ağır çevre etki
100	Fetret	Birden çok ölüm, önemli çevre felaketi

TABLO: 4 RİSK DÜZEYİ

SIRA	RİSK DEĞERİ	KARAR	EYLEM	TERMİN
1	<20	Önemli Risk	Açılabilir gereksinimler: Ölüm öncelikli değildir	Ölüm Öncelikli değildir
2	20-40-70	Kabul Edilebilir Risk	Eylem planına alınmaz. Gizlilik altında uygulanmalıdır.	1 yıl içinde
3	70-100-200	Orta Risk	Dikkate alınmalı ve yitki eylem planına alınarak değerlendirilmelidir (1 yıl içinde)	6 ay içinde
4	200-400-800	Yüksek Risk	Kısa vadeli eylem planına alınarak değerlendirilmelidir. Gizlilik altında uygulanmalıdır.	1-3 ay içinde
5	800-4000	Kabul Edilemez Risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bölge Çevresel kapalıdır - dışlanmalıdır.	Hemen 1 ayda kısa sürede

RİSK = O (OLASILIK) X Ş (ŞİDDET) X F (FREKANS)

RİSK PUANI (KARAR VERME DERECESESİ)
RİSK DEĞERİ: R > 400 Kabul Edilemez Risk
RİSK DEĞERİ: 200-R=400 Yüksek Risk
RİSK DEĞERİ: 70-R=200 Orta Risk
RİSK DEĞERİ: 20-R=70 Kabul Edilebilir Risk
RİSK DEĞERİ: R < 20 Anlamsız Risk

RİSK DÜZEYİ KARAR VERME DERECESESİ
KABUL EDİLEMEZ RİSK (KER)
YÜKSEK RİSK (YR)
ORTA RİSK (OR)
KABUL EDİLEBİLİR RİSK (KEBR)
ANLAMSIZ RİSK (AR)

RİSK DEĞERLENDİRMESİ EKİBİ PARAFI/İMZA/İMZA

**Tablo 8. Finne Kinney Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (Örnek-4)**

HASTANE ADI:												TARİH:								
BÖLÜM:												RİSK DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ:								
SIRA NO	FAALİYET/ PROSESS	ETKİLENE	TEHLİKE/ TEHLİKE KAYNAĞI	RİSK/ OLASI ETKİLER	MEVCUT DURUM VE TEDBİRLER	UYGULAMA ÖNCESİ					DÜZELTİCİ İYİLEŞTİRİCİ FAALİYET (DİF)	TERMİN	GERÇEKLEŞTİRME TARİHİ	SORUMLU	UYGULAMA SONRASI					AÇIKLAMA
						ŞİDDET (S)	OLASILIK (O)	FREKANS (F)	RİSK PUANI (SxOxF)	RİSK SEVİYESİ					ŞİDDET (S)	OLASILIK (O)	FREKANS (F)	RİSK PUANI (SxOxF)	RİSK SEVİYESİ	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				

RİSK DEĞERLENDİRMESİ EKİBİ PARAFI/İMZALARI



Tablo 9. 5x5 (L Tipi) Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı (Örnek-1)

HASTANE ADI:																		
PLANIN HAZIRLANMA TARİHİ:											KULLANILAN RİSK ANALİZİ YÖNTEMİ:							
BÖLÜM/SÜREÇ TANIMLAMA			TEHLİKELERİ TANIMLAMA VE RİSKLERİ BELİRLEME				RİSKANALİZİ				İYİLEŞTİRİCİ FAALİYET SÜRECİ							
No	Bölüm	Hizmet/Alan/Süreç Adı	Tanımlanan Tehlikeler	Belirlenen Riskler	Mevcut Durum ve Tedbirler	Tehlikeye/Riske Maruz Kalacak Kişiler	Olasılık	Şiddet	Risk Puanı	Önem / Öncelik	Planlanan iyileştirici Faaliyetler	Sorumlular	Hedeflenen Gerçekleştirme Tarihi	Gerçekleştirme Tarihi	İyileştirme Eylemi Sonrasında Tespit Edilen Risk Düzeyi			Açıklama
															Olasılık	Şiddet	Risk puanı	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		

RİSK DEĞERLENDİRMESİ EKİBİ PARAFLARI/İMZALARI



**Tablo 10. 5x5 (L Tipi) Risk Analizi Yöntemi ile Yapılan Hastane Risk Değerlendirme ve Eylem Planı
(Örnek-2)**

HASTANE ADI

RİSK ANALİZİ YAPILAN TARİH/GEÇERLİLİK SÜRESİ:

RİSK ANALİZİ YÖNTEMİ:

BÖLÜM:

NO	Hizmet/ Süreç	Tehlikenin Tanımı	Riskin Tanımı	Mevcut Durum	Risk Puanı			Etkilenen	Alınacak Önlemler	Önem Sonrası Risk Puanı			Termin	Gerçekleştirme Tarihi	Sorumlu Kişi	Tehlikenin Bulunduğu Yer	Faaliyet Sonucu	Açıklama
					Olasılık	Şiddet	Risk Skoru			Olasılık	Şiddet	Risk Skoru						
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		

RİSK DEĞERLENDİRMESİ EKİBİ PARAFI/İMZALARI



Risk değerlendirme ve eylem planı, risk değerlendirme ekibi tarafından her sayfası paraflanıp son sayfası imzalanarak risk yönetim kuruluna sunulmalı, kurul değerlendirilmesinden sonra bilgi güvenliği kapsamında muhafaza edilmelidir.

5. HASTANE RİSK DEĞERLENDİRME VE EYLEM PLANININ YENİLENMESİ

Ülkemizde sağlık hizmeti sunulan hastaneler, ilgili mevzuatta belirtildiği şekilde çok tehlikeli sınıfta yer almakta olup, risk değerlendirmesi periyodik yenilenme süresi **en geç 2 yılda bir** olarak belirlenmiştir.

İlgili mevzuat ve SKS Hastane Risk Yönetimi Bölümü KRY05'te belirtildiği şekilde, belirlenen aralıklar dışında risk değerlendirmesinin tamamen veya kısmen güncellenmesi gerekliliğine ilişkin örnekler aşağıda belirtilmiştir:

- Hastanenin taşınması veya binalarda değişiklik yapılması
- Hastanede uygulanan teknoloji, kullanılan madde ve ekipmanda değişiklikler yapılması
- İş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olayın meydana gelmesi
- Hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen bir olayın meydana gelmesi
- Hasta bakım süreçlerinde meydana gelen önemli değişiklikler
- Çalışma ortamına ait sınır değerlere ilişkin bir mevzuat değişikliği olması
- Çalışma ortamı ölçümü ve sağlık gözetimi sonuçlarına göre gerekli görülmesi
- Hastane dışından kaynaklanan ve hastaneyi etkileyebilecek yeni bir tehlikenin ortaya çıkması



YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2013, 15 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28648). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18371&MevzuatTur=7&MevzuatTerip=5>. Erişim tarihi: 02.04.2022.
- Çalışanların Sağlık Gözetimine Yönelik Tıbbi Tetkiklerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2022, 20 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 31725). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Me.vzuat?Mevzuatno=39291&Mevzuattur=7&Mevzuatterip=5>. Erişim tarihi: 07.04.2022
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi. (2016). Sağlık sektöründe tehlike ve riskler. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, Ankara. Erişim adresi: https://www.csgb.gov.tr/media/49561/kamu_hastelerinde_isg_rehber_20200629.pdf. Erişim tarihi: 25.01.2022.
- ISO 31000. (2018). Risk management guidelines. Management du risque Lignes directrices. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/218588725-Risk-yonetimi-kilavuz-bilgiler-iso-31000-2018-risk-management-guidelines-management-du-risque-lignes-directrices.html> . Erişim tarihi: 05.12.2022.
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. (2012, 29 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28512). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspix?MevzuatKod=7.5.16923&MevzuatIliski=0> . Erişim tarihi: 14.02.2022.
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2015, 30 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı:29342). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16923&MevzuatTur=7&MevzuatTerip=5>. Erişim tarihi: 26.08.2022.
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü Strateji, Tanıtım ve Organizasyon Daire Başkanlığı Kamu İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi. (2020). Kamu hastanelerinde iş sağlığı ve güvenliği rehberi.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği. (2012, 29 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28545). (Değişiklik 6.7.2021 tarih ve 31533 sayılı R.G.), Erişim adresi:



<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspix?MevzuatKod=7.5.16924&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>. Erişim tarihi: 08.02.2022.

- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012, 20 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Kanun No:6331). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf>. Erişim tarihi: 08.02.2022.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik. (2013, 18 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130118-3.htm>. Erişim tarihi: 07.04.2022.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2012, 29 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28512). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspix?MevzuatKod=7.5.16925&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>. Erişim tarihi: 27.05.2022.
- İş Sağlığına ve Güvenliğine İlişkin İş Yeri Tehlike Sınıfları Tebliği. (2012, 26 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28509). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16909&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>. Erişim tarihi: 26.05.2022.
- İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmelik. (2009,15 Ağustos). T.C. Resmi Gazete (Sayı : 27320). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/11/20101127-4.htm>. Erişim tarihi: 27.08.2022.
- İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik; (18.06.2013 Tarih Ve 28681 Sayılı Resmi Gazete, Değişiklik 01.10.2021-31615 R.G.), Web Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18493&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Erişim tarihi: 10.09.2022.
- Koltan, A., Orhan, Y., Yılmaz, S., Altay, M., Yılmaz, S., Çay, İ. (2010). Risk değerlendirmede kullanılan l tipi karar matrisi yönteminin işçi sağlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 10(38-43).
- Özkılıç, Ö. (2005). İş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri ve risk değerlendirme metodolojileri. Türkiye İşveren Sendikaları Yayını. Ankara.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2017). Sağlıkta kalite standartları ADSH. Anıl Reklam Matbaa, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı. ISBN: 978-975-590-589-1.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2018). Sağlıkta kalite standartları 112 acil sağlık hizmetleri. Anıl Reklam Matbaa, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı. ISBN: 978-975-590-712-3.



- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). Sağlıkta kalite standartları hastane (Sürüm 6.1). Tam Pozitif Reklamcılık, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı. ISBN: 978-975-590-766-6.
- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. (2013, 6 Ağustos). T.C. Resmi Gazete (Sayı : 28730). Erişim adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/TR-12545/saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelik.html>. Erişim tarihi: 08.02.2022.
- Usman, Ö. (2018). İşletmelerde kurumsal risk yönetim süreci ve bir uygulama (Doktora tezi). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Muhasebe Finansman Bilim Dalı, Bursa.
- Yıldız, M. S. (2019). Sağlıkta kalite iyileştirme yöntemleri. Detay Yayıncılık. Ankara.



EKLER

RİSK ANALİZİ YÖNTEMLERİ

EK-1. HATA TÜRLERİ VE ETKİ ANALİZİ YÖNTEMİ (HTEA)

HTEA Hesaplama Formülü;

Risk Öncelik Değeri (RÖD) Formülü; Olasılık (O) × Şiddet (Ş) × Tespit edilme (T)

O : Hatanın zaman içinde gerçekleşme derecesi

Ş : Hatanın gerçekleşmesi durumunda şiddet derecesi

T : Hatanın zarar vermeden önce tespit edilme (keşfedilme) derecesi

Tablo 11. Hatanın Zaman İçinde Gerçekleşme Derecesi (O)		
Olasılık	Hatanın İhtimali	Derece
Hata Mümkün Değil	1/1.500.000'den düşük	1
Ender Sayıda Hata Olası	1/150.000	2
Çok Az Sayıda Hata Olası	1/15.000	3
Az Sayıda Hata Olası	1/2.000	4
Seyrek Sayıda Hata Olası	1/400	5
Orta Sayıda Hata Olası	1/80	6
Biraz Yüksek Sayıda Hata Olası	1/20	7
Yüksek Sayıda Hata Olası	1/8	8
Çok Yüksek Sayıda Hata Olası	1/3	9
Hata Olasılığı Hemen Hemen Kesin	1/2'den fazla	10

Tablo 12. Hatanın Gerçekleşmesi Durumunda Şiddet Derecesi (Ş)		
Etki	Şiddet	Derece
Uyarısız Gelen Tehlike	Felakete yol açabilecek tehlikeye sahip ve uyarısız gelen potansiyel hata	10
Uyarısız Gelen Tehlike	Yüksek hasara ve toplu ölümlere yol açabilecek etkiye sahip ve uyarısız gelen potansiyel hata	9
Çok Yüksek	Sistemin tamamen hasar görmesini sağlayan yıkıcı etkiye sahip ağır yaralanmalara, 3. derece yanık, akut ölüm vb. etkiye sahip hata türü	8
Yüksek	Ekipman tamamen hasar görmesine sebep olan ve ölüm, zehirlenme, 3. derece yanık, akut ölümcül hastalık vb. etkiye sahip hata	7
Orta	Sistemin performansını etkileyen, uzuv ve organ kaybı, ağır yaralanma, kanser vb. yol açan hata	6
Düşük	Kırık, kalıcı küçük iş görmezlik, 2. derece yanık, beyin sarsıntısı vb. etkiye sahip hata	5
Çok Düşük	İncinme, küçük kesik ve sıyrıklar, ezilme vb. hafif yaralanmalar ile kısa süreli rahatsızlıklara neden olan hata	4
Küçük	Sistemin çalışmasını yavaşlatan hata	3
Çok Küçük	Sistemin çalışmasında kargaşaya yol açan hata	2
Yok	Etki yok	1



Tablo 13. Hatanın Zarar Vermeden Önce Tespit Edilme (Keşfedilme) Derecesi (T)		
Tespit Edilme	Tespit Edilme Olasılığı	Derece
Fark Edilemez	Potansiyel hatanın nedeninin ve takip eden hatanın tespit edilmesi mümkün değil	10
Çok Az	Potansiyel hatanın nedeninin ve takip eden hatanın tespit edilmesi çok uzak	9
Az	Potansiyel hatanın nedeninin ve takip eden hatanın tespit edilme olasılığı uzak	8
Çok Düşük	Potansiyel hatanın nedeninin ve takip eden hatanın tespit edilme olasılığı çok düşük	7
Düşük	Potansiyel hatanın nedeninin ve takip eden hatanın tespit edilme olasılığı düşük	6
Orta	Potansiyel hatanın nedeninin ve takip eden hatanın tespit edilme olasılığı orta	5
Yüksek Ortalama	Potansiyel hatanın nedeninin ve takip eden hatanın tespit edilme olasılığı yüksek ortalama	4
Yüksek	Potansiyel hatanın nedeninin ve takip eden hatanın tespit edilme olasılığı yüksek	3
Çok Yüksek	Potansiyel hatanın nedeninin ve takip eden hatanın tespit edilme olasılığı çok yüksek	2
Hemen Hemen Kesin	Potansiyel hatanın nedeninin ve takip eden hatanın tespit edilme olasılığı hemen hemen kesin	1

Tablo 14. HTEA Risk Öncelik Değeri (RÖD) Değerlendirme Tablosu	
RÖS Değeri	Önlem
RÖS < 40	Önlem almaya gerek yok
40 ≤ RÖS ≤ 100	Önlem Alınabilir
RÖS > 100	Önlem alınması gerekir

**EK-2. 5x5 (L TİPİ) MATRİS YÖNTEMİ**5x5 L tipi matris hesaplama formülü; **Risk Skoru= Olasılık × Şiddet**

Puan	Olasılık	Derecelendirme
1	Çok Küçük	Hemen hemen hiç
2	Küçük	Çok az (yilda bir kez), sadece anormal durumlarda
3	Orta	Az (yilda bir kaç kez)
4	Yüksek	Sıklıkla (ayda bir)
5	Çok Yüksek	Çok sıklıkla (haftada bir, her gün), normal çalışma şartlarında

Puan	Sonuç	Derecelendirme
1	Çok Hafif	İş saati kaybı yok, hemen giderilebilen, ilk yardım gerektiren
2	Hafif	İş günü kaybı yok, kalıcı etkisi olmayan ayakta tedavi
3	Orta	Hafif yaralanma, yatarak tedavi/yaralanma
4	Ciddi	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı
5	Çok Ciddi	Ölüm, sürekli iş göremezlik

RİSK SKORU	ŞİDDET				
	1(Çok Hafif)	2(Hafif)	3(Orta)	4(Ciddi)	5(Çok Ciddi)
İHTİMAL					
1(Çok Hafif)	Anlamsız 1	Düşük 2	Düşük 3	Düşük 4	Düşük 5
2(Hafif)	Düşük 2	Düşük 4	Düşük 6	Orta 8	Orta 10
3(Orta)	Düşük 3	Düşük 6	Orta 9	Orta 12	Yüksek 15
4(Ciddi)	Düşük 4	Orta 8	Orta 12	Yüksek 16	Yüksek 20
5(Çok Ciddi)	Düşük 5	Orta 10	Yüksek 15	Yüksek 20	Tolere Edilemez 25

**Tablo 18. 5x5 L Tipi Matris Değerlendirme Sonuç ve Eylem Tablosu**

Sonuç	Eylem
Katlanılamaz Riskler (25)	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülünceye kadar iş başlatılmamalı eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleştirilen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmuyorsa, faaliyet engellenmelidir.
Önemli Riskler (15,16,20)	Belirlenen risk azaltılincaya kadar iş başlatılmamalı eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Risk için devam etmesi ile ilgiliyse acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.
Orta Düzeydeki Riskler (8,9,10,12)	Belirlenen riskleri düşürmek için faaliyetler başlatılmalıdır. Risk azaltma önlemleri zaman alabilir.
Katlanılabilir Riskler (2,3,4,5,6)	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol proseslerine ihtiyaç olmayabilir. Ancak mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir
Önemsiz Riskler (1)	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için kontrol prosesleri planlamaya ve gerçekleştirilecek faaliyetlerin kayıtlarını saklamaya gerek olmayabilir.

EK-3. FINNE KINNEY YÖNTEMİ

Fine Kinney Yöntemi Hesaplama Formülü;

Risk Puanı = Frekans x Olasılık x Şiddet

Tablo 19. Frekans (Maruziyet) Skalası (Tehlikeye maruz kalma sıklığı)

Değer	Açıklama	Frekans
0.5	Çok Nadir	Yılda bir veya daha az
1	Oldukça Nadir	Yılda bir veya birkaç kez
2	Nadir	Ayda bir veya birkaç kez
3	Ara Sıra	Haftada veya da birkaç kez
6	Sıklıkla	Günde bir veya daha fazla
10	Sürekli	Sürekli veya saatte birden fazla

**Tablo 20. Olasılık Skalası (zarar veya hasarın zaman içinde gerçekleşme olasılığı)**

Değer	Kategori
0.1	Neredeyse imkansız
0.2	Pratik olarak imkansız
0.5	Çok düşük olasılık, beklenmez
1	Düşük olasılık ama mümkün
3	Seyrek ama olası
6	Oldukça mümkün
10	Beklenir, kesin

Tablo 21. Şiddet Skalası (tehlikenin gerçekleşmesi halinde insan, işyeri ve çevre üzerinde oluşturacağı zarar veya hasarın şiddeti)

Değer	Kategori
0.1	Neredeyse imkansız
0.2	Pratik olarak imkansız
0.5	Çok düşük olasılık, beklenmez
1	Düşük olasılık ama mümkün
3	Seyrek ama olası
6	Oldukça mümkün
10	Beklenir, kesin

Tablo 22. Risk Düzeyine Göre Fine Kinney Risk Puanı, Karar ve Eylemi

Risk Puanı	Karar	Eylem
$R < 20$	Kabul Edilebilir Risk	Acil tedbir gerekemeyebilir.
$20 < R < 70$	Kesin Risk	Eylem planına alınmalı
$70 < R < 200$	Önemli Risk	Dikkatle izlenmeli ve yıllık eylem planına alınarak giderilmeli
$200 < R < 400$	Yüksek Risk	Kısa vadeli eylem planına alınarak giderilmeli
$R > 400$	Çok Yüksek Risk	Çalışmaya ara verilerek derhal tedbir alınmalı