

PROBLEM ÇÖZME SÜRECİ



Örnek Olay (Senaryo) Nedir? Nasıl Analiz Edilir?

- Genellikle teorik bilginin gerçek hayatta kullanılması amacıyla, gerçek hayattan esinlenerek gerçeğe uygun bir şekilde ya da bazen yaşanan olayın olduğu gibi yazılmasıdır.

- Örnek olaylarda yaşanan olayların incelenmesi, üzerinde tartışılması ve onların yeniden canlandırılması yoluyla, bireyleri karşılaşılan sorunlarla yüz yüze getiren bir yöntemdir.

Örnek olay analiz evreleri

- 1. Örnek olay hakkında bilgi edinilmesi ve sorunun saptanması,**
- 2. Örnek olayda ele alınan problemin analiz tekniklerine göre edilmesi,**
- 3. Olası çözüm önerilerinin belirlenmesi.**

Örnek olaylar;

1. Çalışma hayatında karşılaşılan gerçek olayları görmek, çalışanların karşılaştıkları sorunların fark edilmesini sağlar.
2. Benzer olaylarla karşılaşıldığında sorunun nasıl analiz edilerek, yaşanan sorunların çözümünde nasıl kararlar alınabileceğine yönelik yol gösterir.
3. Örnek olaylar çalışanlara, benzer sorunların sektörde birçok kişi tarafından yaşandığını ve sorunların birden fazla çözümünün olduğunu gösterir.

Hataların Analizi

- Kurumda yaşanan hataların analizinde sıklıkla olay/hata bildirim formlarından yararlanır.
- Hata analizinin yapılması ve hata nedenlerinin bulunması için sıklıkla **kalite kontrol çemberleri (quality control circles)** oluşturulur. Kalite çemberinin amacı çalışanların yaptıkları işle ilgili yaşanan olayın nedenlerini belirlemek ve tekrar yaşanmasını önlemek için birlikte çalışarak ve düzenli toplantılar yaparak alternatif çözümler geliştirmektir.

Kalite emberinin oluşturulması sürecinde şunlara dikkat edilmelidir:

- Problemin tanımlanması
- Konuyla ilgili sorumluların belirlenmesi
- Problemin özm yöntemlerinin belirlenmesi
- Çember yelerinin belirlenmesi
- Çember yelerinin eğitiminin belirlenmesi

Olay/Hata analizinde temel olan; mevcut durumun, sorunun ve iyileştirilmesi gerekli sürecin sorunlarının nerelerden ve neden kaynaklandığının araştırılmasıdır.

- Bir hata/olay tespit edildiğinde en olası gibi görünen ya da en tipik sebebe ‘sebepe budur’ diye yönelmek yerine olabilecek tüm sebepleri incelemek gerekir. Çünkü hataya/olaya neden olan şey (kök neden) zannedilenden, ilk akla gelenden hatta sıklıkla olan nedenden farklı olabilir.

Hata/olay analizinde

1. Balık Kılçığı Diyagramı/Sebep-Sonuç Diyagramı

Balık kılçığı yöntemi bir problemin veya durumun olası sebeplerini belirlemek amacıyla kullanılır. Balık kılçığı analizinde, yaşanan problemle ilgili olan tüm çalışanların katıldığı (hekim, hemşire, servis sorumlu hemşiresi, servis personeli, temizlik personeli vb.) bir kalite çemberi ekibi kurulur. Ekipte yer alan çalışanlar beyin fırtınasından yararlanarak, sorunu ayrıntılı olarak analiz ederler.

1. Balık Kılçığı Diyagramı/Sebeup-Sonuç Diyagramı

- Amaç, soruna neden olan kişi (lerin) belirlenmesi değil, soruna götüren nedenlerin belirlenmesi ve sistemin iyileştirilmesidir. Öncelikle balığın kafasına her zaman esas sorun yazılır. Soruna neden olan konuların analizinde, sorunun özelliğine göre birkaç başlık alınır. Başlıklar: hasta kaynaklı sorunlar, bakım verenlerden kaynaklanan sorunlar, uygulama sürecinden kaynaklanan sorunlar, araç- malzemedeki kaynaklanan sorunlar, yönetsel sorunlar gibi.

2. Beyin fırtınası

Bireylerin eleştirilme endişesi olmadan fikirlerini rahatlıkla ifade ettikleri grup tartışma tekniğidir.

Beyin fırtınası, değişik fikirlerin ortaya konulmasını destekler, böylece kısa sürede çok sayıda farklı fikirler üretilir.

Bu fikirlerin uygulanmasında fikirlerin niteliğinden çok, sayıca çokluğu önemlidir.

Beyin fırtınası ne amaçla kullanılır

- Amaçlar belirlenirken,
- Büyük değişim yaratacak fikirleri ortaya çıkarmada,
- Görüş birliğine ulaşmada,
- Yaratıcı fikirler üretmede
- Soruna çözüm yolları bulmada

Problem ve Analizi

- Bir hastanede apandisit ameliyatı olan 67 yaşındaki bir hasta, ameliyat sonrasında cerrahi serviste yatmaktadır. Hasta servise geldikten sonra mobilize edilmiştir. Hastanın sağ kolunda serum ile sıvı tedavisi devam etmektedir ve henüz oral beslenmeye geçilmemiştir. Hastanın ağrısı olduğu için 20:10 da IM novalgin yapılır. Hasta saat 21:00 da tuvalete gitmek ister. Hastanın yanında refakatçisi olan eşi serumu eline alır, hastanın bir kolundan tutarak odanın içindeki tuvalete doğru yürütmeye başlar. Hasta iki-üç adım attıktan sonra düşer ve burnu yatak kenarına çarptığı için kırılır.

- Problemin tanımlanması
- Problemin nedeninin analizi için bilgi (veri) toplanması
- Problemin analiz edilmesi(pareto,, 5N1K, balık kılçığı, beyin fırtınası teknikler)
- Alternatif çözümlerin belirlenmesi
- Uygun çözümün belirlenmesi
- Çözümün uygulanması
- Sonuçların değerlendirilmesi

- **Problem nedir?**

Hastanın düşmesi ve burnunu kırılması

Düşmeye neden olan durumlar?

Hastanın Durumuna Bağlı Nedenler

1. Geçmişte düşme hikayesi bulunanlar
2. 65 yaş üstünde olanlar
3. Duruşu ve dengesi bozuk olanlar
4. Karar verme yeteneği azalmış olanlar
5. Görsel işitsel engelli hastalar
6. Dikkat ve şuuru azaltan ilaç kullanımı
7. Dışkı ve idrar tutmada güçlük
8. Çok sayıda ilaç kullanımı
9. Güçsüzlük, baş dönmesi
10. Ortostatik hipotansiyon
11. Kronik hastalıklar
12. Kalça kırığı
13. Travma beyin hasarı
14. Kesin yatak istirahati olanlar

Çevre Kaynaklı Nedenler

1. Zeminin ıslak ya da kaygan olması
2. Terlik tabanlarının kaymayı kolaylaştırıcı malzemedен olması
3. Hastanın hemşire ziline ulaşımının güç olması
4. Yatak kenarlarının yükseltilmiş olmaması

Bakım veren kaynaklı sorunlar

- Hastanın düşme riski değerlendirilmemiş
- Hastanın düşme olasılığına yönelik önlem alınmamış
- Hasta ve ailesine düşme riski konusunda bilgi verilmemiş, uyarı yapılmamış

Hasta kaynaklı sorunlar

- Hastanın hipotansiyonu olması sonucu düşmesi
- Hastanın altı köseli terlik kullanması
- Hastanın yaşının yüksek olması, düşme riski
- Hastanın hemşireye haber vermeden kalkması
- Refakatçinin hasta düşerken tutamaması
- Hastaya düşmeden 50 dk önce ağrı kesici yapılmış olması

- **Süreç kaynaklı sorunlar**

- Hastaların düşme riskinin değerlendirilmesi için bir ölçme aracı kullanılmaması
- Düşme riskine yönelik ne tür önlemler alınacağına kurumsal olarak tanımlanmaması
- Düşmelerle ilgili indikatörlerin belirlenmemiş olması
- Hasta düşme risklerinin izlenip izlenmediğinin üst yönetim tarafından kontrol edilmemesi
- Düşen hastaların neden düştükleri ve bunun yaşanmaması için gerekli kaza analizlerinin yapılmaması

- Yaşanan problemle ilgili olan tüm çalışanların katıldığı bir kalite çemberi ekibi kurulur.(hekim, hemşire, servis personeli, temizlik personeli..)
- Kalite çemberinin amacı soruna götüren nedenlerin belirlenmesi ve sistemin iyileştirilmesi
- Sorun analizinde hasta kaynaklı sorunlar, uygulama sürecinden kaynaklı sorunlar, bakım verenden kaynaklı sorunlar, araç-malzemedeki kaynaklı sorunlar, yönetsel sorunlar başlıklarından yaralanılır.

3. 5N 1K Analizi

- 5N1K, problem analiz tekniğinde yaşanan soruna yönelik çeşitli sorular sorulur ve sorun ayrıntılı olarak analiz edilmeye çalışılır.

- **Ne oldu?** Hasta düştü ve burnu kırıldı,
- **Neden oldu?** Hasta ayağa kalkınca ortostatik hipo tansiyon gelişti ve hasta düştü. Ayrıca hastanın 65 yaş üstü olması, uzun süre yatmış olması, hastaya düşmeden 50 dakika önce IM yolla novalgine ampul (ağrı kesici) yapılmış olması, ayağında altı kösele terlik olması hastanın düşmesini kolaylaştırdı.
- **Nerede oldu?** Hasta odasında
- **Ne zaman oldu?** Hasta saat 14.30'da operasyon sonrası odasına alındı, saat 17.00'de mobilize edildi, kolundan sıvı verilmeye devam ediyordu. Hasta kendini iyi hissettiğinden saat 21.00'de tuvalete kalmak istedi. Tuvalete giderken düştü.

5N1K

- **Nasıl oldu?** Hasta ve eşi hemşirenin çok yoğun olduğunu düşündüğünden rahatsız etmek istemediler. Hasta saat 17.00'da ayağa kalktığında bir sorun yaşamamış olduğundan, yine kendi kendine kalkabilir sandı. Hastanın kolundaki serumu eşi eline aldı, hasta kendisi ayağa kalktı ve birkaç adım attı. Bu sırada hastanın başı dondu, birden ayağı kaydı ve düştü. Düşerken yüzü yatak kenarına çarptı, yere yığıldığında her yer kan oldu. Hasta yakını korktu ve bağırmaya başladı. Bunu duyan hemşire ve temizlik görevlisi hemen odaya gitti.
- **Kim kime oldu?** Olayda hasta ve hastanın eşi vardı.

4. Beş Neden (Kök - Neden) Analizi

Sürekli olarak "neden" sorusu sorularak bir problemin "kok sebeplerini" araştıran bir tekniktir. Problemin esas nedeni belirlenene kadar "neden?" diye sorulur. Genellikle 4. neden sorusunda kok nedeni belirlemek mümkün olduğundan 5. kez neden diye sormaya gerek olmayabilir. Örneğin:

- Hasta neden düştü?
- Neden düşünce burnu kırıldı?
- Hasta yataktan kalkarken, hasta yakını neden yardım istemedi?
- Neden hemşire "hasta yataktan kalkarken kendisinin haber verilmesi" konusunda hasta ve yakınlarını uyarmadı?

5. Pareto analizi (80/20 Kuralı)

- Pareto analizi, önemli sorunları önemsizlerden ayırmaya yarayan bir araç olarak düşünülebilir. **80:20 Kuralı** olarak da bilinen pareto teorisine göre; ‘birçok durumda ortaya çıkan sonuçların % 80’i, sebeplerin % 20’sinden kaynaklanır’. Başka bir ifadeyle hataların büyük bir kısmının sadece birkaç sebepten kaynaklanabileceği belirtilmektedir.

Örneğin hastaların düşme nedenlerine yönelik hastane genelinde düşen hastaların olay bildirim formları analiz edildiğinde, düşme nedenlerinin tanımlanması önemlidir.

Yapılan pareto analizi, hastaların düşmeleriyle ilgili riskli durumları belirlememize yardımcı olur.

- **Kategori 1:** 65 yaşın üstünde (%15)
- **Kategori 2:** Duruşu ve dengesi bozuk, baş dönmesi, vertigo (%15)
- **Kategori 3:** Dikkat ve şuuru azaltan ilaçlar kullananlar (%25)
- **Kategori 4:** Ortostatik hipotansiyon (%35)
- **Kategori 5:** Kesin yatak istirahati olanlar (%10)

6. Nominal grup tekniği

- Nominal grup tekniği, bir grubun tüm üyelerinin kararlarını kullanarak belirlenmiş olan 'sorun nedenlerine' yönelik listeyi, öncelik sırasına göre listelemeye yarayan bir yöntemdir.
- Kalite çemberindeki her üye (en az yedi kişi), kendi önceliğine göre harflerden yararlanarak öncelik listesini oluşturur. Her sıraya üstten alta bir puan (en yüksek puan 10 puan, en düşük puan 1 puan) verilir. Her üye en yüksek ve en düşük olasılık nedenini ortaya koyan puanları toplar. En yüksek değeri alan neden/ sorun, grubun seçtiği sorundur. Ayrıca nedenlere yönelik çözüm önerileri geliştirilir.

1. Hastada ortostatik hipotansiyon gelişmesi (69 puan)
2. Hastanın hemşireye haber vermesi gerektiğini bilmemesi (61 puan)
3. Hastanın düşme riskinin değerlendirilememesi (değerlendirme formunun olmaması) (53 puan)
4. Hastanın düşme riski olduğunu gösteren işaret olmaması (50 puan)
5. Hemşirenin hasta ve ailesine ayağa kalkarken kendisini çağırması konusunda uyarıda bulunmaması (risk durumuna yönelik önemler belirlenmemiş) (44 puan)
6. Hastanın altı kayan kösele terlik giymesi (30 puan)
7. Hastanın 65 yaş üstü olması (27 puan)
8. Hastanın eşi hasta düşerken, elinde serum şişesi olduğundan, hastayı tutamaması (22 puan)
9. Hastanın tuvaleti olup olmadığının hemşire tarafından sık sık sorgulanmaması (19 puan)

- Bu kazada büyük sorumluluk hemşireye ait gibi görünse de gerçekte hasta bakım sürecinde risk değerlendirme ve önleme konusunda yönetime düşen görevlerin yerine getirilmemiş olmasından kaynaklanmaktadır.

Bunlara yönelik çözüm önerileri ise:

- Hastaların düşme riskinin değerlendirileceği bir ölçek hazırlanması (yönetsel yapı standardı)
- Hastanın düşme riskine göre yapılması gereken uygulamaların belirlenmesi (yönetsel yapı standardı)
- Düşme riski olan hastaların yatak başlarına, düşme riskini gösteren dört yapraklı yeşil yonca işareti konması ve tüm çalışanların (hekim, hemşire, fizyoterapist, hasta bakıcı, temizlik görevlisi gibi) düşme riski açısından bu hastalara karşı dikkat etmesi (hasta bakımı süreç standardı)
- Hasta ve ailesinin düşme riski konusunda bilgilendirilmesi ve ayağa kalkarken sağlık personelinin yardım istemesi konusunda uyarılması (hasta bakımı süreç standardı)

- Hastaya altı kaymayan çorap ya da terlik giydirilmesi (hasta bakımı süreç standardı)
- Düşme riski olan hastaların yatak kenarlıklarının yükseltilmiş olması (hasta bakımı süreç standardı)
- Düşme riski olan hastaların yatak zillerinin her zaman yanlarında bulunmasının sağlanması (hemşire zili yoksa yönetsel yapı standardı; varsa süreç standardı)
- Hemşire ya da diğer sağlık personelinin hemşire çağrı ziline basan hastalara en kısa surede bakmasının sağlanması (yönetsel süreç standardı)

Hasta Düşmesiyle İlgili Kurumsal Amaç Ve Hedefler

Hedef: Düşmeden kaynaklanan hastanın zarar görme riskinin azaltılması

- Kurumdan sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarının düşmesinin engellenmesi ya da zarar görme riskinin azaltılması

Amaç: Kurumda çalışanlar tarafından düşme riski değerlendirilmeli ve düşme riskinin azaltıcı önlemler geliştirilerek hastaların düşmelerinden kaynaklanacak zarar görme riski azaltılmalıdır.

Ölçüm indikatörleri:

Hastaların düşme risklerini değerlendirmek için bir ölçek kullanılır(yapı)

Hastaların düşme riskine göre gerekli girişimler tanımlanır(yapı)

Her hastanın düşme riski puanı belirlenir(süreç)

Düşme riski olanların oda kapısına dört yapraklı yonca görseli asılır(süreç)

Servisin yıllık hasta düşme eşik değeri 0 (sıfır) dır (sonuç)

7. Delfi Tekniği

- Delfi Tekniği, bir konu üzerinde bir grup insanın fikir birliğine varmasını amaçlayan bir yöntemdir. Daha çok yönetsel sorunların analizinde kullanılır. Kişilere konuyla ilgili açık uçlu soruların yer aldığı soru formu email ile gönderilir. Gelen cevaplar incelenir, katılımcıların görüş ve tutumlarını yansıtan cevaplar gruplanır. Gruplanarak yeniden düzenlenen cevaplar tekrar aynı katılımcılara, aynı şekilde gönderilerek katılımcılardan, mevcut konuyla ilgili önerileri en önemliden en önemsiz sıralamaları istenir. İnceleme sonucunda konu hakkında ne düzeyde fikir birliğine varıldığı belirlenir.

Soruna duyarlı örgütlerin özellikleri

- Yöneticinin tutumu,
- Sorun çözme yeteneği
- Denetim sistemi
(suçlu kim?,
sorun neden kaynaklanıyor?)
- İletişim (çift yönlü)
- Eleştiriye açık

