

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÖNETİM VE ORGANİZASYON
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANE GÜVENLİĞİ YÖNETİMİ: KAMU HASTANELERİNE YÖNELİK BİR
ÇALIŞMA

ZAFER ASLAN

DANIŞMAN
DOÇ.DR. GÜVEN ŞEKER

MANİSA

2015

ÖZET

Çalışmamızın amacı “Ülkemizde hastane güvenliği konusu kavramsal düzeyde nasıl algılanmakta ve bu konu bütün yönleri ele alınarak sistematik olarak hastanelerimizde uygulanabilmekte midir?” sorusuna cevap aramaktır. Çalışmada öncelikle konunun kavramsal boyutu incelenerek ülkemizde bu konunun yeterince anlaşılıp anlaşılmadığı sorusuna cevap aranacaktır. Yine çalışmamızda ülkemizde hastane güvenliği konusu yasal ve yapısal olarak hangi düzeydedir sorusuna cevap aranacaktır. Ayrıca çalışmada hastane güvenliğinde etkin rolü olan aktörler ve uygulamaların yeterli olup olmadığı sorusuna cevap aranacaktır.

Bu sorunun yanında ek olarak; Hastane yöneticileri güvenlik konusunu sistematik olarak ele almakta mıdır? Hastane güvenliği konusu kavramsal olarak hastane yöneticileri tarafından ne kadar bilinmektedir? Hastanelerde güvenliğin artırılması için yönetici, personel ve hastaların katkılarının olması için her hangi bir çalışma var mıdır? Bu yönüyle bakıldığında “Dışarıdan yasa koyucular ve yasalar, alanda çalışan bilim insanları içeriden de yöneticiler, çalışanlar, hastalar ve ziyaretçiler olmak üzere katılımcı bir hastane güvenlik anlayışı getirmek mümkün müdür?” soruları çalışmada sorulacaktır.

Çalışmamızın evreni İzmir ve Manisa’da bulunan 10 ayrı hastanede görev yapan hastane yöneticileri ve eğer hastane içinde varsa güvenlik amirleridir.Çalışmada nitel araştırma tekniklerinden alan yazın çalışması yapılmış ABD’de bulunan hastane güvenliği sistemi, ülkemizdeki mevcut yapısal ve yasal sistem incelenmiş ve yarı yapılandırılmış görüşme için de 35 ucu açık soru hazırlanmıştır.“kavramsal, sistem, aktörler, uygulama” başlıklarına göre sınıflandırılarak konunun ülkemizde işleyen durumu alan yazım verileri ile karşılaştırılarak incelenmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre ülkemizde hastane güvenliği konusunda bütüncül bir yaklaşım halen yoktur. Sağlık güvenliği sistemsel (yassal ve yapısal), aktörler (yönetici, çalışan ve hasta) ve uygulama olarak gelişmiş ülkeler düzeyinde değildir. Bu durumun iyileştirilmesi içinde gelişmiş ülkelerde yapılan ve uygulanan düzenlemelerin örnek olarak alınması gerekliliği vardır.

Anahtar Kelimeler: Güvenlik, Hastane, Hasta Güvenliği, Çalışan Security Hastane Güvenliği, Mal Güvenliği, Bina Güvenliği, Hastane Yönetimi, Güvenlik yönetimi, Risk Yönetimi

ABSTRACT

The aim of this study is to uncover our query; ‘How is the term hospital security perceived in Turkey, and thus far, to find out whether a proper and systematic security approach is practiced in hospitals by all its agents. The study primarily focuses on ‘hospital security’ concept to find out if the term itself has been accurately perceived, and if it is used properly by its agents (who somehow have a stake/role in the healthcare environment). Moreover, our study analyses the legal and structural body of hospital security in Turkey. The study also looks for an answer to if the agents and processes in hospital security are taking place efficiently, for both have vital roles in the system. The study also requests answers to following questions:

- Do hospital managers in Turkey handle hospital security systematically?
- To what extent do hospital managers perceive the concept ‘hospital security’ (accurately)?
- Are there any efforts to make hospital managers, patients and visitors participate more effectively in the hospital security?
- With respect to all these abovementioned, is it possible to create a holistic approach which not only law-makers and legislation process, and academicians (such as researchers in the field) who have external effects on the system, but also hospital managers, healthcare workers, patients and visitors who take part in the system internally participate in.

The population and sample of this study consists of 10 different state hospitals and their managers and security managers. A literature study , that is a qualitative technique, of hospital security has been done in the first part by researching the current hospital security systems in practice both in the USA and Turkey from a structural and legislative view. Later, we have prepared 35 open-end questions for a semi-structured interview. After obtaining all the data from our target population whom we interviewed, they were classified under four topics such as: the conceptualization of hospital security, the systematization (of hospital security), agents/actors (who have a stake in hospital security), and practice (of hospital security)/the current situation. All the data gathered were compared accordingly. Approaches to hospital security from both countries were compared not only theoretically but also practically.

Given the findings from our research it is clear Turkey still lacks a holistic approach to hospital security. Currently, hospital security in Turkey totally falls far behind the current situation it has in the USA. The systems which are in practice in the developed countries like our USA sample can be taken as a model to construct a more modern and better system in hospital security.

Key words: Security, Hospitals, Patient Security, Employee Security, Hospital Security, Property Security, Building Security, Hospital Management, Security Management, Risk management

Yüksek Lisans / Doktora tezi olarak sunduğum “HASTANE GÜVENLİĞİ YÖNETİMİ: KAMU HASTANELERİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

25 / 01 /2015

Adı Soyadı

ZAFER ASLAN

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 06.08.2014 tarih ve 16/3 sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisans Üstü öğretim Yönetmeliği'nin 24. Maddesi gereğince Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zafer ASLAN'ın "Hastane Güvenliği Yönetimi" Konulu tezi incelenmiş ve aday 09.02.2015 tarihinde saat 11:00'de jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra..70 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından jüri üyelerine sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

| | | | |
|----------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| BAŞARILI olduğuna | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>OY BİRLİĞİ</u> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| DÜZELTME yapılmasına | * | <u>OY ÇOKLUĞU</u> | <input type="checkbox"/> |
| RED edilmesine | ** | ile karar verilmiştir. | <input type="checkbox"/> |

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.

** Bu halde adayın kaydı silinir.

BAŞKAN
Doç.Dr. Güven ŞEKER
(Danışman)

Güven Şeker

ÜYE
Doç.Dr. Asena ALTIN GÜLOVA

Asena Altın Gülova

ÜYE
Doç.Dr. Necdet BİLGİN

Necdet Bilgin

| | |
|--|-------------------------------------|
| <u>Evet</u> | <u>Hayır</u> |
| *** Tez, burs, ödül veya Teşvik prog. (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir | <input type="checkbox"/> |
| Tez, mutlaka basılmalıdır | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tez, mevcut haliyle basılmalıdır | <input type="checkbox"/> |
| Tez, gözden geçirildikten sonra basılmalıdır. | <input type="checkbox"/> |
| Tez, basımı gereksizdir. | <input type="checkbox"/> |

"Hastane Güvenliği Yönetimi: Kamu hastanelerine yönelik bir araştırma" şeklinde tez başlığının değiştirilmesi önerilmiştir.
Doç. Dr. Güven Şeker Doç. Dr. Asena Altın Gülova Doç. Dr. Necdet Bilgin
Güven Şeker Asena Altın Gülova Necdet Bilgin

ÖNSÖZ

Çalışmamız, kapsam ve içeriği göz önüne alındığında hastane güvenliği alanında Türkiye’de yapılan ilk çalışmadır. Bu yönüyle bakıldığında çalışma Türkiye’de bu konuda bir model olma amacı gütmektedir. Hastanelerde yaşanan güvenlik sorunları ve ortaya çıkan şiddet olayları çalışmaya başlamamızda önemli bir neden olmuştur. Bu çalışmaya öncelikle gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar incelenerek başlanmıştır. Özellikle tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Güven ŞEKER’İN yönlendirilmesiyle de uluslararası kaynaklar göz önünde bulundurularak hastane güvenliğinin sadece şiddet boyutu olmadığını gördük ve çalışmamızı hastanelerde can, mal ve bilgi kapsamında geliştirdik. Çalışmam süresince bana her türlü akademik ve dostça desteğini esirgemeyen tez hocam Doç. Dr. Güven ŞEKER’E ve bana sabırla ve içten sevgiler ile destek veren çok değerli eşim Nesibe ASLAN’A ve diğer aile bireylerime teşekkürü bir borç bilirim. Çalışmamızın hastane güvenliği konusunda yapılacak çalışmalara örnek olmasını dilerim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| ÖNSÖZ | v |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| ŞEKİLLER VE TABLO LİSTESİ | viii |
| KISALTMALAR | ix |
| 1. BÖLÜM: GİRİŞ..... | 12 |
| 1.1. Problem | 13 |
| 1.2. Amaç | 16 |
| 1.3. Araştırmanın Önemi..... | 17 |
| 1.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları..... | 18 |
| 2. BÖLÜM : ALAN YAZIN ÇALIŞMASI | 19 |
| 2.1. Temel Kavramlar | 19 |
| 2.1.1. Hastane Sistemleri ve Hastanelerin Evrimi..... | 19 |
| 2.1.2. Örgüt Olarak Hastane Sistemleri | 21 |
| 2.1.3. Hastane Türleri..... | 23 |
| 2.1.4. Hastane Yönetimi..... | 27 |
| 2.1.5. Risk Yönetimi | 31 |
| 2.1.6. Güvenlik..... | 35 |
| 2.2. Hastane Güvenliği ve Yönetimi | 42 |
| 2.2.1. Sağlık Güvenliğinin Gelişimi..... | 45 |
| 2.2.2. Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlık Sistemi içinde Hastane Güvenliğinin Gelişmesi48 | |
| 2.2.3. Hastane Güvenliğini Belirleyen Unsurlar | 92 |
| 2.2.4. Hastane Güvenliğinde Temel Güvenlik Tehditleri | 106 |
| 2.2.5. Çalışan Güvenliği..... | 121 |
| 2.2.6. Hasta Güvenliği..... | 135 |
| 2.2.7. Bina Güvenliği | 152 |
| 2.2.8. Mal ve Malzeme Güvenliği..... | 177 |
| 2.2.9. Bilgi Güvenliği..... | 183 |
| 2.2.10. Güvenlik Olaylarının Takibi ve Tespiti | 186 |
| 3. BÖLÜM : YÖNTEM..... | 191 |
| 3.1. Çalışmanın Yöntemi ve Modeli | 191 |
| 3.2. Evren ve Örneklem | 192 |
| 3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi..... | 193 |

| | |
|--|------------|
| 4. BULGULAR VE YORUMLAR (Manisa ve İzmir Çevresinde Bulunan Hastane Yöneticilerinin Hasta Güvenliğine Bakışlar)..... | 197 |
| 4.1. Kavramsal Olarak Hastane Güvenliğinin Yöneticiler Tarafından Değerlendirilmesi | 198 |
| 4.2. Yasal ve Yapısal Olarak Kavramsal Olarak Hastane Güvenliğinin Yöneticiler Tarafından Değerlendirilmesi | 203 |
| 4.3. Hastane Güvenliğinde Rol Alan Aktörlerin Yöneticiler Tarafından Değerlendirilmesi | 205 |
| 4.4. Hastanelerde Hastane Güvenliği Uygulamalarının Yöneticiler Tarafından Değerlendirilmesi..... | 209 |
| 4.5. Hastane Güvenliği konusunda Yöneticilerin Yaptığı Değerlendirmelerin Yorumlanması..... | 213 |
| 4.5.1. Kavramsal Olarak Hastane Güvenliği..... | 213 |
| 4.5.2. Yapısal ve Yasal Olarak Hastane Güvenliği..... | 214 |
| 4.5.3. Hastane Güvenliğinde Bulunan Aktörler | 215 |
| 4.5.4. Hastane Güvenliği Uygulamaları..... | 216 |
| 5. SONUÇ..... | 218 |
| 6. KAYNAKÇA..... | 225 |
| 7. EKLER..... | 244 |
| EK-1: USGEK 07.01 Nolu Temel Sağlık hizmetleri Yönergesi | 244 |
| EK-2: USGEK 03.02 Nolu Genel Çalışan Güvenliği Oryantasyonu ve Eğitimi Yönergesi | 245 |
| EK-3: USGEK 02.04 Nolu Hasta Yönetiminde Güvenliğin Rolü Yönergesi | 247 |
| EK-4: USGEK 02.03 Nolu Tutuklu Olan Hastaların Güvenliği Yönergesi..... | 249 |
| EK-5: USGEK 02.08 Nolu Hasta ve Hastaların Bulunduğu Yerlerin Aranması Yönergesi | 251 |
| EK-6: USGEK 09.04 Nolu Kaçan Hasta Yönergesi..... | 253 |
| EK-7: USGEK 09.01 Nolu Güvenlik Hassasiyeti Olan Alanlar Yönergesi..... | 254 |
| EK-8: USGEK 04.02 Nolu Gizli Olarak Yapılan İncelemeler Yönergesi..... | 256 |
| EK-9: USGEK 09.03 Nolu Acil Servis Güvenlik Yönergesi..... | 258 |
| EK-10: Görüşmede Kullanılan Mülakat Soruları | 259 |
| EK-11: Çalışma İçin İlgili Kurumlardan Alınan Etik ve Onay Yazıları..... | 262 |

ŞEKİLLER VE TABLO LİSTESİ

| | |
|---|-----|
| Şekil 1 Sağlık Sektörü ve Diğer Endüstri Alanlarında Çalışanlarının Karşılaştırılması | 22 |
| Şekil 2 Sağlık hizmeti Veren Kurumları Etkileyen Risk Konuları | 34 |
| Şekil 3 Emniyet ve Güvenlik Arasındaki Farklar | 37 |
| Şekil 4 Hastane Güvenlik Çevresi | 41 |
| Şekil 5 Hastane Güvenliği Konuları | 44 |
| Şekil 6 2000-2012 Toplam Nüfus Piramidi | 51 |
| Şekil 7 Yıllara Göre Kırsal ve Kentsel Nüfus Oranı, (%), Türkiye | 51 |
| Şekil 8 Kentsel Nüfus Oranlarının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2011 | 52 |
| Şekil 9 Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye (2002-2012) | 54 |
| Şekil 10 Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı, Türkiye (2012) | 54 |
| Şekil 11 Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması (2011) | 55 |
| Şekil 12 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye (2012) | 55 |
| Şekil 13 Bakanlığa Ait Sağlık Hizmet Kuruluşları Sayısı (2013) | 56 |
| Şekil 14 Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2012, Türkiye | 58 |
| Şekil 15 Sağlık Personel Sayıları, Tüm Sektörler (2002-2013) | 59 |
| Şekil 16 Yüz Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması (2011) | 59 |
| Şekil 17 Yüz Bin Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması (2011) | 60 |
| Şekil 18 Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı (%), (2012) | 61 |
| Şekil 19 OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), (2011) | 62 |
| Şekil 20 2012 Yılı Rakamları ile Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Reel, TL, Türkiye | 63 |
| Şekil 21 OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, Kamu ve Özel, SGP ABD \$, (2011) | 63 |
| Şekil 22 OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, (2011) | 64 |
| Şekil 23 Kamu Sağlık harcamalarının GSYİH İçindeki Oranları, (%) | 64 |
| Şekil 24 Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması | 66 |
| Şekil 25 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 1 | 67 |
| Şekil 26 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 2 | 68 |
| Şekil 27 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 3 | 68 |
| Şekil 28 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 3 | 69 |
| Şekil 29 Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Teşkilat Şeması | 70 |
| Şekil 30 TKHK Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı Teşkilat Şeması | 71 |
| Şekil 31 Sağlık Bilişimi Daire Başkanlığı Teşkilat Şeması | 72 |
| Şekil 32 Sağlık Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı | 73 |
| Şekil 33 Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Kurum Teşkilat Şeması | 74 |
| Şekil 34 Hastanede Alınan/Bulunan Fiziki ve Psikolojik Güvenlik Tedbirleri | 95 |
| Şekil 35 Hastane Güvenlik Riskleri ve Etkilediği Faktörler | 108 |
| Şekil 36 Hastane Koruma Katmanları | 163 |

KISALTMALAR

AASDK: Amerika Acil Servis Doktorları Koleji (Amerikan College of Emergency Physicians, ACEP)

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AEGK : Amerikan Endüstriyel Güvenlik Kurumu (American Society For Industrial Security, ASIS)

AGİİD: Amerikan Gıda ve İlaç idaresi (Food and Drug Administration, FDA)

AHB: Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association, AHA)

AKFD: Amerikan Kongre ve Fuarlar Derneği (The Healthcare Convention & Exhibitors Association, HCEA)

ASDKK: Amerika Sağlıkta Düzenleme ve Kalite Konsorsiyumu (Centers for Medicare & Medicaid Services ,CMS)

bkz.: Bakınız

ÇDP : Çalışanlara Destek Programı

DMKK: Devlet Malını Kötüye Kullanma ve Faydalanma

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation, WHO)

EP: Performans Unsurları

ETOH : Alkol Bağımlıları

KKS: Küresel Konumlama Sistemi (Global Positioning System, GPS)

GÜTASSK: ABD Güvenilebilir ve Taşınır Sağlık Sigortası Kanunu (1996) (the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA)

HÖÖ: Hayvan Özgürlüğü Öncüleri (Animal Liberation Front, ALF)

İK: İnsan Kaynakları

İSEK: İş Sağlığı ve Emniyeti Kurumu (ABD) (The United States Occupational Safety and Health Administration, OSHA)

KAK: Karma Komisyon (The Joint Commission, TJC)

KAKK: Karma Komisyon Kaynaklar(Joint Commission Resources, JCR)

KDK: Kapalı Devre Kameralar (Closed-circuit Television, CCTV)

KKSKAK: Karma Komisyon Sağlık Kurumları Akreditsiyon Kurumu (the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO)

KRA : Kurumsal Risk Analizi

KSB : Kişisel Sağlık Bilgileri

MBPS: Munchausen By Proxy Syndrome

MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme Sistemi

NCPC : Amerikan Ulusal Suç Engelleme Konseyi

NSA : Amerikan Ulusal Güvenlik Kurumu

RFID : Radyo Frekans Kimlikler

RY : Risk Yönetimi

SRY: Sağlık hastane Risk Yönetimi

TBY : Tıbbi bilgi yönetimi

TESDEK Tescilli Sahtecilik Denetleme Kurumu (Association of Certified Fraud Examiners, ACFE)

TKSOK: Treadway Komisyonu Sponsor Organizasyonlar Kurulu (The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, COSO)

TRF: Tedavi Almayı Reddetme Formu (Against Medical Advice, AMA)

UKAK: Uluslar arası Karma Komisyon (Joint Commission International, JCI)

UKİM: Ulusal Kayıp ve İstismara Uğrayan Çocuklar Merkezi (National Center for Missing & Exploited Children, NCMEC)

USGEK: Uluslar arası Sağlıkta Güvenlik ve Emniyet Kurumu (The International Association for Healthcare Security and Safety, IAHSS)

UYAKK: Ulusal Yangın Koruma Kurumu (ABD) (National Fire Protection Association, NFPA)

X-ray: X Işınları ile Yapılan Görüntüleme Sistemi

VIP: Çok önemli hastalar

YBÜ: Yoğun Bakım Üniteleri

1. BÖLÜM: GİRİŞ

Sağlık hizmeti, etik ve yasal bir görev olarak bütün hastalar için tedavi ortamı oluşturan, sağlık hizmeti beklentilere uygun güvenli ve sağlıklı bir ortam sunmak zorunda bulunan bir yapıyı ifade eder. Hastaneler sağlık hizmetinin sunulmasında önemli bir rol oynar. Sağlık sektöründeki personel ihtiyacı, yaşlı nüfus sayısının çoğalmasından dolayı beklenenden daha hızlı artmaktadır ve bu şekilde artmaya da devam edecektir. Sağlık sektörüne olan taleplerin yükselmesi ve bu sektörün önemli kar marjlarının bulunması bu sektörü Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin ve dünyanın en büyük ve en hızlı gelişen iş kolu haline getirmiştir (Colling & York, HHS, 2010). Günümüz Avrupa ülkelerinde hastane kurum olarak sağlık bütçelerinin %50'sini kullanmaktadır. Bu kurumlarda çalışan uzmanların (doktor, teknik sağlık görevlileri gibi) sağlık hizmetlerinin yönetilmesi ile ilgili belirgin yönetici, yönlendirici etkileri vardır. Yaşanan teknolojik ve tıbbi gelişmeler hastanelerin sağlık hizmeti verme konusunda toplum hayatında zaten var olan etkinliğini de arttırmaktadır (McKee & Healy, 2002).

Sağlık hizmetinin sunumu kaliteli ve uzmanlığı zorunlu kılan işgücü gerektirir. Ayrıca sürekli yenilenen teknolojik aletler ve bu aletlerin getirdiği ilave iş yoğunluğu sektörün önemli bir özelliğidir. Sağlık sektöründeki kurumlar, çalışanları özel uzmanlık gerektiren doktorlardan teknisyenlere, onlardan yemek ve temizlik hizmeti veren personele kadar çok farklı eğitim almış personeli barındıran ve çalışanlarının çoğunun kadın olduğu kurumlardır. Bununla birlikte kurum çalışanlarının bazen şehir merkezlerine uzak yerlerde çalışması gerekebilir. Ayrıca sağlık çalışanları uzun saatler çalışmak zorunda olan bireylerdir. Yüksek risk grubu olan hastanelerde bilinmeyi yönetmek günlük söz konusu olan bir durumdur (Briner, Kessler, & Pfeiffer, 2010). Bütün bu durumlara rağmen hastaneler, devlet yöneticileri ve akademisyenler tarafından yeterince ilgi görmemektedir. Bunun nedeni, hastanelerde yapılacak olan reformların çoğunlukla zor olarak kabul edilmesi durumudur. Her ne kadar hastaneler değişim konusuna dirençli görünseler bile, farklı, sürekli değişen ve artan vatandaş talepleri bu kurumlarda değişimi mecburi kılmaktadır (McKee & Healy, 2002).

Ayrıca, günümüzde sağlık hizmetinin sunulduğu şekilde olan değişiklikler, evde bakım, yaşlı ve bakıma muhtaç kişilerin barındırılması, halk klinikleri gibi çoklu yerleşke çevresi oluşması, hastane ve yerleşke dışı alana daha fazla ve özenli ilginin artmasına neden olmuştur. Yine sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin aksaması, eksik verilmesi

sağlık hizmeti bekleyen hasta ve yakınları ile sağlık personelinin karşı karşıya getirmektedir. Örneğin, ABD’de akıl hastanelerinin sayısal olarak azaltılması acil servislerde akut ve kronik düzeyde akıl hasta akışının artmasında büyük bir rol oynamıştır (Colling & York, HHS, 2010). Bu durum hastaneye daha iyi olmak için gelen hastaların ve burada işleri gereği çalışmak durumunda olan personelin güvenliğini olabildiğince tehlikeye sokmaktadır. Bilindiği gibi güvenlik ihtiyacı insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanlar tarih boyunca ya hayvanlar gibi dış etmenlerden ya da hemcinsleri olan insandan mallarını ve canlarını korumuşlardır. Güvenliğin topluma maliyeti olumsuz anlamda çok fazladır. Çağdaş toplumlarda bireyin değer verdiği her şeyin korunması en az onun can ve malının güvenliği kadar önemli bir hale gelmiştir. Güvenlik çok az olduğunda suç korkusu oluştururken uygulanan güvenlik seviyesi arttırılınca da polis (baskısı) korkusu artacaktır (Cerrah, 2011). Sağlık alanında var olan bütün özel, hassas durumlar göz önünde bulundurulduğunda güven veren bir hastanede, güvenli bir şekilde çalışmak ve güvenli bir ortamda sağlık hizmeti almak günümüzde hem iş görenlerin hem de hizmet alan bireylerinin en temel hakkıdır.

1.1. Problem

Hastanelerde güvenliği sağlamak ilk bakışta hastane güvenlik personelinin işi olarak düşünülmektedir. Günümüzde kurumlar, bu tür güvenlik hizmetlerini özel güvenlik personelinin sağlanmaktadır. Çoğu modern toplumda özel güvenlik hizmeti veren personel sayısı devlete ait polis sayısından daha fazladır. Ayrıca özel güvenlik personeli günümüzde kolluğun daha önce hizmet verdiği birçok alanda görev alan kamu personelinin yerini almıştır. Bu yönüyle bakıldığında güvenlik personeli bir kurumda çalışan olağan kamu görevlisinden farklı bir durum söz konusudur (Button, 2008).Çünkü güvenlik personeli hem bir kolluk görevi görmekte hem de sağlık personeli olarak hizmet vermektedir.

Hizmet sektöründe çalışan kurumlarda olduğu gibi hastanelerde de çalışanlar için kaliteli bir hizmet verebilmek ne kadar önemli ise hastalar içinde böylesi bir durum memnun olmak için önemlidir. Çalışanlar için kaliteli bir hizmet vermenin en temel şartlarından birisi güvenli bir ortamda çalışmak iken hastalar içinde güven veren bir yerden hizmet almak tercih nedenidir.

Çalışma alanı olan “Hastane Güvenliği Yönetimi” konusu literatüre bakıldığı zaman bu ölçüde kapsayıcı bir yaklaşımın hem Türkiye’de hem de dünyada olmadığı gibi

henüz benzer türde geniş şekilde ele alındığı bir çalışma yapılmamıştır. Batılı kaynaklar akademisyenler tarafından bu konunun güvenlik-şiddet (Saari, 2000) veya güvenlik-mal/finans (Balbir Singh, 2002) çerçevesinde konunun ele alındığı görülmektedir. Hastane güvenliği konusu daha çok bilimsel bir çalışma sistemiyle bilim adamları tarafından değil de vaka odaklı olarak tecrübelerine dayanan batılı kurumlarda yıllarca hizmet vermiş güvenlik personeli tarafından kitaplaştırılarak (Colling & York, 2010; Sells, 2000) ele alındığı görülmüştür.

Hastane güvenliği konusunun sadece şiddet bağlamında ele alınması konuyu hem sınırlayacak hem yeterince anlaşılmasına neden olacaktır. Hastanelerde bina güvenliği, eşya güvenliği, bilgi güvenliği gibi kavramlarında güvenliğin ilgi alanına girdiğini unutmamak gerekmektedir. Eşya güvenliği konusunda başta hastane de kullanılan malzemenin alım, dağıtım, satım, geri dönüşümü ve bunların kayıt altına alınması, çalışan ve hastaların özel eşyaları gibi konularında etraflıca ele alınması gereken konular içindedir. Bina güvenliği konusunda hastane içi ve dışında bulunan her bir birimin özel şartlara bağlı kalarak korunması ayrıca bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Gelişen bilgi iletişim araçları ve teknikleri bilginin dijital olarak kayıt altına alınması ve paylaşımını kolaylaştırırken çok farklı güvenlik risklerini de içinde barındırmaktadır. Hastane güvenliği konusunun sadece bir kolluk görevi olarak değil sistemin içinde barındırdığı bütün aktörleri de ilgilendiren bir konudur.

Günümüz modern dünyası ve özellikle de gelişmekte olan ülkemiz, hastane güvenliği alanında her türlü unsurun dâhil edilerek yönetildiği bir bakış açısı eksikliği yaşamaktadır. ABD, İngiltere, Avustralya ve Kanada gibi ülkelerde güvenlik en geniş bakış açısıyla (mal ve can güvenliği) ele alınmaya çalışılırken ülkemizde maalesef halen bu konuda bütüncül bir çalışmadan bahsetmek pek mümkün değildir. Özellikle çalışmada konu olacak ABD örneğinde hastane güvenliğinde kavramsal düzeyde ‘emniyet’ ve ‘güvenlik’ kavramlarının tamamen birbirinin yerine kullanılamayacağı görülmüş ülkemizde bu iki kavramın aynı anlamlarda kullanıldığı bunda hastane güvenliği denilince kavramsal olarak konunun ülkemizde tam anlaşılmadığı düşünülmektedir. Üzülerek belirtmek gerekir ki ülkemizde hastane güvenliği hem akademisyenler hem de sağlık çalışanları arasında kavramsal olarak bile tam yerleşmemiştir. Yaptığımız araştırmalarda “güvenlik” kelimesinin daha çok “iş emniyeti” (Öztürk & Babacan, 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014) konuları çerçevesinde kullanıldığı görülmektedir. Güvenlik

konusunda yapılan çalışmalarda daha çok şiddet ve şiddetin bir alt konusu olan mobbing üzerinde olduğu gözlenmektedir (Demirel & Yoldaş, 2008). Ayrıca hastane güvenliğinin şiddetten bağımsız olan diğer kavramlarla ele alınmadığı düşünülmektedir. Hastane güvenliği konusunun ABD örneğinde sistem olarak yasalar ve üst denetleyici kurumlar tarafından sürekli denetlendiği ve gelişimine katkıda bulunduğu ama ülkemizde henüz yasal ve yapısal oluşumların tam olmaması konunun yeterince ele alınmadığı ve sadece şiddet bağlamında kaldığı düşünülmektedir. Sağlık güvenliği denilince akla daha çok sağlık personeline yönelik uygulanan şiddet (özellikle 2000’li yıllarda bu şiddetin oranı artmıştır) ve bunun için Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen “Beyaz Kod”¹ (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013) gibi uygulamalar ve Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının (SKADB, 2012) kurulmasıyla da güvenlik tam anlamıyla olmasa bile yer almaya başlamıştır. Bununla beraber özellikle sağlıkta şiddet ve bunun azaltılmasını amaçlayan çalışmaların da yapıldığı görülmektedir. Özellikle TBMM’nin Ocak 2013 yılında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu’nda (TBMM, 2013) sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet boyutları, nedenleri ve alınması gereken tedbirler diğer ülkelerde yapılan yapısal ve yasal düzenlemeler de incelenerek ortaya konmuştur. Bunun yanında üniversitelerin (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, 2013) tabip odaları ve çeşitli sağlık çalışanları sendikaları tarafından yapılan sağlıkta şiddet sempozyumları, çalıştayları ve yayınladıkları raporlar da görülmektedir (TTB, 2007; Adaş, Elbek, & Bakır, 2008; Aydın, 2008; Doğan, 2009; Kocur, 2011; Elbek & Adaş, 2012; Türk Sağlık-Sen, 2012) Elbette yapılan bu çalışmaların hastane güvenliği alanına yaptığı katkılar yadsınamaz. Hastane güvenliğinin temel aktörleri olan hastane yöneticileri, sağlık çalışanları ve hasta ve ziyaretçiler hastane güvenliği konusunda tam olarak nerede durmaları gerektiği ve bu konuda önleyici ve geliştirici rol oynayabilmek için neleri yapmaları gerektiğini tam olarak bilemedikleri düşünülmektedir. Hastane güvenliği ile ilgili uygulamalara bakıldığı zaman Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmetleri genel müdürlüğü altında hizmet veren

¹ Sağlık Bakanlığının Mavi, Pembe ve Beyaz Kod uygulamaları vardır. Bu kodların genel olarak amaçları çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak için müdahaleye ihtiyaç duyulan durumlarda ilgili yardım personelinin en kısa zamanda oraya ulaşmasını sağlamaktır. Mavi Kod; acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyulan hastalar, Pembe Kod; çocuk veya bebek hasta kaçırılması durumu, Beyaz Kod; sağlık personeline olası bir tehdit, şiddet ve taciz durumuna müdahale için geliştirilmiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014)

sağlıkta kalite biriminin çalışmaları görülmekte fakat batıda 1950’li yıllarda başlayan bu uygulamalar ülkemizde ancak 2000’li yıllarda başlamıştır.

Sağlık alanında belirli bir sistem kurma çabası içinde olan ülkemizde güvenlik konusunu da içeren kapsayıcı çalışmaların yapılması vazgeçilemez bir zorunluluktur. Hastanelerde can güvenliği kadar mal, bilgi ve bina güvenliği de güvenliği tamamlayan unsurlardır. Özellikle bilgi ve mal güvenliği olmadığı zaman hem kişi hem de kurumlar için büyük maddi ve manevi zararlar yaşayabilirler.

1.2. Amaç

Çalışmamızın amacı “Ülkemizde hastane güvenliği konusu kavramsal düzeyde nasıl algılanmakta ve bu konu bütün yönleri ele alınarak sistematik olarak hastanelerimizde uygulanabilmekte midir?” sorusuna cevap aramaktır.

Çalışmada öncelikle konunun kavramsal boyutu incelenerek ülkemizde bu konunun yeterince anlaşılıp anlaşılmadığı sorusuna cevap aranacaktır. Yine çalışmamızda ülkemizde hastane güvenliği konusu yasal ve yapısal olarak hangi düzeydedir sorusuna cevap aranacaktır. Ayrıca çalışmada hastane güvenliğinde etkin rolü olan aktörler ve uygulamaların yeterli olup olmadığı sorusuna cevap aranacaktır. Bu sorunun yanında ek olarak;

Hastane yöneticileri güvenlik konusunu sistematik olarak ele almakta mıdır? Hastane güvenliği konusu kavramsal olarak hastane yöneticileri tarafından ne kadar bilinmektedir? Hastanelerde güvenliğin artırılması için yönetici, personel ve hastaların katkılarının olması için her hangi bir çalışma var mıdır?

Bu yönüyle bakıldığında “Dışarıdan yasa koyucular ve yasalar, alanda çalışan bilim insanları içeriden de yöneticiler, çalışanlar, hastalar ve ziyaretçiler olmak üzere katılımcı bir hastane güvenlik anlayışı getirmek mümkün müdür?” soruları çalışmada sorulacaktır.

Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere hastanelerde can, mal, bina ve bilgi güvenliği konularını bütüncül ve sistematik ve çalışan ve sürekli bu alanda sürekli iyileştirmeler yapan birimler ve temel aktörler olan hastane yöneticileri, çalışanlar ve hastalar yapılacak yapısal ve yasal düzenleme ve uygulamalarla sürece dâhil edilerek sağlıkta hem güven hem de kalite artırılabilir mi? Yaklaşımına dönük olarak konu ele alınacaktır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Ülkemizde son dönemlerde sağlıkta kalitenin artırılması için Sağlık Bakanlığının yapmakta olduğu yasal ve yapısal düzenlemeler dikkat çekici boyuttadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Sağlıkta Akreditasyon Standartları bildirgesinde Sağlıkta Akredatisyon Sistemi (SAS) 2003 yılında başlamıştır. Bu standartlar ilk olarak 2005 yılında 100 kalite kriteri, daha sonra sırasıyla 2007’de 150, 2008 de 354, 2009 da 388 son olarak 2011 yılında yapılan revizyonla 621 kriterle yükselmiştir. Özellikle versiyon 3. kamu da çalışan ve hasta güvenliği kriterleri de ilk defa 2008 yılında bakanlık tarafından gündeme getirilmiştir. 2013 tarihinde ISQUA ile yapılan görüşmeler ve anlaşmalar çerçevesinde bu kurumun standartları incelenmiş ve son versiyonda revizyona gidilme kararı alınmış bunun da 2014 yılı sonuna kadar tamamlanması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, SKADB, 2014). 21/06/2012 tarihli ve 12023 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan “**Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge**” kapsamında oluşturulan **Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı** (SKADB, 2012) uluslar arası standartları sağlayacağı düşünülen akredatisyon birimidir. Bu birimin kurulması ile daha kaliteli ve daha standart bir sağlık hizmeti sunulması hedeflenmektedir.

Ülkemizde bulunan hastanelerde verilen hizmetin güvenli bir ortamda, güven içinde ve güvenilir olan çalışanlar tarafından sunulmasının kaliteyi olumlu yönde arttıracığı açıktır. Hem çalışanların hem de hasta ve ziyaretçilerin can güvenliğinin sağlanması hastanelerde verilen hizmetin kalitesini belirgin bir şekilde arttıracaktır. Ayrıca, hastaneler içinde bulundurdıkları yüksek miktarlardaki her türlü tıbbi ve tıbbi olmayan malzeme ve teknik aletler ve ayrıca hastaneler sürekli malzeme tedariki yapılan yerler olmaları nedeniyle yüksek düzeyde finansal yatırımların düzenli yapıldığı önemli ekonomik yatırım yerleridir. Burada yapılan yatırım ve harcamaların güvenli bir şekilde yapılması hem kurum hem de ülke ekonomisine uzun vadede olumlu katkılar yapacaktır. Bu yönüyle bakıldığında mal ve can güvenliğinin sağlanması hastaneler ve sağlık kurumları için vazgeçilmez bir konudur. Artan ve sürekli gelişen bilgi ve teknoloji sistemlerinin hastanelerde kullanılması bilginin kolayca edilerek kullanılıp paylaşılmasını sağlarken hem bireylerin hem de kurumların bilgi mahremiyetini ortadan kolayca kaldırabilecek düzeylere gelmiştir. Bu yönüyle hastanelerde bilginin de korunması hasta, çalışan ve genel de devletler içinde önemli bir konudur. Hastanelerde can, mal ve bilginin korunduğu binalar ve hastanelerin hizmet verdiği kampusları hastane

güvenliğinin önemsenmesi gereken diğer bir konusudur. Bütün bu güvenlik unsurlarının biri diğerinden ayırt edilmeden alınması hastanelerde güvenliğin etkin olarak sağlanması için vazgeçilmez konular olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanelerde güvenlik olaylarının yaşanması istenen bir durum değildir. Ancak, hastanelere yapılan maddi ve personel yatırımların yaşanabilecek en basit bir güvenlik olayında tarafların olumsuz yönde etkileneceği apaçık bir durumdur. Bu yönüyle bakıldığında hastanelere yapılan yatırımlar kadar bu yatırımların güvenli bir şekilde çalıştırılması verilen sağlık hizmetindeki kaliteyi mutlaka arttıracaktır. Hastanelerde verilen hizmetin hem bu hizmeti sağlayanlar hem de bu hizmeti alanlar açısından kalitesinin artması öncelikli olarak bu yerlerin güvenilir yerler olması ve böylesi ortamların bütüncül olarak nasıl güvenli yerler haline getirileceği konusu tezimizin en genel amacıdır.

1.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışma yapılırken bazı kısıtlanma durumları ortaya çıkmıştır,

- I. Bu konuda yapılan çalışmaların birbirinden bağımsız olarak ele alınması, ayrıca çalışmanın yapısına uygun bir hale getirilme kaygısı ile düzenlenmiş olması,
- II. Gelişmiş dünya ülkelerinde hastane güvenliği konusunun akademisyenler tarafından belirli bir sistematığe bağlı kalınarak bütüncül bir bakış açısıyla çalışılmış olmaması,
- III. Hastanede güvenlik kavramı ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle hasta-sağlık çalışanı arasında iki yönlü gerçekleşen şiddet bağlamında ele alınmış veya hasta hakları, sağlık bilgi güvenliği konu çerçevesinde çalışılmış buna rağmen hastane güvenliğinin önemli bir unsuru olan sağlık kurumlarında bulunan bina ve mal güvenliği üzerinde yeterli bir çalışma yapılmadığı yapılmamış olması,
- IV. Genelde yönetim, özelde sağlık yönetimi, güvenlik yönetimi, risk yönetimi, insan kaynakları yönetimi, malzeme tedariki ve yönetimi gibi farklı disiplinleri gerektiren hastane güvenliğinin bu şekilde ele alınmaması gibi durumlar çalışmamızı kısıtlamıştır.

2. BÖLÜM : ALAN YAZIN ÇALIŞMASI

Bu bölümde çalışmamıza esas olan literatür araştırması yapılmış, hastane güvenliği konusu ile ilgili görülen kavramsal yapıları oluşturan ve kapsayan temel kavramlar, hastane güvenliğini belirleyen iç ve dış unsurlar ve hastane güvenliğinin alt unsurları ortaya konmuştur.

2.1. Temel Kavramlar

Bu bölümde hastane güvenliğini ilgilendiren hastane, güvenlik risk yönetimi gibi gibi kavramların tanımlamaları yapılarak ele alınacaktır.

2.1.1. Hastane Sistemleri ve Hastanelerin Evrimi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ²) hastaneleri, “Müşahede, teşhis, tedavi ve iyileştirme olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” şeklinde tanımlamıştır (Seçim,1991). Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde ise hastaneler, "Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır (Seçim, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Hastanenin kavram olarak ortaya konması için nereden geldiği, türleri ve yönetimi ortaya konulmuştur.

Hastanelere tarihsel olarak bakıldığında tedavi amaçları ve bina şekillerinin sürekli değiştiğini görmek mümkündür. Tarihte hastaları tedavi için ekipler oluşturulmak zorunda kalınmış ve sistemli olmasa da bir araya getirilen bu ilk organizasyonlar hastaneleri oluşturmuştur. Tam olarak ilk hastanenin nerede kurulduğu tarih içinde bilinmemekle beraber Eski Yunanistan Titanus M.Ö. 1134 yılında Easculapius adlı bir mabette hastaların tedavi edilmekte olduğu bilinmektedir. Tarih içinde hastalıklar sadece fiziki olarak değerlendirilmeyip bunlara ruhi ve özellikle de dini bir anlam kazandırıldığından ilk hastaneler dini boyutları da olan karmaşık yapılar olarak varlıklarını göstermeye başladılar (Seçim, 2014). Bu anlayış endüstri devrimine kadar devam eden bir olgu olmuştur (Ergenoğlu & Aytuğ, 2007). Yapılan bu ilk hastanelerde dikkati çeken, yapılan tedavilerin dini bir inanış gereği kötülükler olan hastalıklardan

² İngilizce adı World Health Organisation (WHO) olan örgüt 1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kurulmuş, sağlık alanında hizmet vermektedir (World Health Organisation, 2013).

arındırma olarak görülmesidir. Dini bir algı içinde, hastalıklar ayrı ayrı değil de bir bütün halinde tedavi edilmeye çalışılmaktaydı. İlk hastanelere bakıldığında yapılan bu terapinin etkin olabilmesi için hastanelerde hava, güneş, doğa ve (akan) suların mutlaka bulunduğu görülmektedir (Barefoot, 2005). 1200-1300 yıllar arası akıl hastaneleri ve kilise idaresinde farklı hastaneler kurulmaya başlanmıştır. Tarihte ilk hastaneler olan, tıp fakülte yapısını Müslümanların (MS700 - Bağdat) oluşturduğu bilinmektedir (Asadi-Lari, Tamburini, & Gray, 2004). Ayrıca, dini özelliği olmayan ilk hastanelerin de Müslümanlar tarafından kurulduğu bilinmektedir. Daha sonra ameliyatlar yapılmaya ve ayrı tedaviler geliştirilmeye başlanmıştır. 18 -19 yy.da hastanelerinde kalp, göğüs, akıl hastaneleri gibi branşlaşmalar ortaya çıkmıştır. Günümüzde hızla gelişen sosyal algılar ve ileri teknolojik gelişmeler hastanelerin hem yapısal hem de işlevsel olarak çok hızlı değişen bir dinamik unsur haline gelmesine neden olmuştur (Seçim, HTSİ, 2014). Benjamin Franklin 1803 yılında “ilginç hastalıkların” kaydedildiği bir hastane kurdu (Asadi-Lari, Tamburini, & Gray, 2004). Bu tarihlerden sonra günümüz hastaneleri esas şeklini oluşturmaya başlamıştır.

Tarihin başından modern zamanlara ulaştıkça hastanelerde hem fiziki hem de yönetim yapısal olarak değişiklikler olduğu söylenebilir. Hastanelerde ortaya çıkan mimari değişiklikler son 200 yılda diğer mimari ürünlerle karşılaştırıldığında çok fazla değişiklik olduğu söylenebilir. Geleneksel pavyon tipi hastaneler 1970’li yıllarda yerini çok katlı ve hasta merkezli bir anlayışın hâkim olduğu yapılara bırakmıştır (Ergenoğlu & Aytuğ, 2007). Sadece fiziki değil anlayış olarak da değişen modern hastane ırka, renge, kökene ve ekonomik durumuna bakılmaksızın bütün bireylere en iyi ortamı vererek kaliteli ve tecrübeli sağlıkçılarla tedavi etmeyi, önleyici sağlık hizmetini sunmaya çalışan bir kurum haline gelmiştir. Ayrıca modern anlamda hastaneler; personeline özellikle de ihtiyaç duyulan en etkili tıbbi hizmeti sağlayacak eğitimin ve yetiştirme olanaklarının sunulduğu, sağlık hizmetinin gelişmesi için araştırmaların yapıldığı, eğitimlerin verildiği kuruluşlardır. Modern hastaneler 24 saat hizmet veren yerlerdir, ayrıca hastane çalışanları hastaların rahatı ve tedavisi için hizmet sağlayan bireylerdir. Ameliyathaneler, yeni doğan üniteleri, mutfaklar, laboratuvarlar, vb. yerler bu yerlerde hizmet veren personellerle doludur. Modern hastanelerde kurumlar, hastaları meşgul etmek için kütüphaneler, aileleri ile iletişim kurabilmeleri için telefon gibi hizmetlerin, daha iyi hizmet alabilmeleri için daha modern odaların olduğu yerlerdir. Bugün artık hastanelerde ihtiyaç duyulan her türlü hizmet sağlanır hale gelmiştir (Podell, 2005).

Günümüz anlayışıyla modern hastanelerin sağladığı fayda anlayışı da değişmiştir. Özelde birey genelde ise kamunun faydasını gözeten ve hedefleyen sosyal hizmet kuruluşları olan hastanelere sadece çalışanlarına ve yatırım yapılan işletmesine kar getiren organizasyonlar olarak bakmak kesinlikle yanlış olacaktır. Bu yönüyle hastaneler birey ve kamunun faydasını gözeten ve hedefleyen sosyal hizmet kuruluşlarıdır (Seçim, OAHÖ, 2014).

Günümüz hastaneleri tekil çalışma anlayışı ile değil, içinde farklı çalışan gruplarını barındıran ve birçok sosyal unsuru barındıran karmaşık organizasyonlardır. Bu yönüyle bakıldığında hastanelerin koordine edilip yönetilmesi de ayrıca karmaşık bir yönetim sürecidir. ABD' de 1971'de 27 hastanede yapılan bir araştırmada 800 farklı iş unvanı tespit edilmiştir. Hastanelerde hizmet veren bu iş gruplarının aldıkları eğitim alanları ve düzeyleri çok farklı olduğundan iyi bir hizmet sunmak için hastane içinde çok iyi bir koordinasyon sağlamak gerekmektedir (Seçim, 2014).

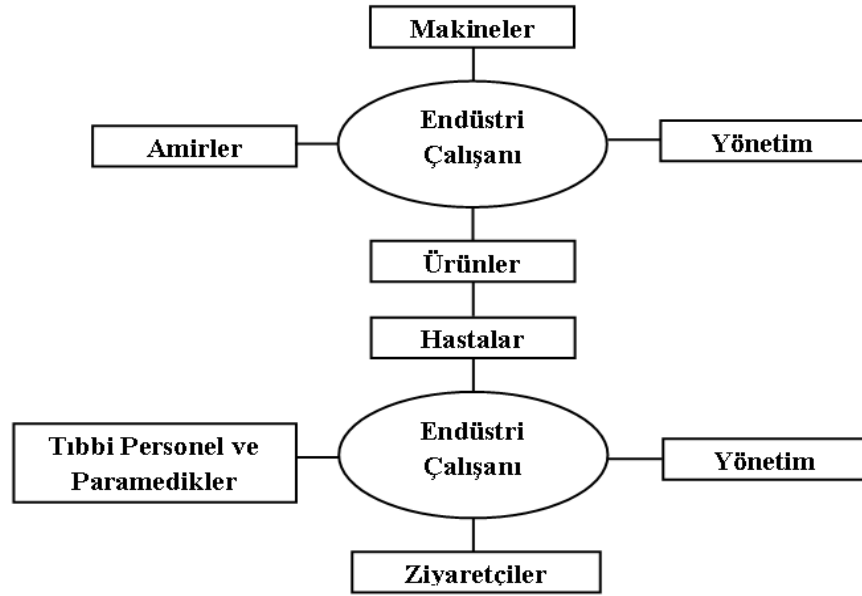
2.1.2. Örgüt Olarak Hastane Sistemleri

Her örgütünün kendine ait bir çevresi ve bu çevreyi belirleyen ve etkileyen unsurlar bulunmaktadır. Organizasyonların çevresi, büyüklüğü, işin birbirine olan bağımlılığı, teknoloji gibi unsurlar durumsal faktörler olarak adlandırılmıştır. Organizasyonların bu unsurlarında olan değişimler karar vericilerin ortaya çıkan bu durumlara göre yönetsel farklı tutumlarını belirlerler. Herhangi bir konuda ortaya çıkan belirsizlikler (karmaşık durumlar) organizasyonda performans belirsizliğine yol açabilmektedir. Organizasyonlar dinamik olan kurum çevresinde olan bu belirsizliklere göre sürekli tavır geliştirerek kendini değiştirir, yeniler, geliştirir. Bu anlayış, yönetimde merkezileşmeyi gerekli hale getirmektedir. Bu ise farklı anlayışta olan kurumların kendi özel yapılarının dikkate alarak işlevselliklerini arttırmak amacıyla iç işleyişleri konusunda özgür bir yapıda olmaları durumudur. Sağlık kurumları için ciddi koordinasyon ve bütünleşmenin olduğu bundan dolayı da merkezileşen bir yönetim anlayışının etkili olması gerektiği düşünülmektedir (Chukmaitov, Menachemi, Brown, Saunders, & Brooks, 2008).

Tıp alanındaki ortaya konulan uygulamalar, muayenehanelerin ve hasta yatağının başından daha karmaşık ortamlara ilerledikçe, doktorlar, kurumlar ve yöneticiler giderek daha bağımsızlaşarak görevlerini yerine getirirler. Doktorlar işin ortaya çıkan doğasına uygun olarak bir organizasyon içinde olmadan etkin hizmet veremez bir duruma gelmişlerdir. Bu da karşımıza iyi organize olmuş, çevresine kolayca adapte olabilen ve

değişimle baş edebilen bir hastane yönetimi gereksinimini ortaya çıkarmaktadır (Mintzberg, 1981). Eğer birer örgüt olan hastanelerde kurum çalışanları tarafından paylaşılan bir değerler bütünü (kültürü) oluşturulabilirse hastaneler çok daha iyi ve etkili olarak yönetilir (Bilgin & Çıraklı, 2010). Podell (2005)'in hastaneler ile diğer endüstri kurumlarını karşılaştırdığı yapı Şekil 1' de gösterilmiştir.

Şekil 1 Sağlık Sektörü ve Diğer Endüstri Alanlarında Çalışanlarının Karşılaştırılması.



Kaynak: Podell, R. (2005). Speciality Hospitals Versus General Hospitals: Which Presents the Standart of Care for the Future? Master Thesis . New York: State University of New York.

Şekil 1'de görüldüğü gibi sağlık sektöründe insan faktörü genel endüstri sektörü ile karşılaştırıldığında hem ürün hem de müşteri bağlamında daha fazla fazladır. Diğer organizasyonlarda olduğu gibi hastane organizasyonlarında da üst, orta ve alt kademe yönetim basamakları bulunmaktadır. Bunlar;

- Üst kademe yönetim organlarından;
- Yönetim kurulundan (ve bu kurul adına hastanenin belirli işlerini takip eden veya koordinasyonunu sağlayan komitelerden);
- Başhekimden oluşur.

Başhekimliğin altında ise fonksiyonel yöneticiler yer almaktadır. Bunlar tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, yardımcı tıp hizmetleri ve mali-destek hizmetleridir. Bu fonksiyonel alandaki idari pozisyonlar ise orta kademe yönetim organlarını oluşturur (Can & İbicioğlu, 2008). Bunun yanında farklı tipteki hizmet yerlerinden sağlık alanına yönetsel olarak katkısı olan kişi ve organizasyonlar bulunmaktadır;

- Hastaneleri kuran profesyonel yönetici ve liderler,
- Hastanenin çoğunu oluşturan doktorlar,
- Standartlar getiren profesyonel kuruluşlar,
- Akademisyenler,
- Temel iş gücü sağlayanlar,
- Müteveli heyetleri (Podell, 2005) gibi unsurlar vardır.

Ülkemizde de ileriki bölümlerde görüleceği üzere hastane yönetimi benzer bir şekilde oluşmaktadır. Ancak, Sağlık Bakanlığının yapısı incelendiğinde bakanlığın merkez ve taşra olmak üzere iki ayrı örgüt şeması olduğu görülecektir.

2.1.3. Hastane Türleri

Hastaneler ile ilgili farklı sınıflandırmalar yapmak mümkündür. Yapılan bu sınıflandırmalar genellikle hastane konusuna yaklaşımda etkili olan algı belirleyici bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna göre hastaneler şu başlıklar altında sınıflandırılabilir. Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerine, finansal kaynaklarının türüne (mülkiyet türüne), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelinin kompozisyonuna göre (Seçim, 2014) sınıflandırılabilir.

Hastanelerin verdikleri hizmetlere göre türleri mevcuttur, bu da her hastanenin verdiği hizmete göre bir güvenlik anlayışı geliştirmeyi söz konusu etmektedir.

2.1.3.1.Hizmet Basamaklarına Göre Hastaneler

Ayrı bir sınıflandırma da hizmet kapsamına göre yapılan sınıflamadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunan hastaneler, ikinci basamak sağlık hizmetleri sunan hastaneler ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunan hastaneler olmak gibi üç gruba ayrılmaktadır (MEGEP, 2011).

2.1.3.2.Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Ülkemizde kullanılmayan bir diğer sınıflama türü ise hastanelerin akredite edilme durumuna göre yapılan; akredite olmuş ve akredite olmamış hastane sınıflamasıdır (Danacı, 2010).

2.1.3.3.Verdikleri Hizmete - İşlevlerine Göre Hastaneler

Günümüz sağlık hizmetleri artık sınırlarını aşarak özel klinikler, diş klinikleri, işitme merkezleri, yaşlı bakım evleri, ayakta tedavi merkezleri, ayakta psikolojik tedavi hizmetleri, eczaneler gibi hastanenin yerleşke alanın dışına yayılmış bir şekle bürünmüştür. Klasik anlamda sadece hastanede sağlık hizmeti verme anlayışı artık değişmiştir. Bu yönüyle sağlık hizmeti sunma çevresi oldukça gelişerek bu durumun kontrollü de oldukça güçleşmiştir. Hastaneleri verdikleri hizmet türüne göre genel ve özel dal hizmetleri veren hastaneler veya eğitim veren ve eğitim vermeyen hastaneler olarak ikiye ayırabiliriz (Çetin, 2009). Genel dal hizmeti veren hastaneler her türlü hastayı kabul edebilirken özel dal hastaneleri cinsiyet veya yaş sınırlandırması getiren kadın, çocuk hastaneleri olabilir. Ayrıca, bazı hastanelerde sağlık personelini eğitici hizmetler verilebilirken bazılarında böyle bir durum söz konusu olmamaktadır.

Sağlık bakanlığının yayınladığı yönetmeliğe göre sağlık kurumları beşe ayrılır. (Madde 5)³ (Değişik: 01.04.2005-2005/8720 K.) Sağlık kurumları işlevlerine göre:

- I. İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların durumlarını uygun hale getirerek sevkini sağlandığı sağlık kurumları,
- II. Gün hastanesi: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumları,
- III. Genel hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve

³ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi : 10.9.1982, No: 8/5319, Yayımlandığı R. Gazetenin Tarihi : 13.1.1983, No: 17927 Mük., Yayımlandığı Düsturun Tertibi : 5, Cilt: 22, S. 2889

ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumları,

- IV. Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumları,
- V. Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumları, olarak belirtilir.

2.1.3.4.Hastanede Verilemeyen Sağlık hizmetleri

Günümüz sağlık hizmetleri artık sınırlarını aşarak özel klinikler, diş klinikleri, işitme merkezleri, yaşlı bakım evleri, ayakta tedavi merkezleri, ayakta psikolojik tedavi hizmetleri, eczaneler gibi hastanenin yerleşke alanın dışına yayılmış bir şekle bürünmüştür. Bunların çoğu klinikler veya hastanelerle bağlantılı olsa bile, bu yapının dışında bağımsız çalışan kurumlarda bulunmaktadır. Günümüz hastanelerinin amacı hastayı olabildiğince erken hastane alanı dışına çıkarmaya çalışmaktır ve bunun yanında hastanın evine giderek orada hizmet vermektedir (Çatak, ve ark., 2012) .

Sağlık hizmeti ortamındaki hak sahipleri farklı yaşlarda ve farklı ilgiye muhtaç olan ve farklı güvenlik ihtiyaçları ve uygulamaları gerektiren kişilerdir. Hastanın tıbbi durumu genelde o kişinin kendi güvenliği konusunda sorumluluğu alma becerisinin daha az olduğunu göstermektedir.

2.1.3.5.Mülkiyetlerine Göre Hastaneler

Mülkiyetlerine göre diğer bir deyişle finansal kaynakların türüne göre sınıflandırılma, başka bir sınıflandırılma türüdür. Burada hastanenin mülkiyetinin kurum ve kuruluşlara ait olduğuna veya kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırma yapıldığı anlaşılmaktadır. Bu noktadan hareket edildiğinde Türkiye'deki Hastaneler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na, kamu iktisadi kuruluşlarına, tıp fakültelerine, belediyelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı dışındaki bakanlıklara ve özel teşebbüse ait hastaneler olarak sınıflandırılabilir:

Yine idare ve mülkiyete göre başka bir sınıflandırma da yapılabilir;

- I. Devlet hastaneleri: Devlet ve bölgesel resmi yönetimler tarafından kurulan ve kar amacı gütmeyen hastanelerdir. Bunlar genel ve dal hastanelerinin ikisini de

içine alırlar. Genel hastaneler genel hastalıkların tedavisi amaçlanırken dal hastanelerinde kanser, göz gibi uzmanlık alanlarında tedavi hizmetleri verir.

- II. Gönüllü Hastaneler: Kar amacı gütmeyen ve ABD yasalarına göre kurulan ve müteveli heyeti tarafından idare edilen ve yönetilen hastanelerdir.
- III. Özel Bakımevleri: Özel bakım evleri mülkiyeti bir veya birden fazla doktora ait olan genel tedavi ve bakım hizmetleri yapan hastanelerdir. Genel olarak alkolizm veya uyuşturucu tedavisi haricinde bütün tedavilere cevap veren ve sayıları ve çeşitleri artan bu hastaneler devlet hastanelerinde artan yoğunluk ve yer bulunmaması yüzünden parası olan hastalara hizmet veren ticari kurumlardır.
- IV. Şirket Hastaneleri: Özel hastaneler hem genel hem de dal hastanesi olarak çalışırlar (Podell, 2005).

Kliniklere göre; genel hastalıkların tedavi edildiği ve kanser, tüberküloz, göz, doğum gibi uzmanlık isteyen dal hastaneleri bulunmaktadır.

2.1.3.6. Büyüklüklerine Göre Hastaneler - Yatak Sayılarına Göre Hastaneler

Bu sınıflamada genellikle kadro, personel, finansman, malzeme dağıtımı ve istatistik bir ölçüt olarak kullanılmaktadır (Podell, 2005). Yatak adetlerine göre yapılan sınıflama;

- 50 yataklı hastaneler
- 100 yataklı hastaneler
- 200 yataklı hastaneler
- 400 yataklı hastaneler
- 400 ve üzeri yataklı hastaneler şeklinde ifade edilir.

2.1.3.7. Hastaların Hastanelerde Kalış Sürelerine Göre Hastaneler

Yine hastaların hastanelerde kalış sürelerine göre hastaneler;

- Uzun dönemli
- Kısa dönemli olarak ikiye ayrılırlar.

Kısa tedavi gerektiren hastalıklar (akut) ve uzun süreli (kronik) tedavi gerektiren hastanelerdir (Podell, 2005).

Hastaların kalış süresine göre bakıldığında başka bir sınıflama da şöyledir. “Kısa kalış süreli hastaneler, genellikle ortalama yatış süresi 30 günden az olan genel veya özel dal hastaneleridir. Ortalama yatış süresinin 30 günden daha fazla olduğu genel veya özel dal hastanelerine ise uzun kalış süreli hastaneler adı verilmektedir (NeNedir, 2013).

2.1.4. Hastane Yönetimi

Günümüz Türkiye’inde hastane yönetiminin temel problemleri bilişsel kaynaklıdır. Hastane yönetiminin ve yöneticiliğinin bilim olarak algılanmaması bu problemi bize özetlemektedir. Dolayısıyla teknik anlamda yapılacak bütün değişiklik ve düzenlemeler bilişsel olarak bu konuda algı düzeltilmesi yapılmadığı sürece beklenildiği gibi olmayacaktır. Maalesef, günümüzde ülkemizde halen hekimlik ve yöneticilik birbirinden tam ayıramamıştır. Bu iki kavramın birbirinden ayrılması gerekmekte ve yöneticiliğin (özellikle de ciddi bir sorumluluk gerektiren hastane yöneticiliğinin) bir bilim olarak kabul görmesi gerekmektedir. Yönetimin her işletmede olduğu gibi hastanecilikte de profesyonelleşmesi ve kurumsallaşması gerekmektedir (Can & İbicioğlu, 2008).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece bu hizmeti sağlayan ve hizmeti alan bireyler için değil ülkenin genel olarak refahını gözetmek zorunda olan hükümetler için de önemli bir konudur. Unutulmamalıdır ki sağlıkta kaliteye ulaşılması toplumun kaliteli bir düzeye ulaşmasında ve mutluluk seviyesinin artmasında önemli bir unsurdur (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, & Erdem, 2007).

Hastaneler de diğer işletmeler gibi temel prensiplerin etkin kullanılmasıyla yönetilerek hizmetlerini etkin bir biçimde sunabilirler. Aslında hastanede de insan ve maddi kaynakların makul düzeyde kullanılması hastane yönetimini etkin kılan unsurlardır (Ak, 1990). Hastanelerde bulunan farklı unsurlar ve bunların dinamik oluşu yine hastane yönetimini ayrıca farklı kılmakta bundan dolayı da hastane yöneticilerinin bütün bu farklılıkları görebilen bir bakış açısıyla eğitim almış olmaları ve davranmaları ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (Ak & Akar,1988).

Hastanelerin yapısal özelliklerine göre bakıldığı zaman (Can & İbicioğlu, 2008);

- I. Hastanelerde uzmanlaşma düzeyi yüksektir.
- II. Hastaneler farklı mesleklerin birbiri ile bağlantılı çalışmak zorunda olduğu koordinasyon gerektiren kurumlardır.

- III. Sağlık kurumlarında kişisel olarak profesyonelleşme kurumsal profesyonelleşmenin önünde gelmektedir
- IV. Sağlık kurumlarında hizmeti veren doktorların verdikleri hizmet miktarını ve yapılan harcamaları yönetsel olarak kontrol etmek ve tam bir kurumsal denetim gerçekleştirmek zordur ve bunu tam olarak gerçekleştiren bir mekanizma henüz oluşturulamamıştır.
- V. Hastaneler başta olmak üzere bütün sağlık kurumlarında ikili otorite vardır ve bu ayrıca üzerinde durulması gereken bir problemdir. Denetleme, düzenleme ve yönetme zorluğu vardır.
- VI. Hastanelerde yapılan işler karmaşık ve sürekli değişen dinamik bir yapıya sahiptir.
- VII. Sağlık kurumlarında verilen hizmetler hayattır (acildir) ve ötelenemez özelliindedir.
- VIII. Hastanelerde yapılan hatalar ve ortaya çıkan belirsizlikler tolere edilmez ve bireyler bunlara karşı oldukça duyarlıdır.
- IX. Bu yerlerde verilen hizmet neticesinde oluşan çıktılar tanımlanması ve ölçümü güçtür. Farklı özelliklerinden dolayı hastanelerde demokratik davranış tarzı benimsenmelidir. Bu yönüyle geleneksel ve otokratik bir yaklaşım tercih edilmemelidir.

2.1.4.1.Hastane-Sağlık Yönetiminin Önemi

Hasta memnuniyeti; hastanın beklentileri ve bu beklentilerin karşılanma miktarı olarak ifade edilebilir. Hastalar kolay bir şekilde randevu alma, az bekleme süreleri, sağlık hizmeti sağlayan hemşire doktor gibi personelle iyi bir iletişim kurabilme gibi beklenti içinde olurlar. Hastalar hastane veya sağlık kuruluşuna geldiklerinde iyi bir fikir sahibi olabilmeleri için iyi bir karşılanma, rahat bir şekilde park yeri bulma, iyi hizmet veren binalar (yeme, içme, ziyaret, temizlik), en kaliteli tedavi ve muameleyi görmeyi beklerler (Asadi-Lari, Tamburini, & Gray, 2004).

Hastalar iyi bir izlenim aldıklarında her türlü yönlendirmeye uyma, söylenenleri yapma davranışını gösterirler. Hastalar söylenenlere uyunca işler olumlu olarak sonuçlanma yoluna girer. Tüketicimin çok fazla olduğu, her şeyi araştıran ve istediği sağlık kurumunu tercih etme hakkı olan hastaların olduğu modern çağımızda hasta memnuniyeti önemlidir. Hastanenin girişinden itibaren yapılan bütün işlemler sonuçta hastanın

hastaneden ayrılışına kadar bu memnuniyetinin değişebileceğinin düşünülmesi ile önem kazanmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetinde hasta memnuniyeti verilen hizmetin değerlendirilmesini sağlayan ve artırılması ile ilgili gayretin olması gerektiği kabul edilen bir konudur (Podell, 2005).

İleri teknolojiden yararlanma, etkin zaman yönetimi, nitelikli personel istihdamı, katılımcı yönetim felsefesi, etkin maliyet, tıbbi atık ve temizlik yönetimi, hasta tatmini ve hizmet kalitesi, rekabetçi ve farklı hizmet anlayışı, etkin finansman modeli ve satın alma sistemi, hastanelerde verimlilik artışını etkileyen faktörlerdir (Özkan, Turgut, Ay, & Uslu, 2003).

Hastanelerde yapılan tüm bu gelişmelere rağmen ABD’de 2003-2005 yılları arasındaki istatistiklere göre hastaneye müracaat eden 40 milyon hastanın 250 000’ i tedavisi mümkünken tedavi edilmeyen hasta olarak görülmektedir. Bu durum hastanelerdeki gelişmeye duyulan ihtiyacı gözler önüne sermektedir. Günümüzde hastane yöneticilerinin hastanelerin idaresi ve kalitesini geliştirmedeki rol ve işlevlerinin ne olduğunu ve bu konuda neler yapılabileceği ile ilgili görüşleri yeterince bilinmemektedir. Klasik anlayışta hastane yöneticilerinin işlerini kaybetmeleri için dört nedenin ortaya çıkması beklenilirdi;

- Maddi zarar
- Diğer doktorlarla çatışma yaşama
- Önemli üst yöneticilerle çatışma yaşama
- Gazetelerde hastanedeki yasadışı olan bir işle ya da etik olmayan bir durumla ilgili haber çıkması.

Ancak günümüzde sayılan bu nedenlere hastane yönetimi tarafından belirlenen kalite hedefine de ulaşamamayı da ekleyebiliriz. Ancak bireyler kendi yaşamlarında bile değişiklik yapmaya kalkıştığında bu çok güç olabilirken bir organizasyon için değişimin ne kadar zor olabileceği aşikârdır (Brown, 2008).

Herhangi bir hastanedeki sağlık hizmetinin kalitesi ve etkinliği doğrudan oradaki sağlık donanımlarının hastalığın teşhisi, hastaya müdahale etme şekli ve tedavi sürecindeki kullanımı ile ilgilidir. Bu aletlerdeki sayıca olan yetersizlik, sürekli modernize edilmesi gerekliliği ve kullanımdaki ileri derecede uzmanlaşmış bilgi ihtiyacı bu durumu önemli bir hale getirmektedir.

Hastane yönetimi için sıkıntılı durumlardan biri de hastaların daha iyi sağlık hizmeti almak için ziyaret ettiği ve bundan dolayı da yinelenen testlerin ve hastane ziyaret sıklığının daha da artması sonuçlarının çıkmasıdır. Bu durumlar hastane de tıbbi artık miktarının artmasına yol açarken özellikle çevre kirliliğinin ortaya çıkması ve çevre temizliğini tehdit eden bir seviyenin belirmesine neden olmuştur. Hastane atıkları diğer genel atıklara benzemediği ve daha zararlı olduğundan ayrıca önemli bir konu olmuştur. Hastane kurum olarak insana hizmet edilen bir yer olduğundan bu hizmeti veren bireylerinin de rahatlığını ve mutluluğunu göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Dolayısıyla hastanedeki tecrübeli bir doktor ile işini iyi yapan bir temizlik personeli zincirleme olarak bu hizmeti etkilemektedir. Herhangi bir çalışanın işlediği kusur diğer bir çalışana da olumsuz yönde etkiler (Podell, 2005). Bu durumunda hastanedeki personel yönetimi konusunun önemini göstermektedir. Neden bu yönetime ihtiyaç duyulmaktadır?

- Büyük hastanelerde kalabalıklaşan hastane çalışanı sayısı,
- Hastanelerde çalışan personel sayısı ile orantılı olarak artan problemlerin karmaşık yapısı,
- Yetersiz sayıda iyi eğitim almış hastane personeli,
- Maaşlardan kaynaklanan iş tatminsizliği,
- İşe uygun eleman seçilememesi (Podell, 2005) gibi faktörler den dolayı ihtiyaç ortaya çıkmaktadır.

Hastanede çalışma farklı profesyonel ve uzmanlık alanları gerektirdiğinden hiç kuşku yok ki hastane yönetiminde özerk bir yönetim biçimine ihtiyaç duyulacaktır. Çevrelerine temiz ve güvenli bir ortam sağlayamayan ve çevre dostu olmayan hastaneler buldukları çevrenin ve yerel yönetimin tepkisi ile karşılaşacaklardır. Hastane yönetimi içinde bulundurduğu alanın özelliğinden dolayı diğer alanlara göre çok yönlü ve problem olarak da çok farklıdır. Barındırdığı insan unsuru; hizmet alan hastalar, hizmet sağlayıcı olarak hastane çalışanları, farklı sağlık kurumları, rekabet içinde oldukları diğer hastaneler, toplumdaki bireyler (hastanın akrabaları ve yakınları), bütün bunların gerçekleştiği yer ve şartların olduğu hastaneler halkla farklı ilişki tür ve problemlerini barındıran yerlerdir (Carroll, 2009).

Sağlık hizmetlerinde zorunlu olarak üç temel gelişmeye odaklı değişimi ortaya çıkarmıştır. Birinci gelişme, nüfus artışının yanı sıra, her 10 yılda yaşam süresinin üç yıl

uzaması, sağlık bilinç düzeyinin yükselmesi, hizmetlerden yararlanma sıklığının ve tıbbi uygulamalara olan ihtiyacın artmasıdır. İkinci gelişme, her dört yılda, tıp teknolojisindeki birikimin iki kat artması ve ileri teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşmasıdır. Üçüncü gelişme ise, epidemiyolojik spektrumdaki değişimler sonucu, akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanmasıdır. Günümüzde, sağlık sektöründeki yenilikler ve özellikle sağlık sigortasının devreye girmesiyle oluşan talep artışı, toplam sağlık harcamalarını çok yüksek rakamlara ulaştırmıştır. Sağlık sektöründe kullanılan kaynakların büyüklüğü, kaynakların etkin kullanılması, performansın artırılması gerektiği amacının oluşmasına neden olmaktadır. Yeterli miktarda ve kalitede sağlık hizmetlerinin sunulması ve her birey için ulaşılabilir olması gerekmektedir. Bunun gerçekleştirilmesinde yönetim ve organizasyon çok önemli bir araç olarak ortaya çıkmıştır (Can & İbicioğlu, 2008).

Sağlık kurumlarının hizmet sunduğu toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik plan ve düzenlemelerde, hizmet kullanıcılarının memnun edilmesi ya da hizmetten doyum sağlamalarını ön planda tutmalarının kurumsal başarı ve rekabet edebilme gücü açısından zorunlu olduğu açıktır (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, & Erdem, 2007).

2.1.5. Risk Yönetimi

Risk yönetimi Batılı kurumlarda 1900'li yılların başlarından itibaren kullanılmasına rağmen ABD'de hastane sektöründe ancak 1970'lerde kullanılmaya başlanmıştır. Risk yönetimi kavramı hizmet sektöründe ilk olarak bankacılık ve sigorta sektöründe 1970'li yıllarda kullanılmaya başlanılmıştır. Hastanelerde olan yanlış uygulamalardan kaynaklanan sigorta maliyetlerinden dolayı bu kavram sağlık kurumlarında da kullanılmaya başlamıştır (Singh & Ghatala, 2012).

Risk yönetimi hali hazırda bulunan veya potansiyel durumda olan risklerin tanımlanması, değerlendirilmesi ve belirlenmesi konusuna sistematik bir yaklaşım içerisinde bulunmak olarak tanımlanabilir. Risk yöneticisi olarak görevlendirilen görevli programın bütün unsurlarını bütünleştirmekten sorumlu olan yöneticidir. Hastanelerde bu yönetici duruma göre risk yöneticisi olabileceği gibi, yatan hasta bölümleri için 'kalite yöneticisi' veya ayakta tedavi gören hasta bölümlerinde ise 'başhemşire' veya 'bölüm amiri' de olabilir. Risk yönetiminde kurumda çalışan herkes sorumlu tutulmalı ve bu sorumluluğu da taşımalıdır (Singh & Ghatala, 2012).

Bilinmeyi yönetmek yüksek risk grubu olan hastanelerde her gün mutlaka söz konusu olan bir durumdur (Briner, Kessler, & Pfeiffer, 2010). Bu yönüyle bakıldığında hastaneler için risk değişmeyen ve sürekli söz konusu olan bir unsurdur. Riski belirleyen unsurlara sırasıyla bakacak olursak;

- I. **Tehlike** – Mal, can ve çevre için potansiyel bir tehlike oluşturan malzeme, durum veya faaliyetin yapısı,
- II. **Risk** – Ortaya çıkabilecek çok özel bir tehlikenin gerçekleşme olasılığı ve tehlikenin sonuçlarını kapsayan bir kavram,
- III. **Risk değerlendirme** – Tehlike potansiyeli bulunan maddelerle ilgili her türlü bilimsel bilgi ve verinin düzenlenmesi ve analiz edilmesine yönelik sistematik bir yaklaşımdır. Daha basit ifadesiyle, problemin formüle edilmesi, tehlike değerlendirmesi, tehlikeli maddeye maruz kalma etkilerinin analizi ve risk tanımlaması gibi ana kavramlardan oluşan risk analizidir,
- IV. **Risk Yönetimi** – İnsan hayatı ve çevre güvenliği ile ilgili risklerin değerlendirilmesi ve kontrol edilmesine yönelik olarak, politikalar, tecrübeler ve kaynakların sistematik olarak uygulanmasıdır,
- V. **Risk Kontrol Noktası** – Riski azaltmak için belirli faaliyetlerin alınabileceği, verilen bir süreçte bir nokta (örneğin, bir boşaltma operasyonunda belirli bir adım) veya daha geniş kapsamlı ifadesiyle bütün bir yönetim sisteminde bir noktadır (örneğin eğitim) (Özkılıç, 2005).

Geleneksel metotlar bir organizasyondaki riskleri bölüm seviyesinde değişik türde riskler olarak bulup bu şekilde ele alırlar. Fakat “Kurumsal Risk Analizi (KRA)” var olan değer dizilerini özellikle risklerin değerlendirilme ve belirlenme konusunda değiştirmiştir. KRA araçlarına genel olarak baktığımızda,

- I. Eğitim ve dâhili (iç) çevre: Kurumdaki bütün çalışanlar risk felsefesi, risk olasılığı ve bununla bütünleşme, etik değerler ve buldukları çalışma çevresi konusunda eğitilirler
- II. Amaçların Belirlenmesi
- III. Olayların tanımlanması: Kurumun bütünlüğünü etkileyecek olayların bulunup risk açısından ayrıştırılması
- IV. Risk değerlendirmesi: Risklerin incelenip analiz edilmesi

- V. Risklere karşılık verme: Yönetimin olan riskleri göz ardı etme, bunları kabul etme, azaltma, ya da paylaşma gibi tepkileri
- VI. Kontrol Faaliyetleri: İşletmenin risklere cevap vermesi ile ilgili programlar ve süreç takip işlemleri geliştirmesi
- VII. Bilgi ve İletişim: Tanımlanan riskler ile ilgili kurum için bilgilerin paylaşılıp dolaştırılmasıdır.
- VIII. İzleme: KRY, yönetimin olgunlaşmasıyla beraber bilgiler güncellenip yenilenirler ve paylaşılırlar (COSO, 2004).

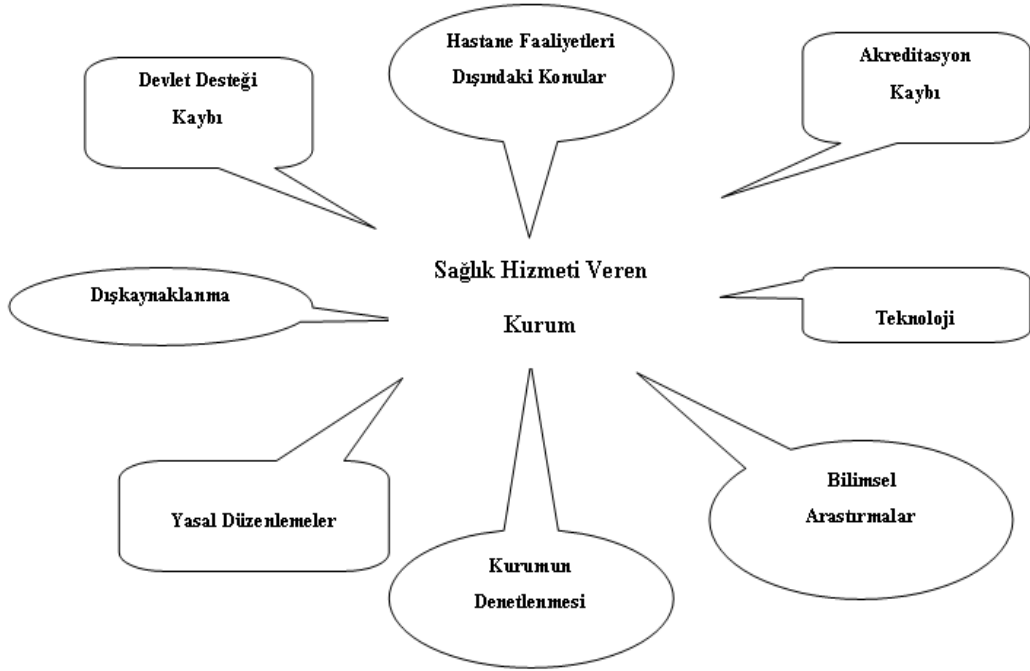
Yine KRY e göre risk alanları şunlardır:

- Operasyonel: işletmenin esas faaliyetlerinden kaynaklanan riskler (klinik hizmetler, ayaklı hasta tedavisi gibi),
- Finansal,
- İnsan: Bireylerle ilgili olabilecek riskler (cinsi taciz),
- Stratejik: işletmenin büyüme ve gelişmesi ve ortaklık kurması ile ilgilidir,
- Yasal düzenlemelerle ilgili riskler,
- Teknolojik: biyomedikal ve bilgi teknolojisinin paylaşılması ile ilgili risklerdir.

Aynı zamanda sağlık sektöründe bulunan ve hastane gibi esas olmayan yardımcı hizmet merkezleri de riske açık yerlerdir (Hale, Boone, & Male, 2004). Treadway Komisyonu Sponsor Organizasyonlar Kurulu'na (TKSOK)⁴ göre, kurum içindeki her birey kurumdaki risk yönetiminden sorumludur (COSO, 2004). Dolayısıyla ortak bir çabaya dayanan bir risk yönetimi gerekmektedir. KRY konusunda sadece belli başlı bölümler değil kurum bir bütün olarak her yönüyle ele alınmalıdır. KRY yaklaşımında hastane riskleri Şekil 2'deki gibi ifade edilmiştir;

⁴ İngilizce adı The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) olan kurum 1985 te kurulmuş, kurumsal risk yönetimi konusunda hizmet veren özel bir kuruluştur.

Şekil 2 Sağlık hizmeti Veren Kurumları Etkileyen Risk Konuları



Kaynak: COSO. (2004). *Enterprise Risk Management — Integrated Framework*. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.

Bir kurumda KRY kilit personelin yapacağı işler belirlenirken KRY' nin arkasında duran stratejinin ve stratejik matriksin gelişmesi üzerinde de durulmalıdır. Örneğin bir sağlık kurumunda işletme doktorlarına teknoloji kullanımında yardımcı olarak çalışanların üretkenliklerine, hastalara rahatlık sunan daha güvenli bir ortam oluşmasında yardımcı olabilir. Bunlar yapılırken kurum da ortaya çıkabilecek risk faktörlerini göz önünde bulundurmalıdır. Örneğin; teknoloji kullanımında bilgilerin yönetilmesi konusunda sistem virüslere karşı zayıf hale gelebilir ya da güvenlik ihlalleri veya bilgi hırsızlığı yaşanabilir. Bu yapılırken de en büyük ve en maliyetli riskler öncelikli riskler olarak belirlenebilir (Hale, Boone, & Male, 2004).

Bu süreç takip edilerek daha sağlıklı ve ölçülebilir bir risk analizi ve ölçümü metodu geliştirilebilir. ABD'de sağlık kuruluşlarının bir amacı da Karma Komisyon Sağlık Kurumları Akreditasyon Kurumu (KKSKAK)⁵ akreditasyonu almaktır.

⁵ ABD'de 1951 Yılında Kurulan ve Karma Komisyonun bir önceki adıdır. Orijinal adı the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ABD'de 15000'den fazla kuruluşu denetlemektedir (Detay Danışmanlık, 2013).

2.1.5.1.Hastanelerde Risk Yönetimi (RY)

Bu konu hastanelerde güvenlik kavramı ile karşılaştırıldığında sağlık alanında üzerinde pek durulmamış olan yeni bir konudur. “Sağlık (hastane) Risk Yönetimi (SRY)” idarecileri sağlık hizmeti veren organizasyonlara destek veren personelden oluşan bir grup insandır.

SRY’ nin hedefi hastaların kurumun yanlış/hatalı uygulamaları sonucunda ortaya çıkan durumlardan haksız/sınırı aşan/makul olmayan şekilde yararlanılmasının önüne geçmek ve sağlık kuruluşunun finansal kaybını engellemek veya en azından bu kayıpları azaltmaktır. RY yöneticileri genelde hazırlanarak imzalanan sözleşmeler, donanım teknolojisi, sigorta yönetimi, ortaya çıkabilecek olası problemler ile ilgilenirler. Dolayısıyla hastanelerde görev alacak olan RY yöneticilerinin klinik ya da hukuk geçmişi olması istenen bir durumdur (COSO, 2004).

RY’ nin unsurları kurumdan kuruma göre değişse bile işlevleri, otorite ve sorumluluk gibi konuların mevzuattaki ifadeleri, RY’ nin etkili işlemesi için temel ve gerekli düzenlemelerdir. Hastanelerde güvenliği sağlama çabası RY’ nin en temel unsuru olarak ele alınmalıdır. Genellikle hastanelerde görev alan güvenlik yönetimi ve bu yönetimin çalışanları RY unsurlarını çok dikkate almayarak, rapor etmez (Balbir Singh, 2002).

2.1.6. Güvenlik

Güvenlik insanla ortaya çıkmış olan en temel kavramlardan birisidir. Günümüzde sosyal hayatın giderek karmaşık bir yapı alması, nüfusun, ticaret hacimlerinin artmasıyla çok katlı alışveriş merkezleri gibi insanların yoğun olarak bulunduğu yerlerin artması ve bunların terör ve bombalama gibi olayların açık hedefi haline gelmesi gibi unsurlar güvenliğe daha fazla önem verilmesini gerektirmektedir. Güvenliği emniyet içinde (to be secure) olma hali şeklinde tanımlayabiliriz. Yani tüzel ya da gerçek şahısların yaşam haklarının, mülkiyetlerinin ihlal edilmesine karşılık korunması olarak nitelendirilebilir (Uçkun, Tosun, Yüksel, & Demir, 2013).

Hastane güvenliği konusuna girmeden önce güvenlik ve emniyet kavramları arasında bulunan anlam farklılıklarını incelemek gerekecektir. Bunun için çalışmada bu iki kavramın ayrı kavramlar olduğunu vurgulayabilmek amacı ile konu daha detaylı olarak ele alınmıştır.

2.1.6.1. Güvenlik ve Emniyet

Türkçede güvenlik (security) ve emniyet (safety) çoğunlukla aynı anlamlarda kullanılmaktadırlar. Bu durum Alman dili için de geçerlidir. Örneğin Almanca’ da kullanılan “*sicherheit*” kelimesi hem güvenlik hem de emniyet anlamına geldiği için her iki anlamda da kullanılmaktadır (Burns, Dobson, & McDermid, 1992). Türk Dil Kurumu “güvenlik” kelimesini “Toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi durumu, emniyet” olarak tanımlarken “emniyet” kelimesini ise “Güvenlik, güven, inanma, itimat, polis işleri” olarak tanımlamaktadır. Türk Dil Kurumu’nun (TDK, 2013) yapmış olduğu bu tanımlamada da emniyet kelimesinin güvenlik yerine kullanıldığını görmekteyiz. Cambridge İngilizce sözlüğüne göre ise güvenlik (security), bir kişinin, binanın, kurumun veya bir ülkenin suç ya da saldırı gibi diğer ülke ve/veya kişilerden gelebilecek tehditlere karşı korunması; emniyet (safety) ise, kişinin içinde emniyette/güvende olduğu, tehlikede veya risk altında olmadığı bir durum ya da bir yer olarak tanımlanmaktadır (Cambridge Dictionary, 2013). Başka bir çalışmada güvenlik durumunu kasıtlı olarak zarar verme niyetiyle yapılan ve yasal olmayan işlerin oluşturduğu işler (saldırı, hırsızlık gibi); emniyet durumlarını da kasti olmayan ama yine de bireylere ya da mülkiyete zarara sebep verecek olan durumlara karşı korunma hali olarak tanımlamıştır (Colling & York, HHS, 2010). Ayrıca sağlık konusunda kaliteyi ve etkinliği arttırmayı hedefleyen ve ABD’de faaliyet gösteren Amerikan Kongre ve Fuarlar Derneği (AGFD)⁶ da güvenliği emniyeti sağlayabilme yeteneği olan kavram olarak tanımlamaktadır. Kişilere ya da kurumlara yönelik hırsızlık, öldürme, sahtecilik, bilgisayar saldırıları gibi suçları engellemek ya da terörizm, yangın gibi tahmin edilemeyen olayları da azaltarak önleme faaliyet ve tedbirlerine güvenlik demektedir (The Healthcare Convention & Exhibitors Association, 2014). Bu yönüyle bakıldığı zaman sağlıkta ‘güvenlik’ alanında yapılan araştırmaların çoğunun aslında emniyet konularına yönelik olduğu anlaşılmaktadır. Emniyet (güvenlik) konusu genel olarak bina ve hasta güvenliği gibi başlıklarda çalışılmış kavramlar arasında karmaşıklık halen söz konusu olmaktadır. Çalışmada güvenlik kavramı kullanılacak ve bu kavram, suç veya saldırı önleme veya bu durumları azaltmak anlamında kullanılacaktır. Kurumda

⁶ İngilizce adı The Healthcare Convention & Exhibitors Association (HCEA) olan kurum 1930 lu yıllarda ABD’de Sağlık Kongre ve Fuarlar Derneği olarak kurulmuş, sağlıkta kalite gelişimi yönünde hizmet vermektedir (HCEA, 2013).

oluşabilecek emniyet ve güvenlik riskleri ile ilgili aşağıda gösterilen şekil yönlendirici olacaktır;

Şekil 3 Emniyet ve Güvenlik Arasındaki Farklar

| KURUMDAKİ EMNİYET OLAYLARI | KURUMDAKİ GÜVENLİK OLAYLARI |
|--|---|
| İhmal vardır. | Kötü niyet vardır. |
| Genellikle dikkatsizlikten kaynaklanır. | Zarar verme amacı güder, kastilik vardır. |
| İş yeri ve çevresinden kaynaklanabilecek riskleri azaltmayı amaçlar. | İçerden veya dışarıdan gelebilecek tehditleri azaltmayı amaçlar |
| Her zaman suç nedeni olmayabilir. | Her zaman suç oluşturur. |
| Her türlü kayıp olabilir. | Her türlü kayıp olabilir. |
| Yangın, düşmeler, personele işe batması emniyet risklerine örnektir. | Sabotaj, hırsızlık, şiddet güvenlik risklerine örnektir. |
| Emniyet olaylarında sorumlu çalışan ve kurum yönetimidir. | Güvenlik olaylarında kurum, personel, hastalar, güvenlik personeli, kolluk kuvvetleri sorumludur. |

Güvenlik, risk veya tehdit algısının olmadığı güvenli durum şeklinde tanımlanan bir kavramdır. Baldwin (1997) , güvenlik kavramını yedi soru sorarak değerlendirir. Bu soruları şu şekilde sıralamak mümkündür: Kimin için güvenlik? Hangi değerler için güvenlik? Ne kadar güvenlik? Hangi tehdit ve riskler için güvenlik? Hangi amaçla güvenlik? Güvenliğin maliyeti ne kadar? Ne zaman güvenlik gereklidir? (Baldwin, 1997; Özpolat & Çayırağası, 2013)

Hastaneler için güvenlik kavram olarak; çalışan, hasta ve ziyaretçileri, belirli hastane ve bağlı mekân, alanlarda güvenli kılmak anlamına gelmektedir. Çoğu güvenlik olayı hastane içinde bulunan değişik unsurlardan kaynaklanır. Bunlar bazen malzemenin yanlış kullanımı (ilaç ve sarf malzemelerinin amaçları dışında kullanılması), bazen binanın durumu (kalabalık-yetersiz-şehir merkezine uzak- yetersiz güvenlik donanımı) veya insani (sağlık personeli, güvenlik personeli, hasta ve hasta yakını) hatalardan kaynaklanmaktadır. Sağlık alanında hizmet veren kurumlara belirli bir hizmet standardı getiren ve bununla da daha kaliteli ve yerinde bir hizmet verilmesini amaçlayan KKSKAK güvenlikle ilgili olarak da belirli düzenlemeler getirmektedir. Bu düzenlemelerin uygulanması güvenlik risklerinin azaltılması amaçlanmaktadır.

Kurum güvenliği zamanla kurumlar için büyüyerek artan ve karmaşıklaşan bir problem olmuştur. Bu sorun özellikle hastaneler için önemli bir problem haline gelmiştir. Örneğin, hastanelere sürekli yapılan giriş-çıkışlar hastaneler için başlı başına bir problem olarak beliren konulardır. Ziyaretçiler çoğu zaman çalışanların izni olsun ya da olmasın

istedikleri gibi hastaneye girmeye ve hırsızlık yapmaya çalışırlar. İstedikleri zaman hasta ziyaretleri dışında hasta ziyareti yaparak hastane kurallarını ihlal ederler. Güvenlik personelinin hem hastayı hem de hastane çalışanlarını korumak gibi iki yönlü görevi vardır. Hastanelerde yapılan her türlü hırsızlık ve kuralları çiğneme gibi güvenlik zafiyetleri göz önünde bulundurulunca hastanelerde güvenlik personeli bulundurmamak bir zorunluluk haline gelmiştir. Kabul edilen ölçütlere göre, normal olarak her 10 yatak için bir güvenlik personeli gerekmektedir. Hastanelerde ihtiyaç duyulan personelin yoğunluğu belli şartlara bağlıdır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir;

- Hastanenin bulunduğu bölge (şehir merkezi, şehirden uzak bir yer),
- Hastanenin yerleşik olduğu yer (il, kasaba, köy)
- Hastane binasının inşa şekli (dağınık halde bir bina mı yoksa bütün halde mi?)
- Hastanelerde hırsızlık, hastane personeli ile hastalar arasında olan olaylarla ilgili karar verecek ve süreci yönetebilecek en az bir güvenlik danışmanı gerekmektedir (Carroll, 2009).

Hastane güvenliği ile ilgili olarak sevindirici olan güvenliğe ve kaliteye verilen ilginin artıyor olmasıdır. ABD’de 2007 de yapılan bir araştırmaya göre Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan bir kısım yöneticinin, %67’ sinin kendi kurumlarının kaliteye yaptığı vurgunun arttığını, %62’si de bu vurgunun daha da artacağına inandıklarını söylemişlerdir (Brown, 2008).

2.1.6.2.Güvenlik, Risk Yönetimi, Emniyet

Güvenlik konusu hastanelerde tek başına ele alınabilecek bir konu değildir. Kurum içinde bulunan bütün bölümler ve işlevler güvenlik ve emniyetin sağlanması için bu kavramın içinde yer almalıdır. Risk yönetimi ve emniyet işlevi kurumun korunması için iki önemli unsurdur. Güvenlik görevlisi bu kavramlara vurgu yaparak, günlük olarak bu kavramlara uygun hizmet eden birimler ile koordineli çalışmalı ve bu birimlerden destek alarak emniyetli bir hastane çevresini sağlamalıdır.

İyi bir kurum emniyet programlaması oluşturmak için donanımların, süreçlerin ve mevzuatın, ortaya çıkabilecek aksaklıkları azaltması ve hastalıkları tedavi edebilmek için kullanılmasına bağlıdır. Güvenlik ve emniyetin amacı insanların zarar görmesini engelleme ve o kurumun finansal maliyetlerini düşürmektir. Günümüz toplumları ve topluma hizmet veren ciddi kurumlar bile maalesef halen emniyet ve güvenlik kavramları

arasında bulunan farkı tam olarak kavrayamamışlardır. Emniyet esas olarak kasti bir zarar verme niyeti olmayan olay ve durumları engellemek konusu ile ilgiliyken, güvenlik alanının temel görevi kasti zarar veren kişileri veya böyle yapma niyeti olan bireyleri engellemektir (Ateş, Çetinkaya, & Es, 2010). Örneğin; emniyet tedbirleri yangın olmasını engellemeyi, güvenlik ise kundaklama şeklinde yangın çıkarmaları engellemeyi hedefler. Güvenlik konusu; kazaların araştırılması, zararların raporlanması ve emniyeti sağlanamamış işlerin bilgilendirilmesi ve düzeltilmesi gibi konulardan dolayı doğrudan emniyetle iç içedir. Hasta bakımı ünitesinde olan kazalar bu bölüm tarafından rapor edilirken, eğer böyle bir olayda öldürme, hastanın kaybolması veya intihar girişimi varsa (yani olayın asayiş yönü söz konusuysa) hastane güvenliği böyle bir durumda devreye girmektedir. Çalışanların işyerindeki kazaları bildirme ve rapor etme genellikle kontrol/yönetim bölümünün görevi iken, bu olaylarda adli yönden ciddiyet varsa ve acil olarak tedbir alınması gerekiyorsa hastane güvenliği ekibinin devreye girmesi beklenilir (Luizzo, Scaglione, & Wals, 2002). Hasta ziyaretçilerinin durumlarında ise sorumluluğun kimde olduğu konusu netlik kazanmamış bir konudur.

2.1.6.3.Hastane Güvenliği

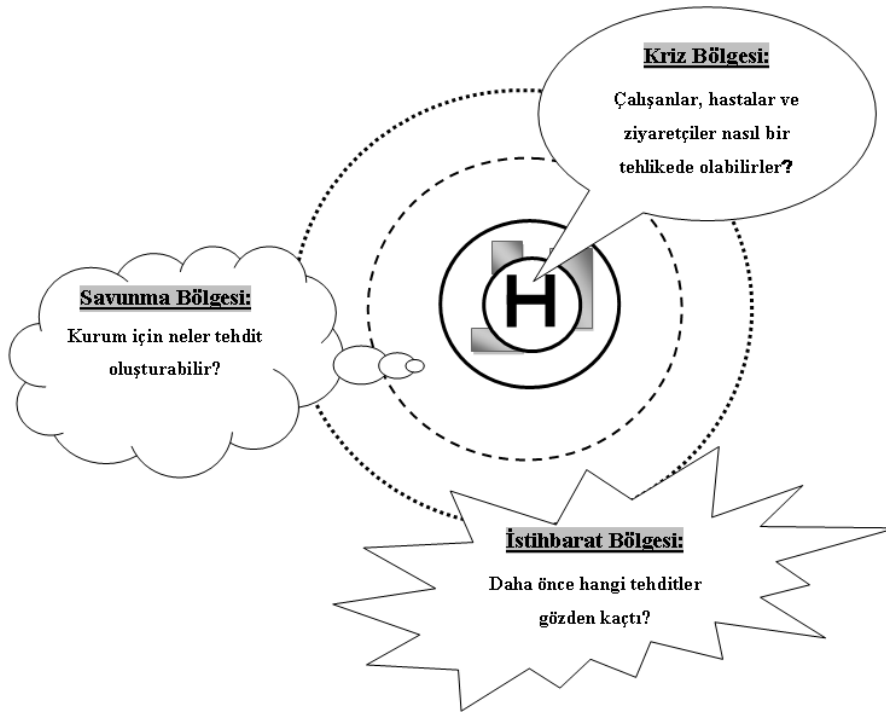
“Hastaneler güvenli yerler midir?” sorusuna her bilim insanı evet dememektedir. Bu hastanelerin örgütsel ve yapısal olarak çok farklı bir yapıda olmalarından kaynaklanmaktadır (Leape, ve ark., 2009). Sağlık kurumlarını korumak ya da güvenliklerini sağlamak ifadesi genel olarak belirsiz ve anlamı tam olarak anlaşılamayan konudur. Fakat bu kavramın genelde fiziki olarak binaları koruma ve bu kurumlar içinde birbirleri ile iletişim halinde olan bireylere göre içeriği soyut, güvenliği sağlama anlamı taşımaktadır. Bu tanım karşımıza soyut güvenlik problemi kavramını çıkarmaktadır. Bugün güvenli olan yarın olmayabilir, güvenliğin sağlanıp sağlanamadığı konusunu doğasında tamamen özneliği barındıran değerlendirmelerle yapmak zordur. Güvenlik statik bir durum değil aksine devamlı olarak süre giden bir durum ya da haldir. Bu durumda kurumların korunma durumları sürekli olarak değerlendirmeli ve yapılan bu çalışmalar da yeniden gözden geçirilmelidir. Genel olarak bakıldığında hastaneler hastalarını kişisel bilgi ve mahremiyetini de korumak zorundadırlar. Bu çalışmalarını yerine getirirken hizmet verdikleri çevreyi de emniyetli bir hale getirmek için kolluk kuvvetleri ile mutlaka ortak olarak çalışmalıdırlar (Washington State Hospital Association, 2010). Ancak, sağlık kurumlarının güvenlik (algısı) konusunda yaptıkları büyük bir hata da kurum güvenliğini tamamen kolluk kuvvetleri ile ilişkilendirmeleridir veya güvenliği

sadece onlara ait olan bir konu olarak görmeleridir. Hastanenin güvenliği hastaneler için işe yönelik fonksiyonel bir örgüt yapısı ile ilgili bir durumken, kolluk kuvvetleri açısından güvenliğin sağlanması tamamen kurumun dıştan gelen güvenlik tehditlerine karşı korunması olarak görülmektedir. Güvenlik yönetiminin sağlanması için idari ve kolluk kuvvetlerinin işbirliği yapması gerekmektedir. Ancak bu şekilde güvenlik ihtiyacına uygun çareler bulunabilir. İdari yönden bakıldığından olayın kanuni olarak bildirilmemesi akla gelmemeli, aksine hastanede bulunan personelin kolluk kuvvetlerini yönlendirerek çözüm bulma konusunda onlara bilgi ve fiziksel anlamda yardımcı olma boyutlarında çalışma yapılmalı ve kolluğun elini kolaylaştıracak kolaylaştırıcı bir aktör olunmaya çalışılmalıdır (Nieva & Sorra, 2003). Kurumların güvenlik ile ilgili olarak ortaya çıkan durumlarda olaydan elini çekip bütün sorumluluğu kolluk kuvvetlerine bırakması kurumsal olarak güvenlik meselesinin çözülmesini daha da güçleştirecektir.

Hastaneler oteller gibi konaklama ve servis hizmetleri veren, benzer yapılara sahip olan, tehlikeli malzemeleri, ulaşım şebekelerini ve hatta bilgi hizmetini de içinde barındıran sadece kendine ait özelliklere sahip yapılardır. Bu yönüyle bakıldığında hastaneler birçok saldırının tehdidi altında (Godlewski, 2011) olan kurumlar olarak adlandırılabilirler. Tam anlamıyla güvenli ve emniyetli bir hastane çevresi oluşturmak birçok unsurun bir araya gelmesiyle ortaya çıkabilir. Bunlar ahlaki sorumluluklar, yasal meseleler, yönetmelik veya akreditasyon gerekliliklerine uyma, kaliteli hasta tedavisine katkıda bulunma, işletmenin finansal yapısını devam ettirme, sağlam ilişkileri olan kamu, toplum ve çalışan ilişkileri oluşturma gibi unsurlardır. Hastaneler hem olumlu hem de olumsuz istenmeyen düşüncedeki yaklaşımların bir arada bulunabileceği yerlerdir. Bu yönüyle hastaneler bir yandan insan sağlığını korumaya çalışan kişileri diğer yandan da ona zarar vermek isteyenleri içinde barındıran küçük evrenlerdir (microcosm). Hastanelerde yapılan analizlerde “muhtemel” ile “potansiyel” arası çizgide, zihinsel ayrıştırma yapılarak hastanelerdeki tehditler algılanmalıdır (Godlewski, 2011). Ancak ahlaki olarak bakıldığında, kurum hastasına iyi olanı sağlayarak hizmet alanların zarar görmesini engellemeyi hedeflemektedir. Bunun için verilen hizmetin yanlış kullanımından, hırsızlıklardan kaçınılması ahlaki bir tutum olarak ortaya çıkar ve dolayısı ile bu alanda etik yaklaşımlar gibi yaklaşımlara ihtiyaç bulunur. Yasal olarak bakıldığında özellikle kurumların gerekli güvenlik tedbirlerini almamaları karşısında cezai yaptırımların arttırılması gerektiği düşünülebilir. Güvenlik kontrolleri etkin bir biçimde yapılabilse hastane harcamalarının %3 ile %10 arasında düşeceğine inanılmaktadır.

Sağlık kurumlarının güvenliği için ayrılan bütçe işletmenin faaliyet bütçesinden her zaman daha azdır. Genellikle güvenlik için ayrılan kısım hastane bütçesinin %1’den daha azdır ki bunun da çoğunluğu kişi güvenliğine ayrılmaktadır. Hastane güvenliğine yapılan düşük maliyetli yatırımlar kısa vadede hastaneler için bazı çözümler getiriyor gibi görünse de yapılan ihmaller uzun vadede kuruma yönelik olan güvenlik tehditlerinin her zaman devam etmesine sebep olacaktır. Godlewski (2011), hastane güvenlik çevresini şu şekilde göstermektedir;

Şekil 4 Hastane Güvenlik Çevresi



Kaynak : Godlewski, R. J. (2011). *Hospital Security and Healthcare Force Protection*. 10 19, 2013 tarihinde

<http://rjgodlewski.com/HospitalSecurityAndHealthcareForceProtectionByRJGodlewskiTACTICALEXTRACTIONSSecurityPaperNOV2011.pdf> adresinden alındı

Şekil 4’den de anlaşılacağı gibi hastane güvenliği pratik olan ile stratejik olanın eşzamanlı olarak değerlendirilmesi gereken bir konudur.Şekle göre;

- I. **Kriz çevresi;** Hastane içinde nerelerde, kimler nasıl bir tehlike tehdidi altındadırlar. Bu durumun mutlaka tespit edilmesi gerekmektedir.

II. **Savunma çevresi;** Hastanenin dış çevresi hastanenin öncelikli olarak korunduğu alanıdır. Hastaneyi dışarıdan gelecek tehdit altına sokulabilecek unsurların tespiti ve bunlara karşı güvenliğin sağlanması. Bunun için de, gelen giden bütün şahıslar ve araçlar söz konusudur.

III. **İstihbarat çevresi;** basit olarak hastanenin nihayetinde personeli ve mülkiyetini etkileyen küresel çevredir. Hastanenin güvenliğini sağlayan personel ve güvenliğini tehdit eden unsurlar çemberinde oluşur.

Sağlık kurumlarında en temel riskler ve güvenlik hassasiyetleri genel olarak şöyle sıralanabilir.

- Mesai sonrasında (yeterince) kontrol edememe,
- Hiç olmayan ya da yetersiz ziyaret politikaları,
- Güvenlik hassasiyeti olan yerlerin yetersiz sayıda tutulması,
- Yetersiz güvenlik personeli elamanı bulundurma ve görevlendirme,
- Yetersiz güvenlik eğitimi,
- Çevresel güvenlik olayları,
- Yeterli olmayan güvenlik politikaları ve yönetmelikleri,
- Yetersiz sayıda veya hiç olmayan güvenlik donanımı (Roll, 2006) görüldüğü gibi hastane ve eklentileri çok boyutlu düşünülerek planlamaya ihtiyaç duyan yerler olarak ortaya çıkmaktadır.

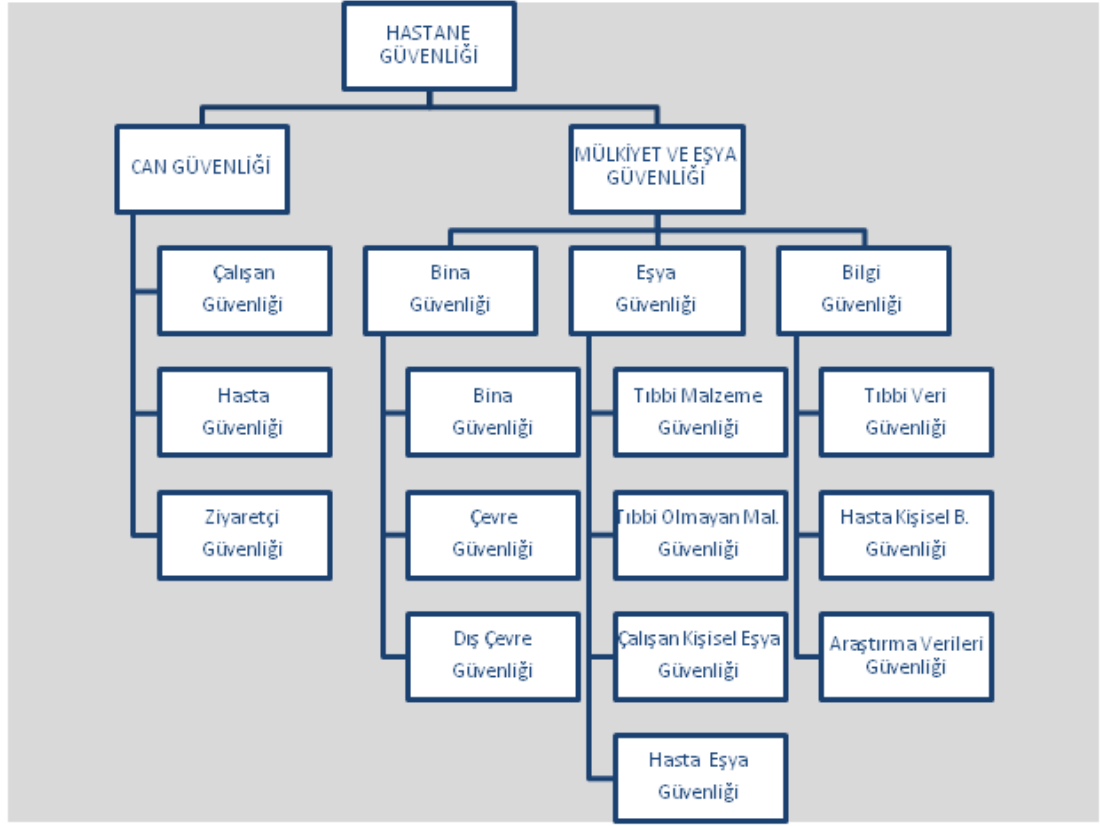
2.2. Hastane Güvenliği ve Yönetimi

Hastaneler ile ilgili gazetelerde yer alan çeşitli haberler, hastanelerde yaşanan emniyet ve güvenlik olayları hastane güvenliği problemini belirtmekten uzak sadece aysbergin görünen yüzünü ortaya koymaktadır. Hastane gibi kurumları düzene sokmak için akreditasyon ve lisanslandırma kurumlarının sınırlı düzeyde ve genellikle bürokratik boyutlu kontrolleri, yer yer bu hizmeti alan kurumlar tarafından dirençle karşılandığından olması gereken kontrol aksamaktadır. (Kohn, Corrigan, & Donalds, 2002). “Güvenli – emniyetli” hastane, kavram olarak sorgulanmaya muhtaçtır. Günümüz sağlık hizmeti çevresinde değişmeyen tek şey, sağlık yöneticileri ve bu endüstriyi korumakla görevli olan personelin karşılaştığı bu sektörün dinamik olan zorluklarıdır. Sağlık sektöründe güvenlik alanında yöneticiler ve çalışanlar için hastaneler, her yeni günde yeni tecrübelerin denendiği ortamlardır. Sağlık hizmetinin sunumu çok hızlı ve bugün dünden farklı bir biçimde sürekli değişmektedir. Bu durum özellikle güvenlik yöneticileri için

büyük zorlukların ortaya çıkması anlamına gelmektedir. Hastanelerde sadece hasta güvenliği konusuna eğilmek yeterli olamamaktadır. Hasta güvenliğinin çalışan güvenliği ile de ilgisi bulunmaktadır. Bu yönüyle bakıldığında tek taraflı bir güvenlik bakış açısı yeterli olamamaktadır (Aren, 2008). Hastaneler etrafında şekillenen sağlık sistemlerinin, hizmet verdikleri nüfusun coğrafik, kültürel ve ekonomik özelliklerine uygun olmadıkları da düşünülmektedir (Frenk, Ruelas, & Donabedian, 1989). Nitekim bu düşünceler ile hastaneler artık toplumdan kopmuş yapılara sahip kurumlar değildir anlayışı ile günümüz hastaneleri çok karmaşık yapılar olmakla beraber farklı ve çok değişik hasta tiplerine farklı hizmetler sunan kurumlar haline gelmişlerdir. 11 Eylül⁷ olaylarından sonra güvenlik tedbir seviyesi yükseltilmiş; devletlerin, hastaneler ve bunlara güvenlik hizmeti sağlayan diğer kurumlar için daha kapsamlı, detaylı bir güvenlik anlayışı ve yaklaşımı geliştirmelerine neden olmuştur. Artan hasta sayısından kaynaklanan şiddet olayları, hastanede çalışanların hırsızlık yapma oranı, “Sağlık kurumlarının toplumun nazarında olumsuz bilgilendirilmesi ve terörizm tehdidi sağlık kurumları ve hastanelerin daha fazla güvenlik nasıl sağlanır?” sorusunu sorarak bu sorunun cevabını araştırmalarına neden olmuştur. Sonuçta hastane güvenliğinin tamamen güvenlik personeline bırakılamayacak, hastanede etkili olan yöneticiler, mütevelli heyeti, bütün üst yöneticilerin güvenlik konusunda daha etkin olmaları gerektiği yaklaşımı gelişmiştir. Evde bakım hizmetleri, özel sağlık bakım yerleri, ayakta tedavi yerlerinin sayısının artmasına karşılık hastaneler hala en çok kullanılan sağlık hizmeti sağlayan yerlerdir. Özellikle yaşlanan bireylerin ve hizmet bekleyen kişilerin sayısının artması hastanelerde daha fazla, yoğun bakım servisine, acil servise ihtiyaç duyulmasına neden olmuştur. (Colling & York, HHS, 2010, s. 2). Hastane güvenliğinin bir bütün içinde gösterildiği, aşağıda verilecek olan şekil 5 bu konuda daha sistematik bir yaklaşım gerektiğini bizlere göstermektedir.

⁷ 11 Eylül 2001 tarihinde ABD’de ikiz kuleler diye bilinen meşhur iki gökdelenine uçakla yapılan terörist saldırı. (Chossudovsky, 2012)

Şekil 5 Hastane Güvenliği Konuları



Hastane güvenliğinden sorumlu bölüm ve personel kurum çalışanlarına, hastalara ve ziyaretçilere emniyetli bir ortam sağlamak amaçındadırlar. Fakat doğası gereği kapıları herkese açık olan hastaneler iyi korunamadığı zaman dışarıdan gelen suçlara ve öteki tehlikeli durumlara açık haldedirler (Schneider Electric, 2006). Dolayısıyla hastanede sistemi sağlam anlamda kurulmuş bir güvenlik anlayışı olmalıdır. Bir hastanenin güvenlik sisteminin kuruluşu o hastanede yaşanan, kayıt altına alınarak değerlendirilmiş olan tehdit tipleri ve verdikleri zararın derecesi, görülme sıklığının belirlenmesi ile tespitinden sonra bu belirlemelere göre program oluşturmaktan geçmektedir. Hastanelerdeki muhtemel hasar analizleri genellikle hastane yönetimi tarafından yapılmaktadır. Bu analizlerde kurumda meydana gelen olaylar göz önünde bulundurularak, vaka tabanlı gidilerek, muhtemel zararlar bu şekilde analiz edilip tahminler yapılmaya çalışılır. Güvenlik riskleri analiz edildikten sonra olma sıklıklarına ve bu sıklıkları (muhtemelen) etkileyecek olan olayların olduğu yerlere göre sınıflandırılırlar. Öğle vakti yemekhanede yemek yiyen bir çalışanın gece vakti evine giden bir çalışana göre daha az risk altında olması bunu özetleyen bir örnek olarak verilebilir. Yine güvenlik olaylarının risklerinin en son olan

olaylara göre değil de metotlu bir şekilde (önceden sistematik bir biçimde kayıt altına alınarak) analiz edilmesi gerekmektedir (Colling & York, HHS, 2010, s. 51).

2.2.1. Sağlık Güvenliğinin Gelişimi

Güvenlik algısı ilk insandan itibaren başlayan ve sürekli olarak bir algı evrimi yaşayan bir olgudur. Avcı insanın can güvenliği bu konuda ilk olarak karşımıza çıkacaktır. Daha sonraları ise yerleşik hayata geçen ve kısmen tarım yapan ve mülk edinme eğilimi artan insanların mal güvenliği de ikinci bir konu olarak yerini almıştır. Bu yönüyle bakıldığında güvenlik her zaman insanoğlu için önemsenen bir konu olmuştur. Hastane güvenliğine tarihsel olarak bakacak olursak dini bir anlam da taşıyan hastaneler bu yönlerinden dolayı özellikle Hıristiyan kültürlerinde en az kilise kadar kutsal kabul edilmiş ve suç unsurunun çoğunlukla hedefi içinde yer alan sosyal ortamlar içine girmemiştir. Değişen sosyal ortamlar olarak günümüzde hastaneler suçun işlendiği/işlenebileceği önemli yerler haline gelmişlerdir.

Tarihte sağlık güvenliği hastane güvenliği ile başlamıştır. Bu tarihsel olarak ilk defa İngiltere’de 1123 yılında karşımıza çıkar. Bu dönemde hastane güvenliği algısı daha çok çıkabilecek yangınlara karşı tedbir almayı sağlama yönündedir. 1552 yılında hastane talimatnamesinde ilk defa meslek açıklamaları yapılarak burada “güvenlik personeli” ifadesi geçmiştir. Hastane güvenliği konusu, 1948’e kadar bu şekilde devam etmiştir. Bu tarihten sonra kurulan ‘house detective’ adı verilen sağlık ve güvenlik bölümü büyük şehirlerdeki ana hastanelere bir güvenlik personeli atamıştır ve genelde hırsızlıklara karşı kullanılmıştır (Nieva & Sorra, 2003).

1970’lerin başında daha etkin güvenlik programları uygulamaya sokularak güvenlik meselesine daha fazla önem verilmiştir. Günümüze geldiğimiz zaman ise gayet iyi işleyen bir güvenlik programı vardır. Şu anda ulaşılan teknolojik seviye ve bugüne kadar kazanılmış olan tecrübeler hastane güvenliği ve yönetimini her gün biraz daha iyi yönde geliştirmektedir (Colling & York, HHS, 2010, s. 22). Daha öncede belirtildiği gibi hastane güvenliği kavram ve sistem olarak daha çok batılı ve gelişmiş ülkelerde evrimine daha önceden başlamış ve özellikle de ABD’de en etkin ve sistematik olarak yerini almıştır. ABD’de sağlık ve güvenlik hizmetlerinin uluslar arası akredite kurumlar (ASIS, 2013; IAHS, 2012; NFPA, 2013) tarafından yönlendirilip denetlendiği düşünüldüğünde, bu konunun Türkiye’deki algısal ve sistemsal boyutlarının ABD ile karşılaştırılmasının hastane güvenliğine fayda sağlayabilecektir.

2.2.1.1.ABD’ de Hastane Güvenliğinin Gelişimi

Hastane Güvenliğinde uzmanlığı dünyaca kabul görmüş olan Russel (2010) “Hastane Güvenliği” kitabında ABD’de bu konuda olan tarihsel gelişimi altı bölümde ele almıştır (Colling & York, HHS, 2010).

2.2.1.1.1. 1900-1950 Dönemi

Bu dönemde güvenlik algısı tam oturmamıştır. Hastane güvenliği kavramından az bahsedilmektedir. Özellikle hastanenin genel hizmetlerden sorumlu personel yangınlara karşı etrafı takip etmekle görevlilerdi. Güvenlikten ziyade tesisleri fiziki olarak işlerliliğinin devamını sağlama ve özellikle de hastanelerde olabilecek yangınları engelleme konusuna eğilmişlerdi (NFPA, 2013).

2.2.1.1.2. 1950- 1960 Dönemi

1950 yıllarda koruma işi farklı kolluk kollarının da dâhil olmasıyla genişlemiştir. Bu dönemde yangın gözetimi devam etmiş ve yangından sorumlu personel ile kolluk kuvvetleri birbirinden bağımsız çalışmıştır. Bu dönem de hastane içi ve çevresinde kriminal suçlar görülmeye başlanmıştır. Bu dönemde hastaneler sosyal ve toplumun bulunduğu yerler olan kurumlar olarak kabul edilirken, geniş polis bölümleri hastanelerde birer memur bulundurmaya ya da hastaneleri bölgenin devriye merkezi yaparak bu yerlerde bulunmaya başlanmıştır. Hastanelerde polis memuru bulundurma maliyetleri vergilere yüklendi. Artan kriminal olaylardan dolayı da hastaneler resmi olarak görevde olmayan özel/paralı polisler/güvenlik personeli kiralayarak çalıştırmaya başlamıştır.

2.2.1.1.3. 1960 – 1975 Dönemi

1960’ların başlarından itibaren hastanelerdeki güvenlik algısı sadece yangın ve kriminal olaylardan oluşmamaktaydı. Artık, güvenlik, kurumun bütün bölümlerini ve bütün işlevlerini içiren ve yönetsel olarak ele alınan bir kavram olmaya başladı. Özellikle bu dönemde güvenlik anlayışının oturması için hastanede olan güvenlik olayların rapor edilmesi ve bunu da hastane bakım mühendisliği adlı bölüm tarafından oluşturulan güvenlik bölümü tarafından yapılması sağlanmıştır. Bu dönemde özel/paralı polislerin istihdamı azalmış artık hastane kendi iç güvenlik personelinin güvenlik bölümü tarafından görevlendirmeye başlamıştır.

2.2.1.1.4. 1975-1990 Dönemi

Bu dönemde yönetsel olarak bu kavram kurum idaresi içinde yer almaya devam etmiştir. Buna ek olarak hastane güvenliğinin tanımı ve günlük fonksiyonu artarak

değişmeye devam etmiştir. Genel kavram olarak ‘güvenli alan’ konusu yerleşti. Güvenlik bölümünde bulunan yöneticiler üst yönetimde yer alarak önemli bir konumlara gelmişlerdir. Artık güvenlik ve emniyet kavramı gelişerek, güvenlik yönetimi algısı reaktif (tepkisel) olmaktan çıkıp proaktif (önceden tedbir alma) şeklinde değişmiştir. Artık sayıları hızla düşen polislerin yerini kontratla çalışan güvenlik personeli alınmaya başlanmıştır.

2.2.1.1.5. 1990 – 2000 Dönemi

1990’ların başında ani değişimler söz konusudur. 1980 risk yönetimi konusu hastane güvenliği sağlama işini yarı yarıya önemli hale getirmiştir. Güvenlik bölümleri verdikleri hizmetleri arttırırken aynı zamanda da çok ciddi bütçeler oluşmasına neden olmuşlardır. Bunun karşısına geçmek için güvenlik bölümlerinden daha az bütçeyle daha fazla iş yapmaları beklenmiştir. Hastane güvenlik bölümleri eleman, fonksiyon ve bütçe olarak azalmaya devam ederken hastanelerdeki öteki programlar da artmaya devam etmiştir. Sağlık kurumları için hazırlanan güvenlik programları hastanede bulunan diğer unsurlar (mal, can, bina) da göz önünde bulundurularak daha geniş bir güvenlik bakış açısı ile düzenlenmiştir. Güvenlik kavramı hastanede bulunan diğer fonksiyonlarla da ilişkili hale gelmiştir. Diğer destekleyici hastane programları ile hastane güvenliği daha az önemsenen bir konu haline gelmiş, hastanedeki bölümler birleştirilmiştir, örneğin; taşıma hizmetleri ile güvenlik hizmetlerinin aynı çatı altında birleştirilmesi gibi. Bu dönemde dıştan personel alımı (outsourcing) hastanenin kendine ait personel çalıştırmasının yerini almaya devam etmiş, dışarıdan gıda, temizlik gibi hizmetler alan hastaneler güvenlik hizmeti de almaya başlamıştır.

2.2.1.1.6. 2000-2009 Dönemi

Yeni ve geniş çaplı teknolojinin bu alana girmesiyle bunun hastane güvenlik programlarına büyük ve olumlu katkısı olmuştur. Bu gelişmeler aynı zamanda yeni ve sürekli değişen güvenlik risklerine de yol açmıştır. Bilgi teknolojileri kavramı ile fiziksel hastane güvenliğinin birbiri ile yakınlaşıp ilişkiye girmesi hastane güvenliği algısını yeniden şekillendirdi. Her iki disiplinin bir araya gelmesi ve gelişip olgunlaşmasıyla emniyet ve güvenlik konuları daha açık ve ayrı ele alınan bir konu haline gelmeye başlamıştır. Karma Komisyon (KAK) emniyet ve güvenlik standartlarını Hizmet Çevresi başlığının altında birleştirmiş ve son 10 yıl içinde güvenlik yönetimi, acil eylem yönetimi konularında koordinasyon sağlamak ve destek için beraberlikleri ve bütün bunlara

duyulan ihtiyaç artmıştır. Özellikle ABD’de teröristler tarafından ikiz kulelere yapılan saldırılarla bilinen 11 Eylül olayları ve bölgede hâkim olan kasırgalardan olan Katrina⁸ gibi felaketler; işletmeler olarak hastanelerin toplumsal felaket ve terörist saldırılar gibi afetlere cevap verebilmesini gerektirdi. Bu tür olaylar, ortaya çıkacak olan yeni güvenlik risklerine hazırlıklı olması gerektiği konusunda özeld hastane yöneticilerine ve genelde ise devletlere önemli dersler vermiştir.

Bu dönemde özellikle özel bakım gerektiren hastane bölümlerinde güvenlik personelinin iş yoğunluğu aşırı bir şekilde artmış ve personelin gücünün üzerinde kullanımında beklenmedik bir artış olmuştur. Özellikle acil servislerde ödenek azlığından ve akıl sağlığı bozuk hastalara yetersiz tıbbi müdahaleden kaynaklanan olaylarda güvenlik çalışanları çok yoğun olarak kullanılmışlardır. Bu durumda hastanedeki güvenlik olayları artarken güvenlik personeli sayısı artmamıştır (Colling & York, HHS, 2010, s. 23-24).

2.2.2. Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlık Sistemi içinde Hastane Güvenliğinin Gelişmesi

Ülkemizde hastane güvenliği olmadığını iddia etmek kabul edilebilir bir ifade değildir. Hastaneler güvenlik personelleri tarafından korunmakta, hastaneler binalarını, çalışanlarını ve hastaları aldıkları tedbirler ile bir şekilde korumaktadırlar. Ancak, hastanelerde alınan koruma tedbirleri için sistematik ve bütüncül bir bakış açısı olduğunu söylemek pek de mümkün görünmemektedir. Öncelikle belirtmek gerekmektedir ki ülkemizde kullanılmakta olan güvenlik (security) kelimesi daha çok emniyet (safety) anlamında kullanılmakta bu da güvenlik anlayışının emniyet (safety) (Öztürk & Babacan, 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014) doğrultusunda gelişmesini sağlamıştır. Yasal düzenlemelere bakıldığında iş güvenliği düzenlemeleri daha çok iş emniyeti anlamında kullanılmış, bizim anladığımız anlamıyla çoğunlukla kullanılmamıştır. Akademik çalışmalarda da bu durum çok farklı değildir. Hasta güvenliği ya da çalışan güvenliği de çoğunlukla hasta ve çalışan emniyeti konu çerçevesinde ele alındığı görülmüştür. Hastane güvenliği alanında yasal ve bilimsel olarak yapılan çalışmaların bilimsel bir sistematik içinde yapıldığını, güvenlik anlayışını oturtmak için kurumsallaşmanın olduğunu söylemek neredeyse zordur. Güvenlik alanında alınan tedbirler ve getirilen uygulamalar

⁸ 23 Ağustos 2005 yılında ABD’de meydana gelen ve ABD tarihinin en şiddetli doğal afetlerinden olan çok şiddetli bir kasırgadır (Waple, 2005).

2000 yılından sonra artan şiddet olayları ile gündeme gelmiş ve şiddet konu çerçevesinde ilgi görmeye başlamıştır. Bu durum söz konusu olduğunda Sağlık Bakanlığı en ciddi adım olarak çalışana şiddete karşı “Beyaz Kod” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013) düzenlemesi getirmiş, TBMM şiddet konu ile ilgili raporlar yazmış (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2013), tabip odaları sürekli konferanslar düzenleyerek raporlar (Türkiye Tabipler Birliği, 2013) hazırlamışlardır. Yapılan bilimsel çalışmalarda daha çok şiddet konusunda ele alınmış, mobbing (Demirel & Yoldaş, 2008) gibi psikolojik şiddet konuları üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Ancak hastanede güvenlik konusunun bina güvenliği, çalışan ve hasta güvenliği, bilgi güvenliği gibi konuların bütün olarak çalışılması, alınacak tedbirlerin bütün bu konular göz önünde bulundurularak yapılması ve bu düzenlemeleri ve uygulamaları düzenleyecek ve denetleyecek üst kurumların olması gerektiğini düşünülmektedir. Ülkemizde mevcut durumda böyle bir anlayışın yoksunluğu söz konusudur. Hastane güvenliği hem hastane yönetimleri hem de dışarıdan hastanelerin işleyişinde etkisi olan kişi ve kurumlar tarafından böylesi bir yönetim bakış açısıyla ele alınarak en kısa sürede ele alınmalıdır. Şiddetin hastanelerde varlığı gözden kaçırılmaması gereken bir durumdur, ancak mal, mülkiyet ve bilgi güvenliği de hastaneler ve içinde bulunan çalışan ve hastalar için güvenliği sağlayan önemli unsurlardır. Tam anlamıyla güvenli bir hastaneden bahsedebilmek için bu konuların da ele alınması gerekmektedir.

Türkiye de sağlık alanında özellikle 2000’li yıllardan sonra ciddi değişiklikler olduğu açıktır. Sağlık Bakanlığı bakanlık çalışma sistematiği, finansal yatırımlar, yasal düzenlemeler yaparak sağlıkta kalite ve memnuniyeti getirmeyi hedeflemektedir. Bütün bu çalışmalar yapılırken tabip odaları, diğer sağlık çalışanları odaları, sağlık çalışanları sendikaları ve akademisyenlerde bu düzenlere katkı yapacak sempozyumlar yapmış, raporlar yayınlamış, çalıştaylar düzenlemiş ve eğitimler vermişlerdir. Sağlık sektörü barındırdığı dinamik yapı ve içinde bulundurduğu meslek gruplarının farklılığı ve bu mesleklerin vazgeçilmez oluşu, sürekli artan hasta sayısı ve beklentisi, yenilenen ve gelişen teknolojiye kaynaklanan sorunları da yanında getirmiştir. Hizmet sektörlerinde kalite ve memnuniyet ulaşılması çok zor bir süreçtir. Sağlık sektörü de bunun en çok yaşandığı alanlardan birisidir.

Çalışmamıza konu olan “hastane güvenliği” konusunun ülkemizde bulunan durumu ortaya koymak için ülkemizde sağlık alanında yapılan finansal yatırımları ve

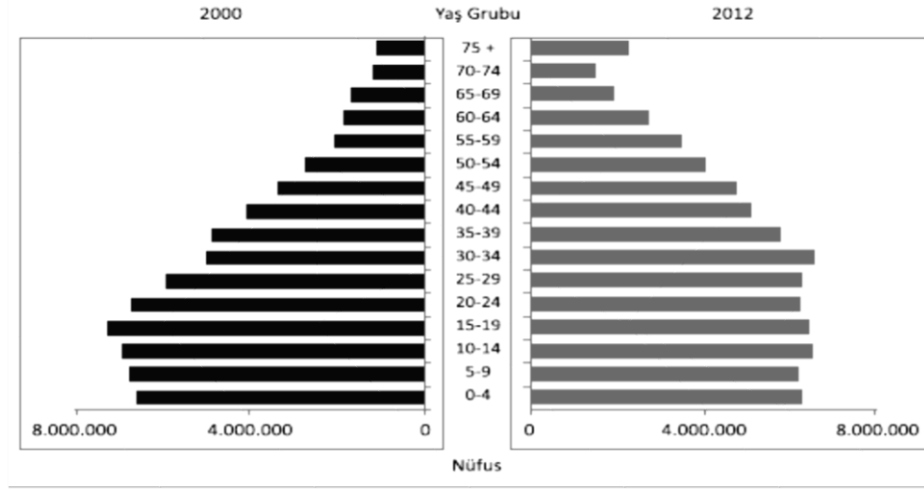
bunların diğer dünya standartları ile karşılaştırılmasının gerekli olduğu düşünölmüştür. Ayrıca ortaya konulan rakamlar bize konunun önemi hakkında önemli veriler sağlayacaktır. Ayrıca çalışma konusu olan “hastane güvenliği” nin konu ile doğrudan ilgisi olan sağlık Bakanlığı’nın işleyen teşkilat yapısı incelenerek bu konunun hangi birimler tarafından yönetildiği ve denetlemelerin yapıldığı ortaya konulacaktır. Batı sisteminde olduğu gibi sağlık kurumlarını akredite eden bağımsız ve uluslararası düzeyde hizmet veren bir kurumumuz henüz görölmemektedir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı alt birimlerde yapılan araştırmalarda standardizasyon çalışmaları görölmektedir. Ancak bunun yeterli olması sorulması gereken bir konudur. Hastane güvenliği konusuna ölkemizde yasal ve yapısal açıdan yapılan düzenlemeler incelenerek mevcut durum ortaya konmaya çalışılacaktır. Sağlık hizmetleri ile ilgili olan sağlık sendikaları, tabip odalarının düzenlediği çalıştay ve sempozyumlar ve yayınladıkları raporlar ortaya konarak hastane güvenliğinin bu kuruluşlar tarafından nasıl bir bakış açısıyla ele alındığı ortaya konulacaktır. Son olarak ölkemizde görev yapan akademik çalışmaların hastane güvenliği algısı ve çalışmaları hakkında kısa bir bilgi verilecektir. Bütün bu yönleri ile ele alınan hastane güvenliği konusunun ölkemizde bulunan mevcut durumu ortaya konarak Batı sistemleri ile yapılan karşılaştırmalar ile ileride neler yapılabileceği sonuç olarak ortaya konacaktır.

2.2.2.1.Rakamlarla Türkiye’de Sağlık Sistemi

Sayıların tek başlarına bir anlam ifade etmediği doğrudur. Ancak bu sayılar belirli sınıflandırmalara ayrılıp tablolar haline geldiğinde çok şeyler ifade edebilmektedir. Bu başlıkta ortaya koyacağımız tablolar Sağlık Bakanlığının farklı zamanlarda hazırladığı raporlar (Müezzinoğlu, 2013; SBSGM, 2012;T.C.Sağ.Bak., 2012) ve değerlendirmelerde kullandığı tablolar ve istatistikler verilerek bu değerlere ilişkin çalışma konumuzla ilgili değerlendirmeler yapılacaktır. Bir kısmı verilen tablolarda Türkiye’nin demografik yapısı ve kentsel ve kırsal yapısı, Türkiye’de hizmet veren sağlık kurumlarının sayıları ve yatak kapasiteleri, sağlık personelinin sayısı, kişi başına düşen hasta sayıları, finansal olarak yapılan sağlık harcamaları kamu ve devlet olarak verilmiş ve bu değerler çoğunlukla dünya değerleri ile de karşılaştırılmıştır. Değerlendirmeler yapılırken bu değerlerin hastane güvenliğine etki edebilecek yönleri hakkında bilgiler de verilmiştir. Son olarak ta TUİK’in yapmış olduğu bir anketle (TUİK, 2007) ilgili bilgi verilmiştir.

Ülkemizde bulunan demografik yapıya bakıldığı zaman yaşlanan ve kentsel nüfusun arttığı görülmektedir.

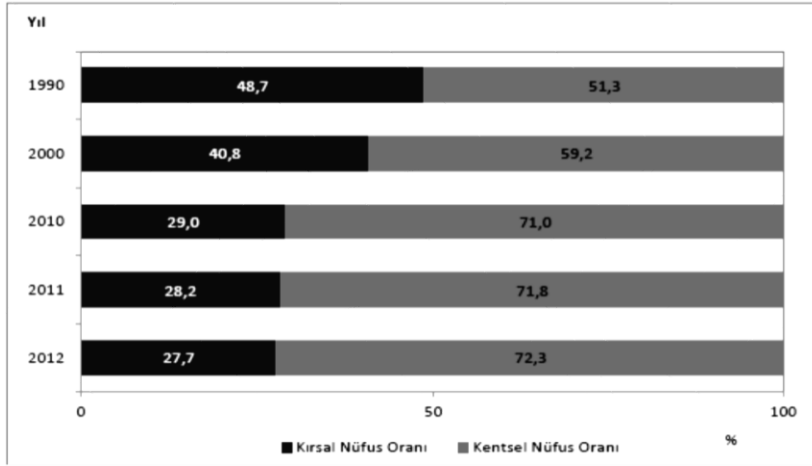
Şekil 6 2000-2012 Toplam Nüfus Piramidi



Kaynak : TÜİK, 2007

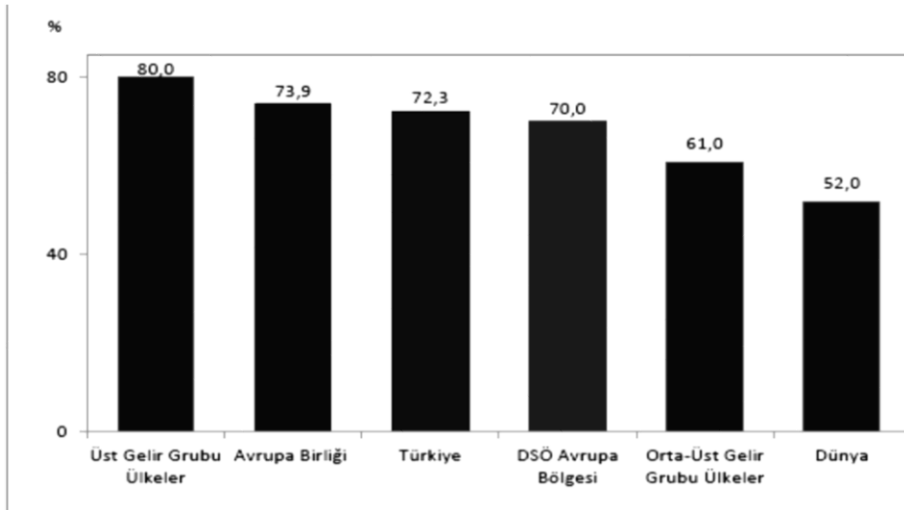
Şekil 6'da görüldüğü üzere ülkemizde 2000 – 2012 yılları arasındaki nüfus piramidinde yaşlanan bir nüfusumuzun olduğu yaşlanan bir nüfusun yaşa bağlı olarak artan sağlık harcamaları sağlık sistemi üzerine ekstra maddi bir yük getirecektir.

Şekil 7 Yıllara Göre Kırsal ve Kentsel Nüfus Oranı, (%), Türkiye



Kaynak : TÜİK, 2007

Şekil 8 Kentsel Nüfus Oranlarının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2011



Kaynak : TÜİK, DSÖ, World Health Statics 2013 (TÜİK, 2007)

Yukarıda bulunan Şekil 6, 7 ve 8'e bakıldığında ülkemizde giderek artan yaşlı nüfus ve daha çok kentlerde yaşamayı tercih eden bir demografik yapı söz konusudur. Kentsel nüfusumuz dünya ortalamasının üzerindedir. Bu verilere bakıldığında yaşlanan ve kentlerde yaşan bir nüfusun memnuniyet ve hayat kalitesinde oluşan artıştan dolayı hastanelere olan taleplerinin artacağı bununda sağlık sektörüne ilave bir yük ve baskı getireceği düşünülmektedir. Ayrıca, yaşlanan bir nüfusun artan sağlık problemlerini de yanında getirecek olması mevcut durumu daha da zorlaştırdığı görülecektir.

2.2.2.1.1. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı

Kişi başı hekime müracaat sayısının ülkelere göre karşılaştırıldığı tabloda da görüldüğü üzere ülkemiz 8,2'lik bir ortalama ile OECD ve çoğu gelişmiş ülkenin ortalamasından daha yüksektir. (bkz. Şekil 9, 10 ve 11)

Şekil 9, 10 ve 11'e bakıldığında Türkiye'de yıllara göre hastanelere başvuran hasta sayısı da doğal olarak artmıştır. Bunun ile ilgili aşağıda belirtilen tabloya bakıldığında hastanelere başvuran hasta sayısının 2002-2012 yılları arasında yaklaşık olarak üç katı arttığı gözlemlenmektedir. Yine hastanede yatan hasta sayısında da ciddi bir artış söz konusu olmuştur. Aynı dönemlerde hastanelerde yatan hasta sayısı yaklaşık olarak 2,5 katı bir artış göstermiştir. Bu sayısının sağlık sektörüne yönelik daha fazla iş gücü ve daha fazla mesai yükü getirdiği olası bir durumdur. Bu şekilde artan hasta sayısı ve bunu karşılamak zorunda olan sağlık sektöründe başta can güvenliği olmak üzere hastanede güvenliği diğer boyutları ile etkileyeceği düşünülmektedir. Özellikle hastanede yatan hastaların getirdiği can ve mal güvenliği riski, binaların güvenliğinin arttırılması ve kurumlara gelen finansal yükler ve bunların güvenli kullanımı konuları güvenlik risklerini mevcut olarak karşımıza çıkartmakta ve bu konuların Sağlık Bakanlığının kalite ve memnuniyet anlayışını etkileyeceği düşünülmektedir.

Şekil 9 Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye (2002-2012)

| | 2002 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Sağlık Ocağı | 69.103.517 | 123.851.458 | 84.629.163 | - | - |
| Aile Hekimliği | - | 65.716.898 | 108.976.049 | 240.298.753 | 221.672.029 |
| Verem Savaş Dispanseri | 2.012.458 | 2.557.787 | 2.378.998 | 2.219.534 | 2.143.765 |
| Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi | 2.980.481 | 5.707.593 | 3.831.859 | 944.842 | 630.583 |
| TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler | - | - | - | - | 10.035.342 |
| Özel Poliklinikler | 731.132 | 2.387.515 | 2.497.352 | 882.973 | 655.432 |
| Birinci Basamak Toplamı | 74.827.588 | 200.221.251 | 202.313.421 | 244.346.102 | 235.137.151 |
| Özel Tıp ve Dal Merkezleri | 9.824.802 | 32.082.953 | 33.788.328 | 29.040.707 | 32.012.211 |
| Hastaneler | 124.313.659 | 295.262.190 | 302.984.218 | 337.849.536 | 354.636.935 |
| 2. ve 3. Basamak Toplamı | 134.138.461 | 327.345.143 | 336.772.546 | 366.890.243 | 386.649.146 |
| Genel Toplam | 208.966.049 | 527.566.394 | 539.085.967 | 611.236.345 | 621.786.297 |

Kaynak: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012)

Şekil 9'da hastanelere başvuran hasta sayısının 2002-2012 yılları arasında yaklaşık olarak üç katı arttığı gözlemlenmektedir. Bunun da sağlık sistemine yapacağı finansal ve işgücü baskısının kaçınılmaz olduğu açıktır.

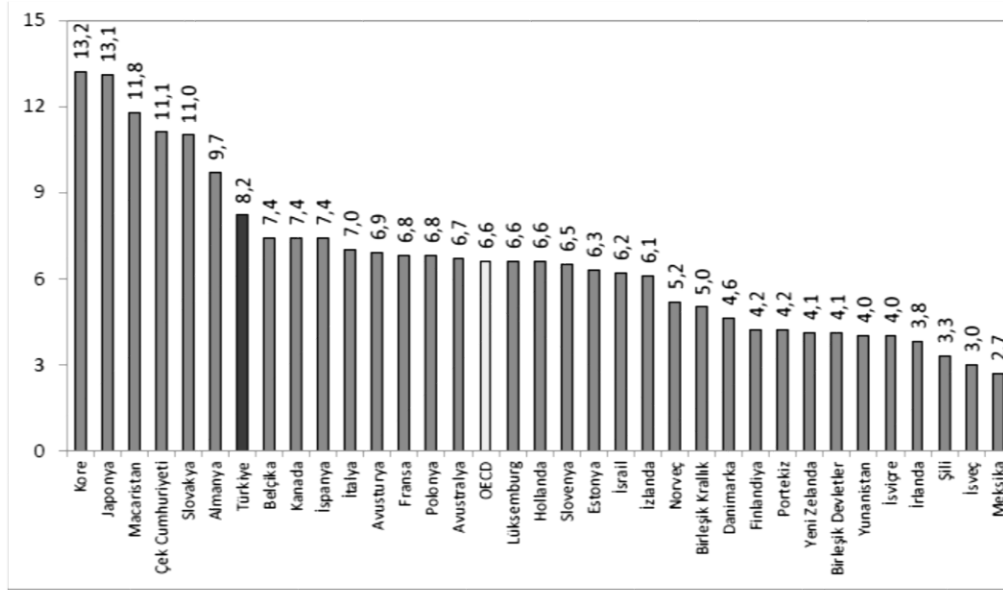
Şekil 10 Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı, Türkiye (2012)

| | 2002 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Sağlık Bakanlığı | 4.169.779 | 5.934.978 | 6.361.116 | 6.775.154 | 6.891.857 |
| Üniversite | 781.990 | 1.462.690 | 1.509.484 | 1.607.462 | 1.601.878 |
| Özel | 556.494 | 2.503.992 | 2.657.573 | 3.054.165 | 3.485.092 |
| Toplam | 5.508.263 | 9.901.660 | 10.528.173 | 11.436.781 | 11.978.827 |

Kaynak: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012)

Şekil 10'da hastanede yatan hasta sayısında da ciddi bir artış söz konusu olmuştur. Aynı dönemlerde hastanelerde yatan hasta sayısı yaklaşık olarak 2,5 katı bir artış göstermiştir. Bu sayısının sağlık sektörüne yönelik daha fazla iş gücü ve daha fazla mesai yükü getirdiği olası bir durumdur.

Şekil 11 Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması (2011)



Kaynak: OECD Health Data 2013

Kaynak:

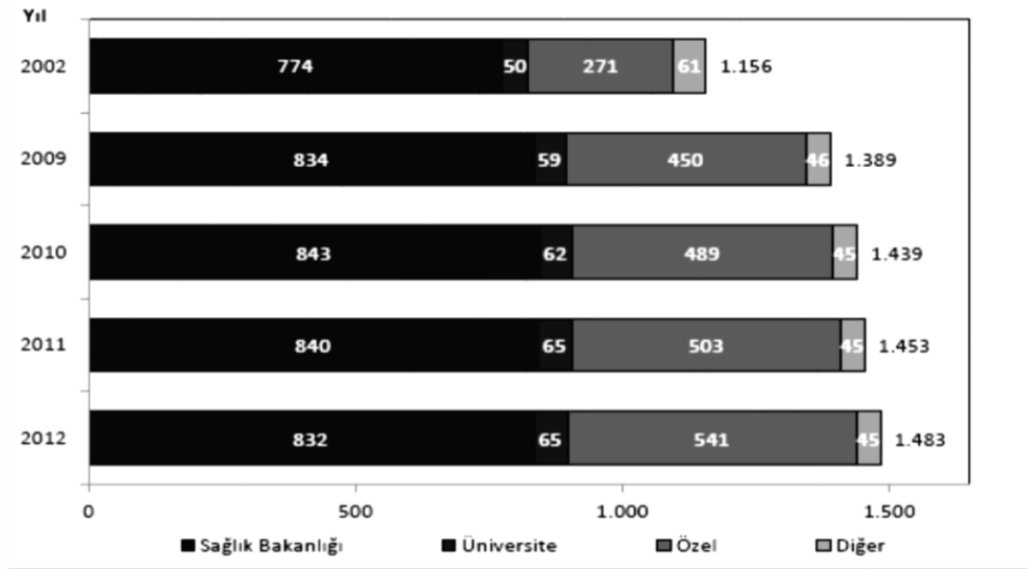
Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012) (SBSGM, 2012)

Şekil 9, 10 ve 11’de Türkiye’de yıllara göre hastanelere başvuran hasta sayısı da doğal olarak artmıştır. Bunun ile ilgili aşağıda belirtilen tabloya bakıldığında hastanelere başvuran hasta sayısının 2002-2012 yılları arasında yaklaşık olarak üç katı arttığı gözlemlenmektedir. Yine hastanede yatan hasta sayısında da ciddi bir artış söz konusu olmuştur. Aynı dönemlerde hastanelerde yatan hasta sayısı yaklaşık olarak 2,5 katı bir artış göstermiştir. Bu sayısının sağlık sektörüne yönelik daha fazla iş gücü ve daha fazla mesai yükü getirdiği olası bir durumdur. Bu şekilde artan hasta sayısı ve bunu karşılamak zorunda olan sağlık sektöründe başta can güvenliği olmak üzere hastanede güvenliği diğer boyutları ile etkileyeceği düşünülmektedir. Özellikle hastanede yatan hastaların getirdiği can ve mal güvenliği riski, binaların güvenliğinin artırılması ve kurumlara gelen finansal yükler ve bunların güvenli kullanımı konuları güvenlik risklerini mevcut olarak karşımıza çıkartmakta ve bu konuların Sağlık Bakanlığının kalite ve memnuniyet anlayışını etkileyeceği düşünülmektedir.

2.2.2.1.2. Ülkemizde Bulunan Hastane Sayıları

Ülkemizde sağlık sistemi sürekli olarak genişlemekte ve kendini geliştirme eğilimindedir. Ülkemizde verilen sağlık sisteminin önemli göstergelerinden birisi de sağlık hizmetinin sunulduğu en temel yerler olan hastanelerdir.

Şekil 12 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye (2012)



Kaynak: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012)

Ülkemizde bulunan hastane sayılarına (SBSGM, 2012) şekil 12'ye bakıldığı zaman 2002-2012 arasında 343 yeni hastane ile hastane sayımız 1156'dan 1483'e yükselerek %30 civarında bir artış göstermiştir. Burada dikkati çeken kamu hastaneleri 58 yeni hastane ile %7,5 civarında, üniversite hastaneleri 15 yeni hastane ile % 30 ve özel teşebbüsün açtığı hastanelerde 270 yeni hastane ile %200 civarında bir artış göstermiştir. Özel yatırımın bu sektörde etkili olmaya başlaması kalitenin artması yönünde bir etki sergileyebilecektir. Ancak, bu hastaneleri kalite ve hizmet standartlarının Sağlık Bakanlığı tarafından mutlaka denetlenip izlenmesi gerekmektedir. Aksi takdirde hastanelerde yapılan tedavi ve teşhislere yönelik kötüye kullanımlar hem finansal hem de insani güvenlik riskleri doğuracaktır. Bunun hem kişiler hem de ülke ekonomisi üzerine bir yük getirmesi kaçınılmaz bir sonuç olacaktır.

Şekil 13 Bakanlığa Ait Sağlık Hizmet Kuruluşları Sayısı (2013)

| | 2013 |
|--|--------|
| Hastane Sayısı | 853 |
| Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi/Hastanesi | 126 |
| Semt Polikliniği | 189 |
| Aile Hekimliği Birimi | 21.175 |
| Toplum Sağlığı Merkezi | 971 |
| Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi | 183 |
| Verem Savaş Dispanseri | 177 |
| Sağlık Evi | 5.594 |
| 112 Acil Yardım İstasyonu | 2.072 |
| Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) | 134 |
| Sıtma Laboratuvarı | 39 |
| Hava Limanı Sağlık Denetleme Merkezi | 10 |
| Sahil Sağlık Denetleme Merkezi | 35 |

Kaynak:

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık Bakanlığı Faaliyet raporu 2013)

Şekil 13’te gösterildiği gibi özellikle bakanlığa bağlı sağlık hizmet birimlerine bakıldığında hastaneler haricinde özellikle Aile Hekimliği birimleri, Sağlık evleri ve Acil hizmet birimlerinin rakamsal olarak yüksek olması ve farklı alanlarda ve şekilde hizmet veren diğer sağlık birimlerinin olması Bakanlığın bu birimlere göre farklılık gerektiren güvenlik bakış açısını geliştirmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Şekil 14 Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2012, Türkiye

Tablo 6.1. Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2012, Türkiye

| Dallar | Hastane | Yatak |
|--|--------------|----------------|
| Genel Hastane | 1.341 | 176.943 |
| Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi | 43 | 7.452 |
| Göz Hastalıkları Hastanesi | 26 | 604 |
| Göğüs Hastalıkları Hastanesi | 15 | 4.111 |
| Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi | 15 | 2.009 |
| Psikiyatri Hastanesi | 11 | 4.393 |
| Diş Hastanesi | 8 | 96 |
| Kalp Damar Cerrahisi Merkezi | 6 | 836 |
| Çocuk Hastalıkları Hastanesi | 5 | 1.729 |
| Kemik Hastalıkları Hastanesi | 3 | 585 |
| Meslek Hastalıkları Hastanesi | 2 | 156 |
| Onkoloji Hastanesi | 2 | 910 |
| Cerrahi Hastanesi | 1 | 70 |
| Zührevi Hastalıklar Hastanesi | 1 | 31 |
| Lepra Hastanesi | 1 | 50 |
| Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi | 1 | 29 |
| Lösemili Çocuklar Hastanesi | 1 | 14 |
| Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi | 1 | 54 |
| Toplam | 1.483 | 200.072 |

Kaynak: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık Bakanlığı Faaliyet raporu 2013)

Yatak sayılarına göre hastanelerin gösterildiği Şekil 14'e bakıldığında yatan hastaların fazla olabileceği genel hastaneler, kadın doğum ve çocuk hastaneleri, psikiyatri hastanelerinde yatan hasta güvenliği ve çalışan güvenliğinin ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir.

2.2.2.1.3. Sağlıkta Çalışan Sayısı

Sağlıkta hizmet veren personelin sayısı verilen sağlık hizmetinin kalitesinde önemli bir parametredir. Şekil 15'te verilen ve 2013 Sağlık Bakanlığı Faaliyet raporuna bakıldığı zaman (Sağ.Gel.Bşk., 2013) sağlık personeli sayısının genel olarak iki katına çıktığı görülmektedir. Bu durumun hekim sağlık personeline düşen hasta sayısını azalttığı kesindir. Ancak bu personelin hizmet içi eğitimlerinin sürekli olarak verilip oluşabilecek güvenlik risklerinin azaltılması Bakanlığa önemli bir görev olarak düşmektedir.

Şekil 15 Sağlık Personel Sayıları, Tüm Sektörler (2002-2013)

| | 2002 | 2013 |
|--------------------------------|----------------|----------------|
| Uzman Hekim | 45.457 | 73.886 |
| Pratisyen Hekim | 30.900 | 38.572 |
| Asistan Hekim | 15.592 | 21.317 |
| Toplam Hekim | 91.949 | 133.775 |
| Diş Hekimi | 16.371 | 22.295 |
| Eczacı | 22.289 | 27.012 |
| Hemşire | 72.393 | 139.544 |
| Ebe | 41.479 | 53.427 |
| Diğer Sağlık Personeli | 50.106 | 134.488 |
| Diğer Personel ve Hizmet Alımı | 83.964 | 224.618 |
| Toplam Personel Sayısı | 378.551 | 735.159 |

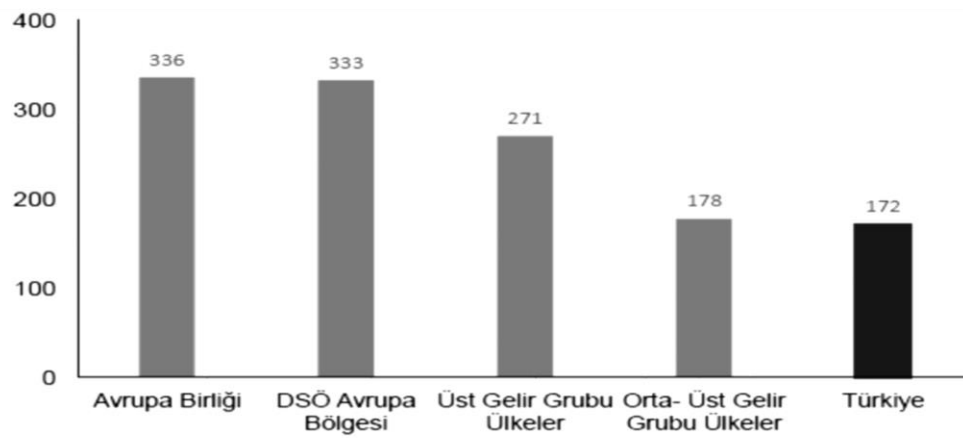
Ülkemizde yüz bin kişiye düşen hekim sayısı **174**, diş hekimi **29**, eczacı **35**, ebe ve hemşire **252**'dir.

Kaynak: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık Bakanlığı Faaliyet raporu 2013) (Sağ.Gel.Bşk., 2013)

2.2.2.1.4. Hasta-Hekim, Hasta-Ebe, Hasta-Diş hekimi karşılaştırması

2013 Sağlık Bakanlığı Faaliyet raporunda (Sağ.Gel.Bşk., 2013) ülkemiz ve diğer gelişmiş ülkeler arasında Hasta başına düşen hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının karşılaştırılması yapılmıştır.

Şekil 16 Yüz Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması (2011)



Not : Türkiye verisi 2012 yılına aittir.

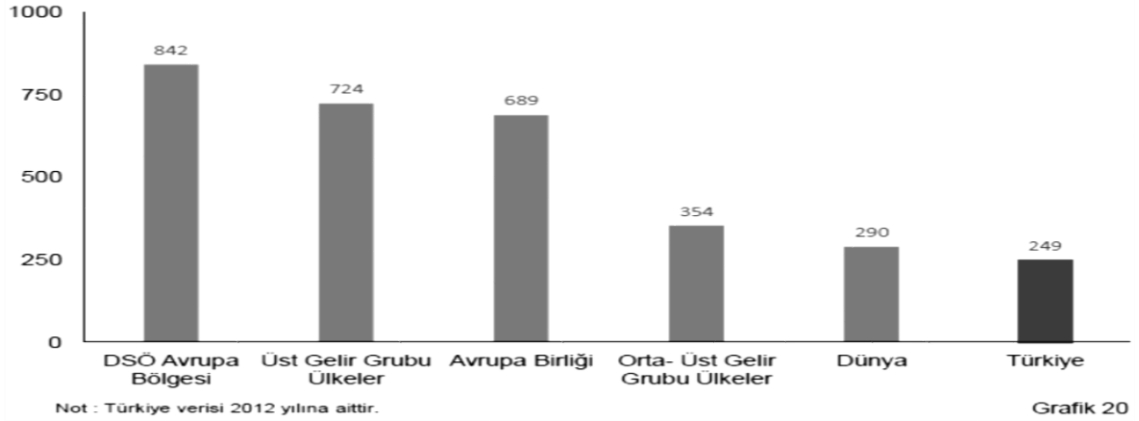
Grafik 19

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2014 yılı Bütçe Sunumu (Müezzinoğlu, 2013)

Şekil 16'da gösterilen kişi başına düşen sağlık personeline bakıldığında ülkemiz standartlarının 2013 yılı itibari ile Avrupa ülkelerinin gerisinde olduğu görülmektedir. Bu

durum daha önce ifade edildiği gibi sağlık çalışanlarına ilave bir çalışma yükü ve stresi getirecek bu durumda içinde güvenlik risklerinin olduğu doğal sonuçlar oluşturarak verilen hizmeti kalitesi ve hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyecektir.

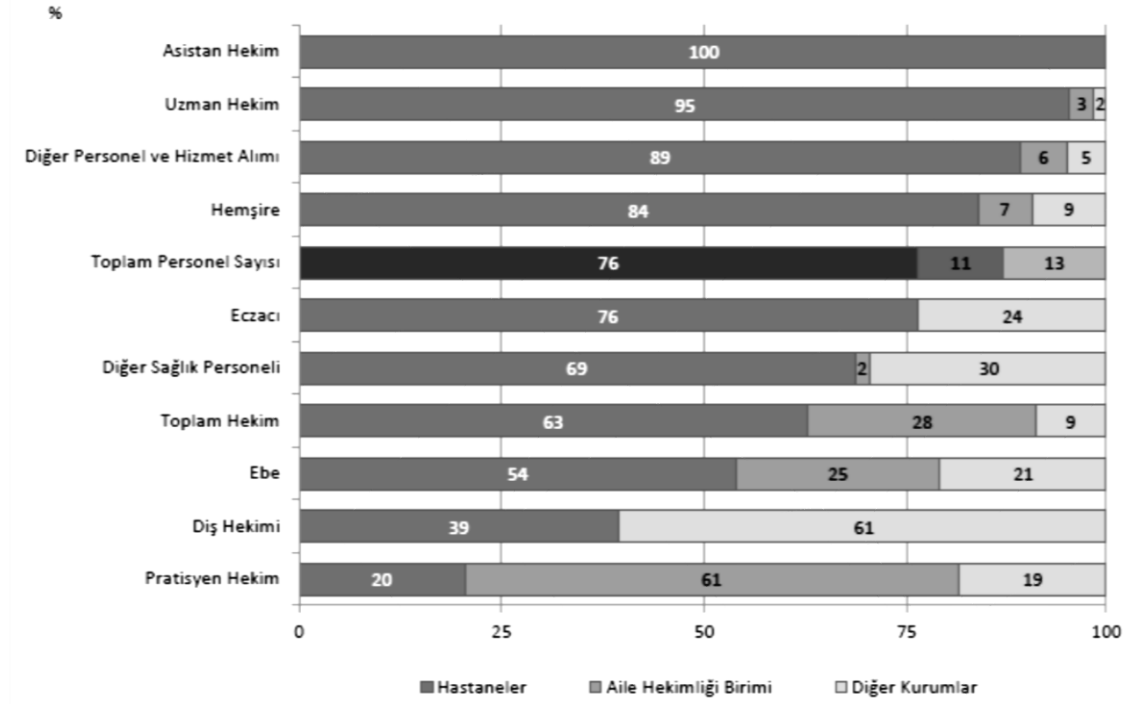
Şekil 17 Yüz Bin Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması (2011)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2014 yılı Bütçe Sunumu (Müezzinoğlu, 2013)

Yine şekil 17’de verilen ve kişi başına düşen önemli bir sağlık personeli sınıfını oluşturan Hemşire ve Ebe sayısının da bütün kategorilerde ortalamanın altında olması ülkemizde sağlık personelinin açık bir şekilde ortaya koymaktadır

Şekil 18 Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı (%), (2012)



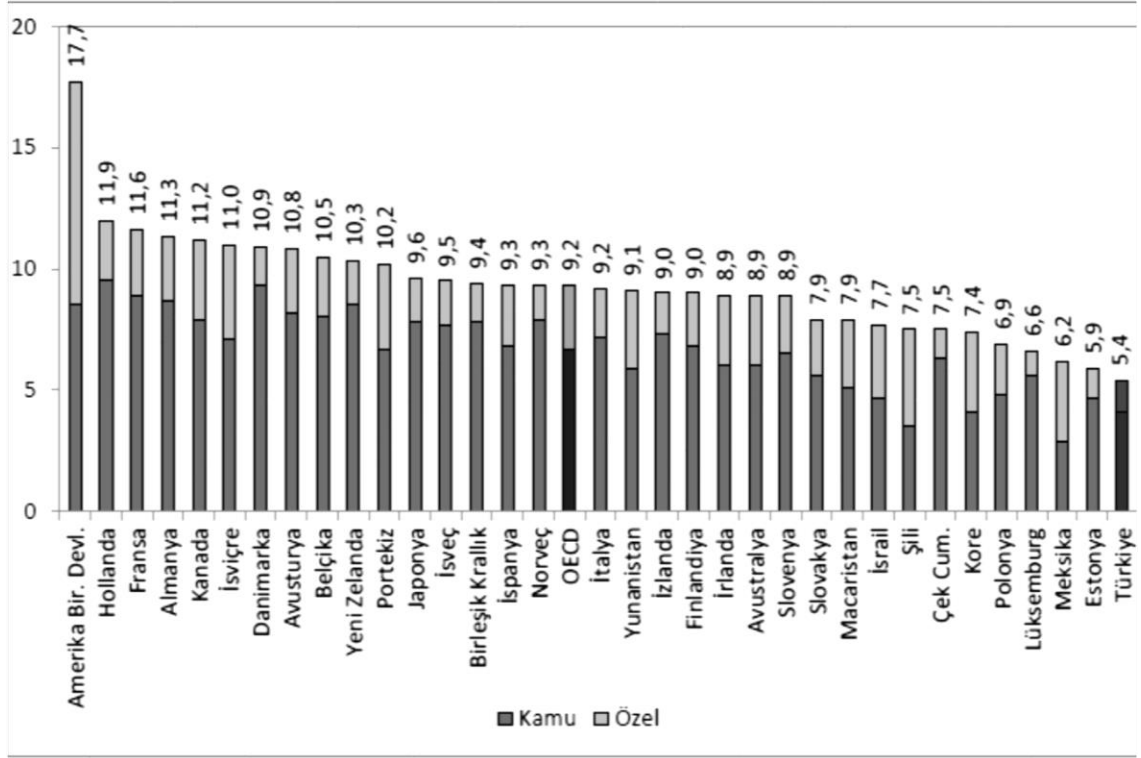
Kaynak: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012) (SBSGM, 2012)

Şekil 18’de sağlık personelinin hizmet veren birimlere göre dağılımı verilmiştir. Hizmet verilen bu birimler Sağlık Bakanlığının hizmet verdiği iki temel kurumu olan hastaneler ve aile hekimliği biriminde yoğunlaştığı görülmektedir. Buralarda yoğunlaşan sağlık personeli sayısı burada personelin güvenliğine dikkat çekilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

2.2.2.1.5. Finansal olarak

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki yüzdeleri dağılımına bakıldığında ülkemiz halen batılı değerlerin yarı yarıya altındadır.

Şekil 19 OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), (2011)



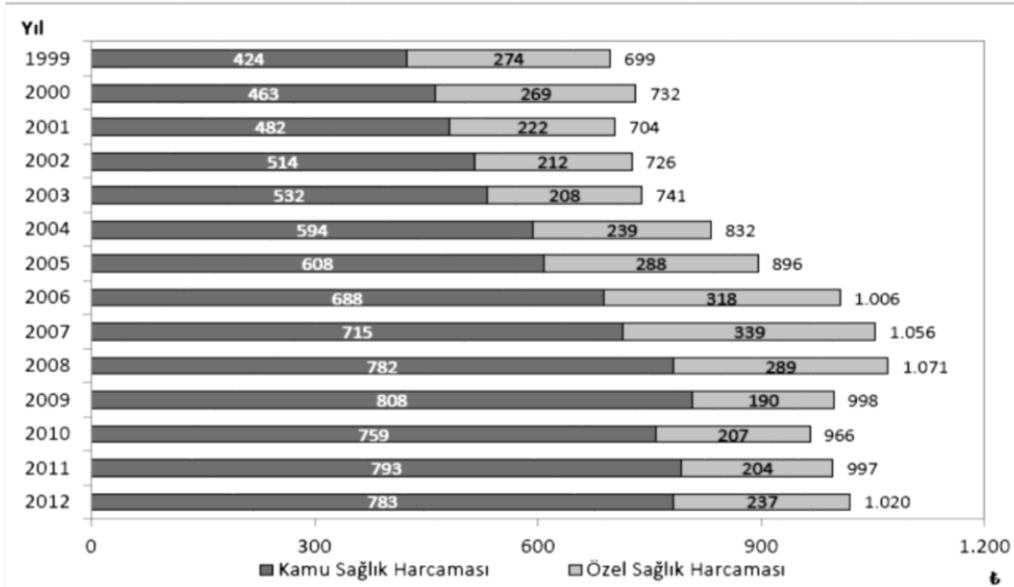
Kaynak: OECD Health Data 2013

Not: Türkiye verisi 2012 yılına aittir.

Kaynak: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012) (SBSGM, 2012)

Şekil 19'da da gösterildiği gibi kamunun payı %90'ı geçmektedir. Bu durum ülke ekonomisinin sağlık yatırımlarında halen kamuya bağlı olduğunu göstermektedir. Türkiye sağlık harcamalarında diğer ülkelerle karşılaştırıldığında halen OECD, ABD ve çoğu batılı ülkenin gerisindedir. Bu harcamalarda payın büyük bir bölümünü kamu yapmaktadır. Özel yatırımların 1999-2012 yılları arasında yaptığı harcamanın düşmüş olması sağlık yatırımının ülkemizde teşviki ile ilgili yeterli yapısal ve yasal gelişmenin olmadığını düşünmemize neden olmaktadır. Yapılan kamu harcamaları yerinde ve etkin değerlendirilemediği ve izlenemediği takdirde hem ülkeye hem de ülke vatandaşlarına ekonomik bir yük olarak gelecektir.

Şekil 20 2012 Yılı Rakamları ile Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Reel, TL, Türkiye

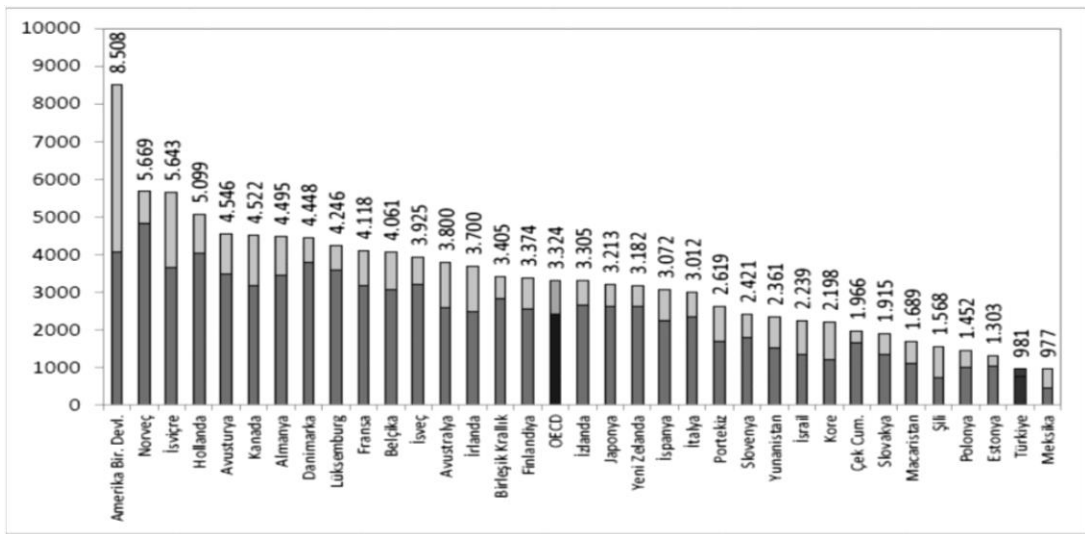


Kaynak:

TÜİK, (SBSGM, 2012)

Şekil 20’de görüldüğü üzere Kamunun yaptığı kişi başı yatırımlar özel sağlık harcamaların üç katını geçmektedir. Yapılan bu harcamalar güvenli ve etkin bir şekilde harcanmadığı takdirde bu harcamaların olumsuz yönde ülke ekonomisine ve bunun sonucunda vatandaşlara vergi yükü olarak dönebilecektir.

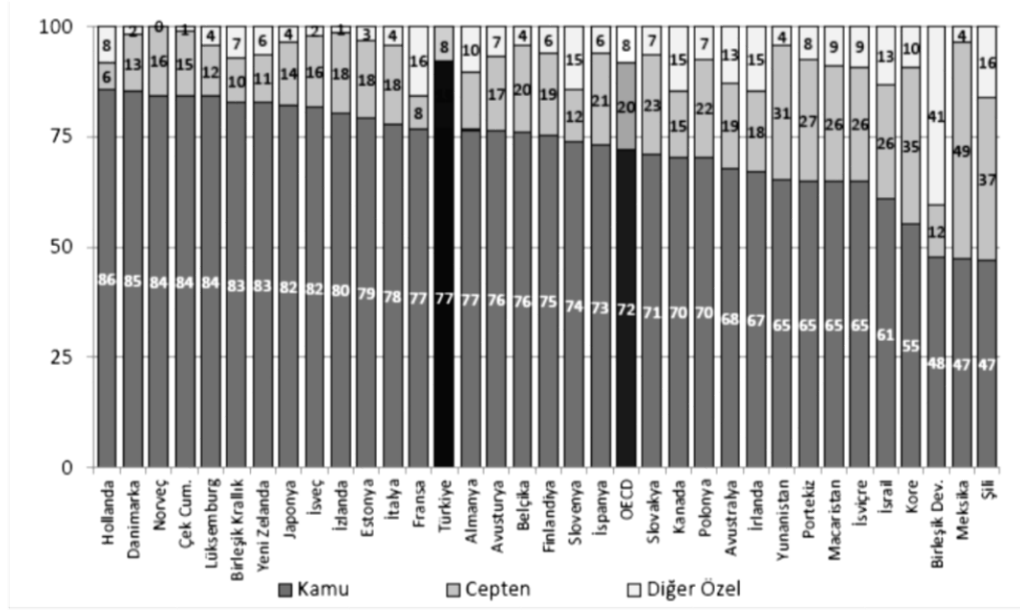
Şekil 21 OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, Kamu ve Özel, SGP ABD \$, (2011)



Kaynak: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012) (SBSGM, 2012)

Şekil 21’de Türkiye’de yapılan kişi başı özel ve kamu yatırımları gelişmiş ülkeler ve OECD ülkeleri ile karşılaştırılmış, ülkemizin toplam yatırımlarda bu ülkelerin çok gerisinde olduğu görülmüştür.

Şekil 22 OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, (2011)



Kaynak: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012) (SBSGM, 2012)

Şekil 22’de gösterilen ve Sağlık Bakanlığı 2014 yılı bütçe sunumunda (Müezzinoğlu, 2013) ifade edildiği üzere ülkemiz kişi başı kamu sağlık harcamalarında OECD ülkelerinin çok gerisindedir. Sağlık alanında yapılan yatırımların halen belli bir standarda ulaşamamış olması sağlıkta kalite ve memnuniyeti mutlaka etkileyecektir.

Şekil 23 Kamu Sağlık harcamalarının GSYİH İçindeki Oranları, (%)

| | 2002 | 2012 |
|-------------------|------|------|
| ABD | 6,7 | 8,5* |
| OECD | 5,9 | 6,7* |
| DSÖ Avrupa | 5,2 | 5,8* |
| Türkiye | 3,8 | 4,1 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2014 yılı Bütçe Sunumu (Müezzinoğlu, 2013) (Müezzinoğlu, 2013)

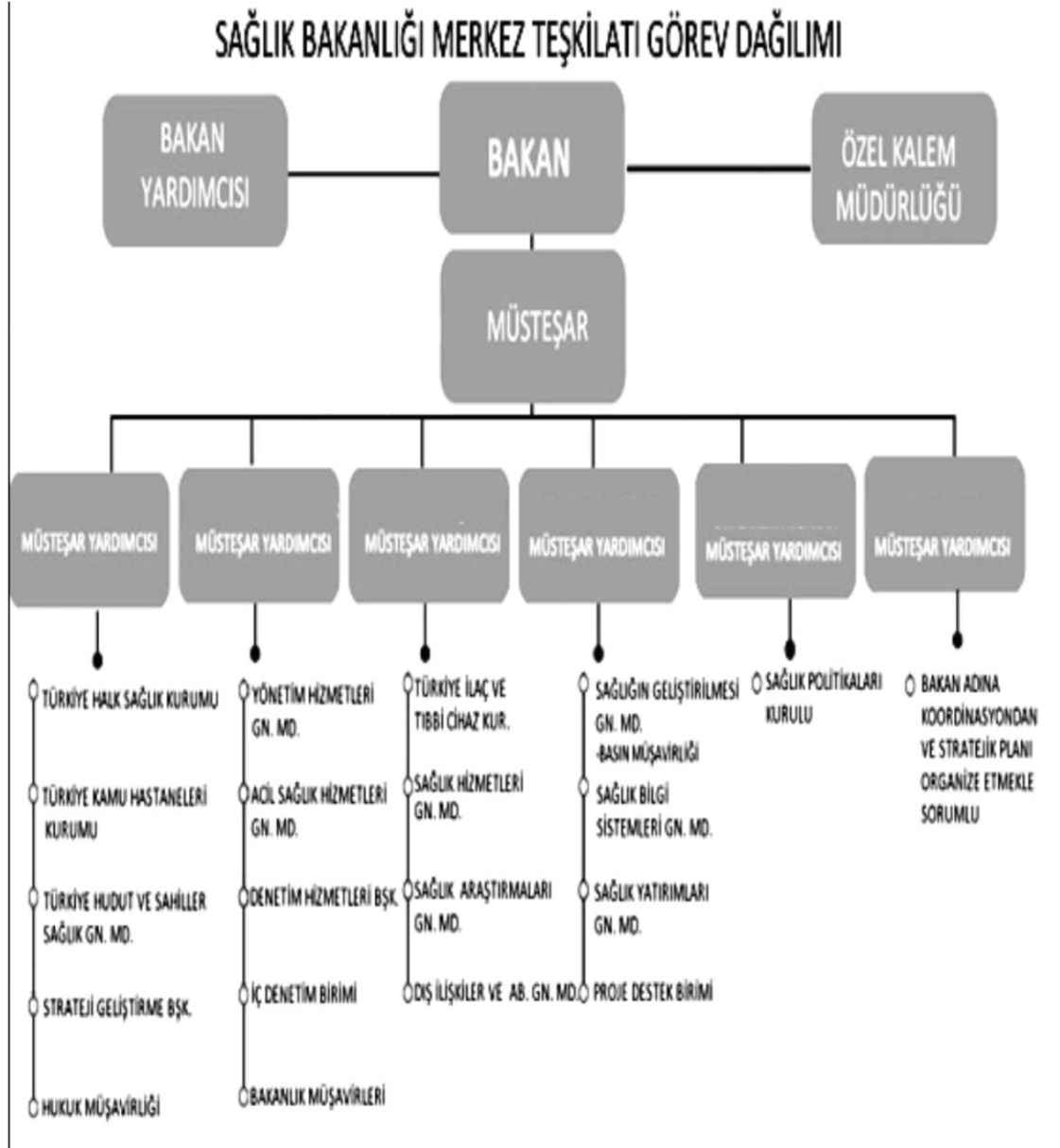
Sağlık Bakanlığının 2014-2017 stratejik planına (T.C.Sağ.Bak., 2012) bakıldığında sağlıkta etkin, kaliteli, gelişime açık, inovatif, izlenebilir ve denetlenebilir bir hizmet sunma hedefi olduğu genel olarak görülmektedir. Ancak yapılan ve hazırlanan planlarda her ne kadar güvenlik özellikle de can güvenliği boyutuyla fazla içerikleri belirtilmemiş olsa da yine konu edilmiştir. Özellikle bilgi güvenliği konusunda stratejik hedeflerin olduğu görülmektedir. Yapılan planlamadan anlaşıldığı üzere Bakanlık güvenlik meselesini esas bir unsur değil kaliteyi ve memnuniyeti tamamlayıcı bir konu olarak kabul ettiği görülmektedir. Yapılan stratejik planlama içinde güvenlik bize göre gerekli ilgiyi görmemiştir.

TÜİK'in 2006 yılında yapmış olduğu "Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması" (TÜİK, 2007) raporunda sağlıkta yapılan memnuniyet anketleri detaylı bir çalışma olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan memnuniyet araştırmasında kullanılan anketlerde memnuniyet – güvenlik kapsamında soruların ve çalışmanın detaylı olarak yapılmaması düşündürücüdür. Ayrıca, yapılan çalışmada güvenlik algısının çok genel bir kullanımla "huzurluluk" kavramı ile ölçülmüş olması hastane güvenliği konusunun ilgili kurumlarca da henüz önemli bir konu olarak ele alınmadığını düşündürmektedir.

2.2.2.2.Sağlık Bakanlığının Yapısal ve Yasal Yapısı

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı olarak bakanlık ve taşra teşkilatları olarak iki temel farklı yapı ile hizmet vermektedir.

Şekil 24 Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Resmi Sitesi

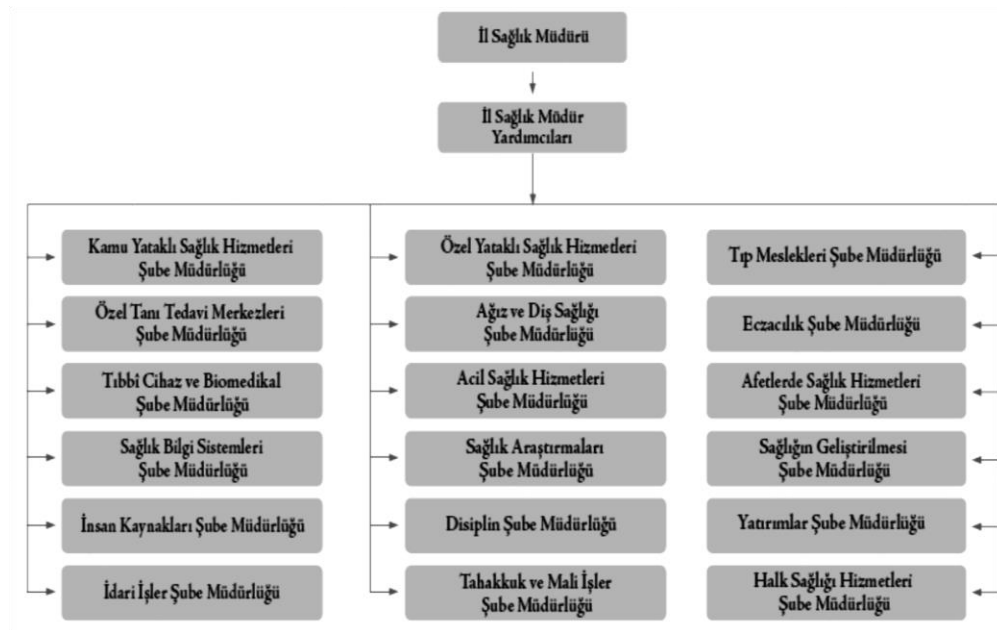
Şekil 24 te Bakanlık teşkilatı şemasına bakıldığı zaman Sağlık Bakanlığı Bakan, Bakan Yardımcısı, Özel Kalem müdürlüğü, Müsteşar ve bu müsteşara bağlı altı müsteşar yardımcısından oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığının teşkilat şemasına bakıldığı zaman “güvenlik” ifadesinin doğrudan geçtiği bir genel müdürlük görülmemektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2014). Ayrıca bakanlığa ait taşra teşkilat şemalarında da “güvenlik” konusunda direkt olarak çalışan bir birim görülmemektedir (T.C.Sağ.Bak., 2012). Ancak “sağlıkta güvenlik” konusunun şemada belirtilen diğer müsteşarlıklara bağlı genel

müdürlükler altında olacağı düşünülerek bakanlıkta bulunan bütün birimler sırasıyla incelenmiştir. (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2014)

2.2.2.2.1. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatları

Sağlık Bakanlığının üç farklı taşra organizasyonunu olduğu görülmüştür. Bunlar sırasıyla Şekil 25, 26, 27 ve 28’de verilmiştir. Şekillerden de anlaşılacağı üzere Bakanlığın çok farklı ve karmaşık sayılabilecek bir yapılanması söz konusudur. Bu durum da güvenlik hizmetlerinin sağlıklı ve bir bütünlük içinde takibini zorlaştıracaktır.

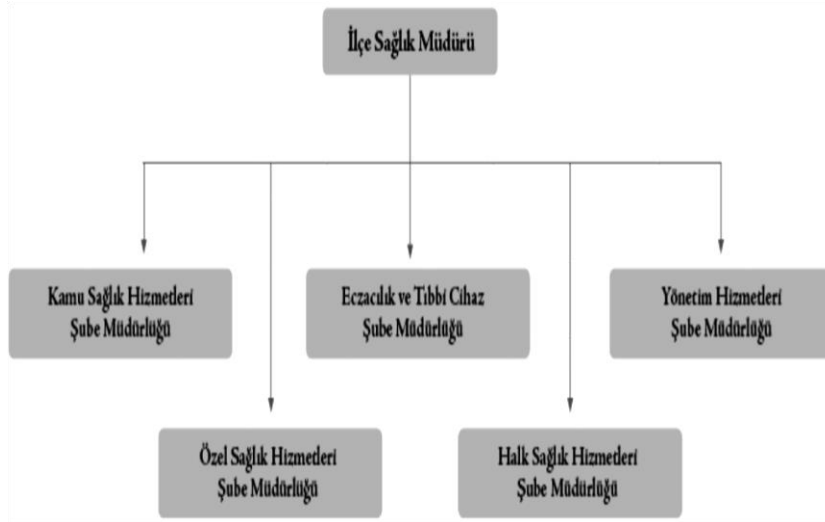
Şekil 25 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 1



Kaynak: TC Sağ. Bak. Stratejik Plan 2013-2017 (T.C.Sağ.Bak., 2012)

Şekil 25’te İl Sağlık Müdürlüne bağlı bir yardımcılığın altında hizmet veren şube müdürlükleri görülmektedir. Bu müdürlükler içinde “güvenlik” kelimesinin geçtiği bir müdürlük yoktur.

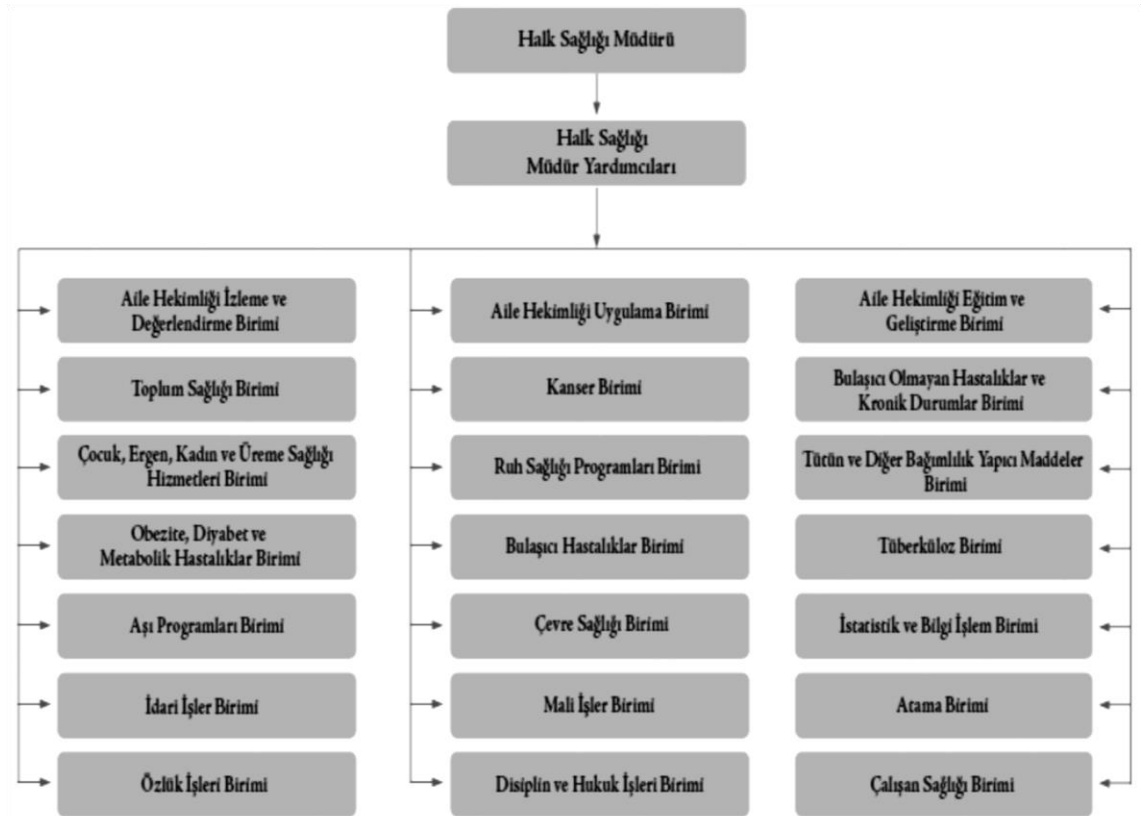
Şekil 26 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 2



Kaynak: TC Sağ. Bak. Stratejik Plan 2013-2017 (T.C.Sağ.Bak., 2012)

Şekil 26’da ilçe Sağlık müdürlüğüne bağlı müdürlükler görülmektedir.

Şekil 27 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 3

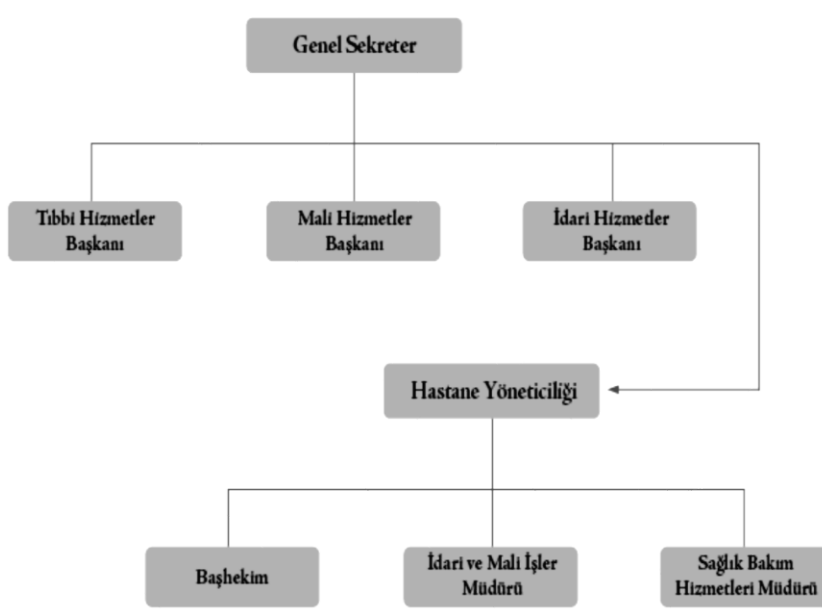


Kaynak: TC Sağ. Bak. Stratejik Plan 2013-2017 (T.C.Sağ.Bak., 2012)

Şekil 27’de hastalara hizmet veren önemli kurumlarda olan ve Bakanlığın 2000’den sonra uygulamaya sokmuş olduğu halk sağlığı birimleri ve bu birimlere bağlı olarak

hizmet veren Aile Hekimliği birimlerinin bulunduğu organizasyon şeması verilmiştir. Kurumun bu şemasında da güvenlikle ilgili herhangi bir birimin olmadığı görülmektedir.

Şekil 28 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 3



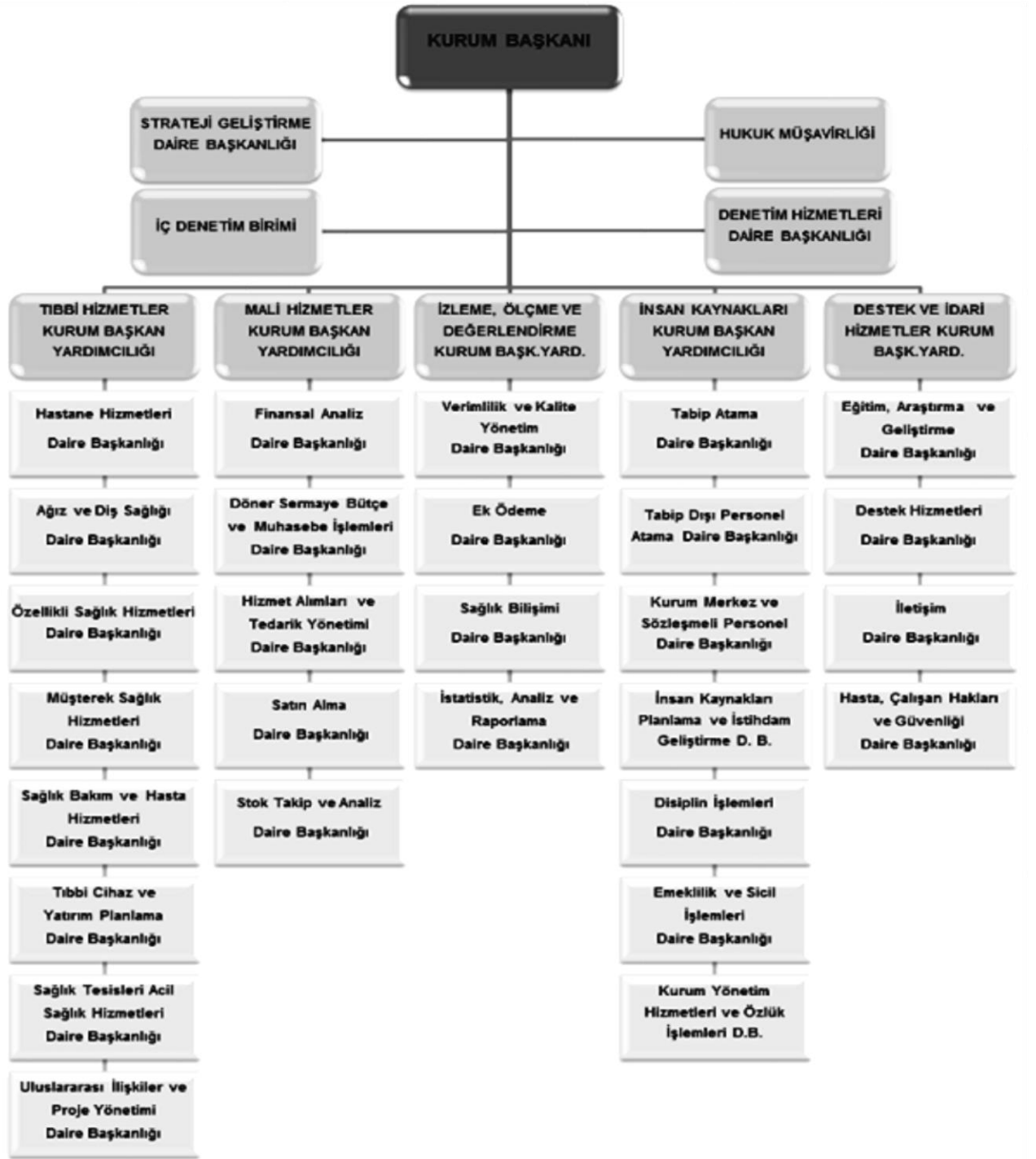
Kaynak: TC Sağ. Bak. Stratejik Plan 2013-2017 (T.C.Sağ.Bak., 2012)

Şekil 28’de çalışmamızda araştırmanın yapıldığı hastanelerin ve bu hastanelerin bağlı olduğu sekreterliğin organizasyon yapısı gösterilmektedir. Hastanelerin bağlı olduğu bu yapı için güvenlik nimeti genellikle hastane yöneticiliğine bağlı idari ve Mali İşler Müdürlüğü ya da Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürlüğüne tarafından sağlanmakta ve kontrol edilmektedir.

2.2.2.2.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Sağlık Bakanlığına bağlı olan birimlerin teşkilat şemaları incelendiğinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun (TKHK) teşkilat şemasında (Şekil 29) güvenlik ifadesinin yine kuruma bağlı Destek ve İdari Hizmetler Kurum başkan Yardımcılığına bağlı “Hasta ve Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığında ” geçtiği görülmektedir.

Şekil 29 Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Teşkilat Şeması



Kaynak: TKHK Resmi Sitesi (TKHK, 2014)

Bu kuruma bağlı olarak görev yapan Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığının teşkilat (Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı, TKHK, 2014) şemasına bakıldığında (Şekil 30) Mali, ve Bilgi işlerinin denetlendiği, incelenip soruşturma yapıldığı ama açık bir şekil anlaşılabilir. Fakat bina ve can güvenliğini doğrudan inceleyici bir

faaliyet alanı görülmemiş, yönetim ve destek hizmetleri bir birimde bu tür olayların incelenmesi söz konusu olabilmektedir.

Şekil 30 TKHK Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı Teşkilat Şeması



Kaynak: TKHK Resmi Sitesi (D.H.D.B., 2014)

TKHK'nın altında görev yapan Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığına bağlı olarak çalışan Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığının (S.T.ve A.D.B., 2014) ve TKHK'nın altında görev yapan Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı'na bağlı Olarak Çalışan Taşınır Kayıt Kontrol Birimi'nin (D.H.D.B., 2014) malzeme güvenliği konusunda çalıştığı düşünülmektedir.

TKHK'nın altında görev yapan İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı'nın altında faaliyet veren Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığının vermiş olduğu eğitimlerde (VKYDB, 2012) personele çalışan ve hastane güvenliği ile

ilgili eğitim verildiği hastanelerde kalite değerlendirmesi yaparken hasta ve çalışan güvenliğinin de hastanenin kalite puanını etkilediği görülmüştür.

Şekil 31 Sağlık Bilişimi Daire Başkanlığı Teşkilat Şeması



Kaynak Sağlık Bilişimi Daire Başkanlığı Resmi Sitesi (SBDB, 2014)

Aynı kurumun yönetim şemasına bakıldığı zaman (Şekil 31) Bilgi Güvenliği ve Yönetimi birimi olduğu görülmektedir. Yapılan incelemelerde TKHK'ya bağlı olarak görev yapan İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı'nın altında faaliyet veren Sağlık Bilişimi Daire Başkanlığı Sistem Yönetimi ve Network Biriminin (SBDB, 2014) bilgi güvenliği alanında çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak görev yapan Denetim Hizmetleri Başkanlığına (DHB, 2014) bağlı birimlere bakıldığında (Şekil 32) bakanlığın idari ve tıbbi yönden denetlendiğini görebilmekteyiz. Bu denetimlerin bakanlığın bütün unsurlarını kapsadığı ve güvenlik olaylarının denetimini de kapsayacağı düşünülmektedir.

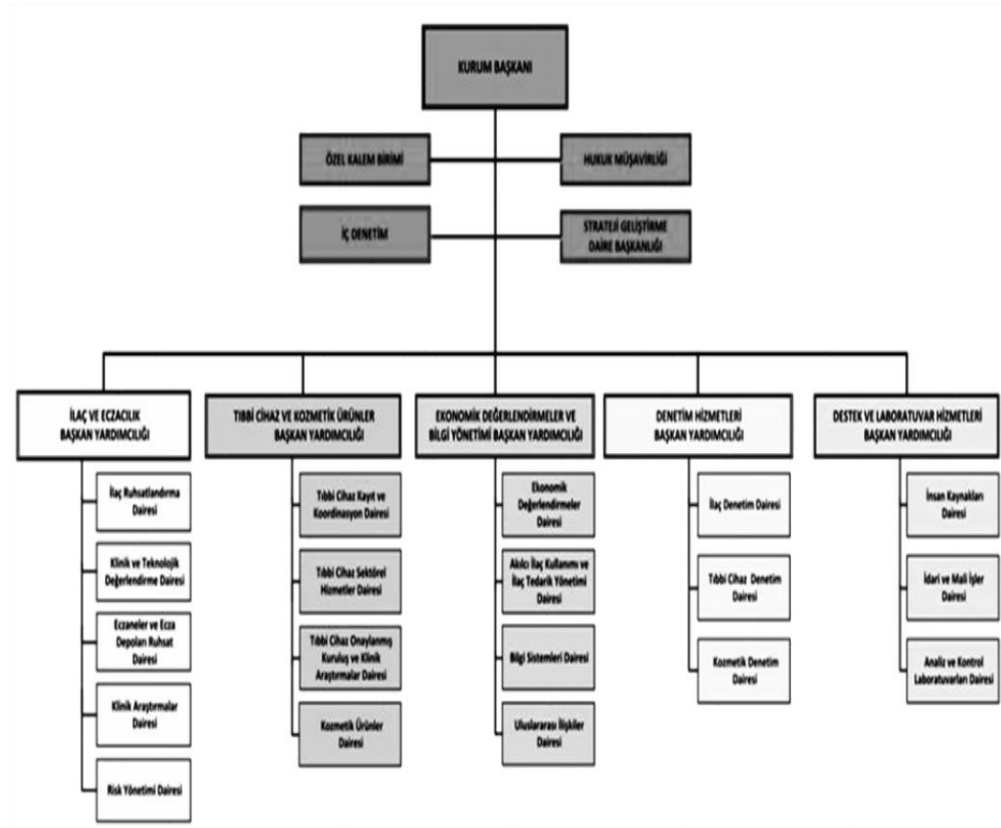
Şekil 32 Sağlık Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı Resmi Sitesi (DHB, 2014)

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak hizmet veren Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun örgüt şemasına bakıldığında (Şekil 33) kuruma bağlı denetim hizmetleri başkan yardımcılığının ilaç ve tıbbi malzeme güvenliğini denetleyebilecek bir birim olabileceği düşünülmekte ancak birimlerin görev ve yetkileri hakkında kesin bilgiye ulaşılamamıştır (TİTCK, 2014). Kurumun güvenlik ile ilgili açıklamaları daha çok emniyet (safety) anlamında kullandığı görülmüştür.

Şekil 33 Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Kurum Teşkilat Şeması



Kaynak: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Resmi Sitesi (TİTCK, 2014)

Bakanlığın şematik incelenmesinde de görüldüğü üzere çok karmaşık bir yapısı vardır. Hastane güvenliği konulu yaptığımız bu çalışmada ifade ettiğimiz gibi başta can güvenliği olmak üzere mal, bina ve bilgi güvenliği konularının bir bütün olduğunu düşünmekteyiz. Bu konularda güvenliğin sağlanması için bütün başlıkların bir bütünlük içinde ele alınması gerekmektedir. Bakanlık şematiğinden de anlaşılacağı üzere konular

genellikle birbirinden ayrı olarak ele alınmıştır. Güvenlik kavramı daha çok emniyet olarak ele alınmıştır.

2.2.2.2.3. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri olan “Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” hedefi çerçevesinde Mayıs 2007 tarihinde Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı adı altında faaliyetlerine başlayan Daire Başkanlığımız Kasım 2007 tarihinden itibaren müstakil Daire Başkanlığı olarak hizmetini sürdürmüş daha sonra aynı isim ve görevle Eylül 2009 tarihinden itibaren Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışmalarını yürütmüştür.

Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanan performans uygulamaları, sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme çalışmaları, performans dayalı ek ödeme uygulaması, kurumsal performans değerlendirme çalışmaları, yönetici performansı değerlendirme çalışmaları, teşhisle ilişkili gruplar, klinik performans ölçümü çalışmaları, hasta ve çalışan güvenliği alanlarında dünyada yaşanan gelişmeler ile Bakanlığımızın bilgi ve tecrübelerini birleştirerek hizmet veren Daire Başkanlığının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte farklı bir organizasyon yapısında daha spesifik hedefler üzerine odaklanarak faaliyet göstermesi öngörülmüştür.

663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu 19 Mart 2012 tarihinden itibaren Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin varlığı sona ermiş ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur.

2012 yılında kurulan Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı;

- İnsan sağlığını odak noktası yapma,
- Sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme,
- Faaliyetlerinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama,
- Sağlığın tüm paydaşları ile birlikte hareket etme,
- Dinamik yapısıyla yeniliklere öncülük etme,

İlkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalite standartları geliştirme, kalite değerlendirme, kalite eğitimleri, uluslar arası çalışmalar ve sağlık kurumlarının

akreditasyonu alanlarında faaliyetlerini yürütme gibi bir hedefi söz konusudur (SKADB, 2012). Hastane güvenliği kapsamında bu başkanlığa baktığımızda; 21.06.2012 tarihli ve 12023 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan “**Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge**” kapsamında oluşturulan **Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı**nın görev alanları içinde belirtilen maddelerde;

- “Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarını sağlıkta kalite standartları ile hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde periyodik olarak değerlendirmek,
- Sağlıkta kalite, akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği konularında ulusal ve uluslar arası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak.” şeklinde ifadelerle hasta ve çalışan güvenliği konusunu en çok işleyen birim olarak karşımıza çıkmakta ancak bunların detaylandırması ile ilgili herhangi bir yönlendirme yapılmamaktadır.” şeklinde ifade edilmiş ve hastane güvenliği konusunda hem ulusal hem de uluslar arası standartların sağlanması, düzenlenmesi, iyileştirilmesi konusunda görevli yetkili birim olarak görünmektedir.

2.2.2.3.Kanun ve Yönetmeliklerde Hastane Güvenliği

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının⁹ İkinci Kısım Temel Haklar Ve Ödevler, İkinci Bölüm de Kişinin Hakları Ve Ödevleri III. Kişi Hürriyeti ve Güvenliği Madde 19 da;

“Herkes, kişi hürriyeti ve güvenliğine sahiptir” ifadesi ile kişi güvenliği anayasa güvencesine alınarak yasal bir haktır.

Bu bölümde Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlarının görev ve yetkileri ilgili kanun ve yönetmelikler çerçevesinde incelenerek hastane güvenliği konusunda değerlendirilmişlerdir.

Sağlık bakanlığına ait “**Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**¹⁰” ye bakıldığında;

9 T.C. Anayasası, Tarihi:18.10.1982 Sayısı:2709

10 Kanun Tertip: 5 Resmi Gazete Tarihi: 02.11.2011

Sayısı: 28103 (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf>, erişim: 29. 09. 2014)

1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevlerinden d maddesinde;

“d) Hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak.” şeklinde geçen görev tanımında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için her türlü düzenlemenin yapılması gerektiği anlaşılmaktadır. Ayrıca bu birimin görevlerine (SHGM, 2014) daha detaylı bakıldığında;

- “ - Hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak,
- Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kuralları belirlemek ve uygulamasını sağlamak,
- İlgili mevzuat çerçevesinde kişisel verilerin korunmasına ve veri mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapmak,
- o Sağlık meslek mensuplarının uyum, hizmet içi eğitim, sertifikalı eğitim, görevde yükselme ve unvan değişikliği eğitimleri ve benzeri eğitimleri ile ilgili düzenlemeleri yapmak, koordine etmek, kredilendirme, izleme ve denetimini sağlamak,” gibi maddelerde hasta ve çalışan güvenliği, bilgi güvenliği ve kalite ve akreditasyon şeklinde bu birimin görevleri olduğu görülmektedir.

2. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevlerinden c maddesinde;

“c) 5018 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde, kiralama ve satın alma işlerini yürütmek, temizlik, güvenlik, aydınlatma, ısınma, onarım, taşıma ve benzeri hizmetleri yapmak veya yaptırmak.” maddesiyle de güvenliğin kimler tarafından yapılaşacağına dair ifade geçmektedir.

3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun yetkilerinden ç maddesinde;

“ç) Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak.” ifadesi ile güvenliğin geliştirilmesi gerektiğine ait bir ifade vardır. TKHK'ın altında görev yapan diğer birimlerin görevlerine bakıldığında;

TKHK da Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığına bağlı olarak çalışan Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığına bakıldığında hastane de önemli finansal maliyetleri

olan taşınır mallar ve stok yönetimi konusunda bu dairenin görevli olduğu ama bu malların güvenliği konusunda herhangi bir bilgiye ulaşamamıştır (S.T.ve A.D.B., 2014).

TKHK da Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı'na Bağlı Olarak Çalışan Taşınır Kayıt Kontrol Birimi'nin görevlerine bakıldığında;

“Demirbaş Malzeme Takibi, Kırtasiye Malzeme Takibi, Depo Malzeme Takibi, Ayniyat işlemleri, Personele Malzeme Zimmet İşlemleri.” olarak tanımlanmaktadır. Bakanlığa bağlı bu birimin malzemenin güvenli bir şekilde takibi konusunda görev yapabileceği düşünülmektedir (D.H.D.B., 2014).

TKHK ya bağlı olan İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı'nın altında faaliyet veren Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığının vermiş olduğu eğitimlerde personele çalışan ve hastane güvenliği ile ilgili eğitim verildiği hastanelerde kalite değerlendirmesi yaparken hasta ve çalışan güvenliğinin de hastanenin kalite puanını etkilediği görülmüştür (VKYDB, 2012).

TKHK ya bağlı olan İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı'nın altında faaliyet veren Sağlık Bilişimi Daire Başkanlığının görev tanımlamasında “Kurumun Network ağının oluşturulması, bakım, destek, güvenliğinin sağlanması” ile yönetimi” ve “Kurum içi bilgi güvenliği politikalarını belirlemek ve gerekli çalışmaları yapmak” şeklinde ifadelerle bilgi güvenliğine dikkat çekilmiştir.

TKHK ya bağlı olan İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı'nın altında faaliyet veren Sağlık Bilişimi Daire Başkanlığı Sistem Yönetimi ve Network Biriminin görev tanımları içinde “Network altyapısını yönetmek, güvenliğini ve devamlılığını sağlamak” gibi bir ifade vardır. Bütün bu görevler bilgi güvenliği konusunda Bakanlığın özen gösterdiğini göstermektedir (SBDB, 2014).

Sağlık bakanlığına ait “**Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname¹¹**” diğer başlıklarına bakıldığında; Sağlık Bakanlığının “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve

11 Kanun Tertip: 5 Resmi Gazete Tarihi: 02.11.2011
Sayısı: 28103 (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf>, erişim: 29. 09. 2014)

Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik¹²” te Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon belirtilen maddelerde Amaç kısmında bulunan 1. Maddesinde;

“(1) Bu Yönetmeliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlık hizmet kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.” şeklinde yapılan bir ifade ile kalite ve güvenlik anlayışının beraber olduğu ve bunun hasta ve sağlık çalışanı kapsamında yapılması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Yapılan diğer aramalarda¹³ güvenliğin daha çok çalışan emniyeti ve sosyal güvenlik anlamında kullanıldığı görülmektedir.

Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge¹⁴ ye bakıldığı zaman yönergenin tanımlar kısmında bulunan m maddesinde tanımlanan kriterler içinde hasta ve çalışan güvenliği de bir memnuniyet kriteri olarak sunulmuştur ve hastane yöneticileri bu kriterlere göre puan almışlardır. Bu yönergeye göre; “m) Kriter Grupları: Karne göstergelerinin türlerine göre; 1-tıbbi, 2-idari, 3- mali, 4-kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti, 5-eğitim, 6-izlem, veri doğrulama ve kanıta dayalı gözlemsel değerlendirme.” kriterleri olmak üzere altı grupta değerlendirilen ana başlıklardan 4. kriter doğrudan güvenlik ve kalitenin beraber olduğuna dair bize bilgi vermektedir.

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığına bağlı olarak çalışan Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı görev tanımı yapılırken¹⁵ a maddesinde;

“a) İllerdeki aile hekimliği faaliyetlerini hasta, çalışan güvenliği ve kalite yönetim sistemi uygulamaları doğrultusunda izlemek ve değerlendirmek.” şeklinde hasta

12 6 Ağustos 2013 Tarihli ve 28730 Sayılı Resmî Gazete, Erişim Adresi:

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130806-8.htm>, Erişim tarihi: 26.09.2014

13 (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2 Kasım 2011 Tarihli ve 28103 Sayılı Resmî Gazete - Mükerrer , Erişim Adresi::

<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm>, Erişim Tarihi: 26.09.2014

14 Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge Bu Yönerge; 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 40 ncı maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.Erişim Adresi:

<http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/6d65cbfc0c39407586c846e1c3c6d7f9.pdf>, Erişim Tarihi:02.10.2014

15 Aile Hekimliği İzleme Ve Değerlendirme Daire Başkanlığı Görev Tanımı, Erişim Adresi:

<http://thsk.saglik.gov.tr/01-birimler/01-02-aile-hekimligi-izleme-degerlendirme.html>, Erişim Tarihi:02.10.2014

ve çalışan güvenliğinden sağlanması, izlenmesi ve değerlendirme yapılması ile ilgili sorumluluğundan söz edilmektedir.

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığına bağlı olarak çalışan Aile Hekimliği Uygulama Daire Başkanlığı görev tanımı¹⁶ yapılırken j maddesinde; “j) Aile hekimliği uygulamalarının kalite ve hasta-çalışan güvenliği kriterlerine uygun olarak yürütülmesi için gerekli çalışmaları yapmak.” şeklinde hasta ve çalışan güvenliğinden bahsedilmektedir.

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığı görev tanımı yapılırken¹⁷ ilgili g maddesinde; “g) Kurum personelinin iş sağlığı ve güvenliği konularında izleme ve eğitim hizmetlerini yürütmek.” güvenliğin izlenmesi ve güvenlik eğitimi faaliyetleri yapma konusunda bu birimin görevi olduğu geçmektedir.

Sağlık Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı Yönetmeliği¹⁸ ne göre Sağlık Bakanlığı Denetim İşleri Başkanlığına bağlı denetçiler “inceleme, soruşturma ve ön inceleme” yapabilirler. Bu yetkiyle hastaneler ve diğer sağlık kurumlarında olan bütün güvenlik olaylarının bu denetçilerle yapılabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması çerçevesinde “Denetim Hizmetleri Başkanlığı”nın yanı sıra;

- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde; “Sağlık Kurum ve Kuruluşları Denetim ve Değerlendirme Daire Başkanlığı”,
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunda “Denetim Hizmetleri Daire Başkanlıkları”,
- Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nde “Denetim Birimi”, oluşturulmuştur. Yapılan bu düzenleme ile denetim hizmetleri yetkisi kurumlara dağıtılmış olmaktadır.

16 Erişim Adresi: <http://thsk.saglik.gov.tr/01-birimler/01-03-aile-hekimligi-uygulama.html>, Erişim Tarihi:05.10.2014

17 Çalışan Sağlığı Ve Güvenliği Daire Başkanlığı Görev Tanımı, Erişim Adresi: <http://csg.thsk.saglik.gov.tr/kurumsal/gorev-tanimi.html>, Erişim Tarihi:06.10.2014

18 Resmi Gazete Tarihi: 03.10.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28784, Erişim Adresi: <http://www.denetim.saglik.gov.tr/yonetmelikler/denetim%20hizmetleri%20yonetmelik.pdf>

Türkiye'nin Avrupa Birliğine uyum sürecinde çıkarılan 10.12.2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile iç denetim sistemi Türk kamu idarelerinde de uygulanmaya başlamıştır. Denetim faaliyeti¹⁹, anılan Kanun ile ön görülen yeni mali yönetim ve kontrol sisteminin temel unsurunu oluşturmaktadır. Kanununun 63 üncü maddesinde iç denetimin uluslararası genel kabul görmüş standartlara uygun olarak iç denetçiler tarafından yapılacağı, kamu idaresinde doğrudan üst yöneticiye bağlı İç Denetim Birimi Başkanlıklarının faaliyete geçirileceği açıkça ifade edilmiştir. Bu yönüyle yapıldığına Sağlık birimine bağlı olarak çalışan iç Denetim Birimi Başkanlığı'nın görevi mali konuları uluslararası standartlarda değerlendirip kurum hakkında risk yönetimi faaliyetlerini gerçekleştirmektir. Aynı kanununun 64' üncü maddesinde denetçinin görevleri tanımlanırken ilgili "a,b,c,d,f"²⁰ bentlerinde denetçilerin denetlemeyi nesnel bir şekilde, risk analizleri yapılarak, mali işlerin yasalara uygunluğu ve yapılan plan ve harcamaların etkinliği ve bu yapıların sürekli kontrolü şeklinde anlatılmıştır.

Bakanlığa bağlı Strateji Geliştirme Başkanlığının²¹ görev tanımlarına bakıldığında;

“ İç kontrol sisteminin kurulması, standartlarının uygulanması ve geliştirilmesi konularında çalışmalar yapmak; üst yönetimin iç denetime yönelik işlevinin etkililiğini ve verimliliğini artırmak için gerekli hazırlıkları yapmak,

Bakanlığın ve bağlı kuruluşların malî kaynaklarının geliştirilmesi, etkili ve verimli bir şekilde kullanılması yönünde araştırmalar yapmak veya yaptırmak ve gerekli tedbirleri almak” şeklinde ifade edilen görevleri ile kaynakların etkili ve verimli kullanılması için gerekli ve yeterli tedbirle almak ve hazırlık yapmak gibi bir üst görevi olduğu anlaşılmaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliği' nin Güvenliğin Sağlanması konulu 37. maddesine göre;

19 İç Denetimin Tarihçesi, Erişim Adresi: <http://icdenetim.saglik.gov.tr/belge/1-32584/ic-denetimin-tarihcesi.html>, Erişim Tarihi: 06.10.2014

20 İç Denetçilerin Görev, Yetki Ve Sorumlulukları, İç denetim Birimi Başkanlığı, Erişim Adresi: <http://icdenetim.saglik.gov.tr/belge/1-32586/ic-denetçilerin-gorev-yetki-ve-sorumluluklari.html> , Erişim Tarihi: 06.10.2014

21 Strateji Geliştirme Başkanlığı, Erişim Adresi: <http://www.sgb.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=11>, Erişim Tarihi: 06.10.2014

“Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında guvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal guvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar. Tutuklu ve hukmlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında muhafazaları ile ilgili özel mevzuat hukmleri saklıdır.”

Yukarıda ifade edildiği üzere hastaların can ve mal guvenliği hastalar kurumdan hizmet aldıkları sürece ilgili sağlık kuruluşuna aittir. Hasta guvenliği konusunda ifade edilen bu yaklaşım hastane guvenliği açısından önemli bir konudur.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış Hastanelerde Fotoğraf ve Kamera ekimi Hakkında Genelge (2008/4)²² genelgede kişi mahremiyetinin sağlanması için fotoğraf çekimi ve gornt alınması ile ilgili konusunda dikkatli olunması konusunda düzenleme yapılmıştır. Bu uygulamadan kişi mahremiyeti konusunda Bakanlığın hassasiyeti görülmektedir.

Sağlık bakanlığının yayınladığı “Kaybolan ve/veya alınan Malzemeler Hakkında²³” genelgeye bakıldığında kaybolan ve çalınan malzemeler hakkında tutanaklar tutulması adli ve idari inceleme yapılması ve bunların mutlaka hem olay yeri tutanağı hem de kolluk kuvvetlerinin tutularak bakanlığa bildirilmesi istenmiştir. Ayrıca kaybolan/çalınan malzemenin beş yıl boyunca da demirbaş listesinden silinmemesi ve aramaların devam ettirilmesi ile ilgili bilgi vardır.

Sağlık Bakanlığı zel Guvenlik Hizmetleri Genelgesinde²⁴ 5188 nolu özel guvenlik kanununa işaret edilerek bu personelin nasıl görevlendirileceği konusunda bilgi verilmiştir.

22T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02/010.06- 3553 * 07.02.2008, Konu :Fotoğraf ve Kamera ekimleri, Erişim Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-5935/hastanelerde-fotograf-ve-kamera-cekimi-hakkinda-genelge-.html>, Erişim Tarihi: 06.10.2014

23 Tarihi:25.02.1998 Sayısı:752 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı Sayı : B100İMİ0000012/ Konu :Kaybolan ve/veya çalınan malzemeler Genelge Tarihi : 25.02.1998 Genelge Numarası : 752, Erişim Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-1941/kaybolan-veveya-calinan-malzemeler-hakkinda-genelge.html>, Erişim Tarihi: 06.10.2014

24 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAVUNMA SEKRETERLİĞI Sayı :B100SAV864.1-C Konu :zel Guvenlik Hizmetleri 28 OCAK 2005/220 GENELGE 2005/..11.... İLGİ :a) 24.04.2003 tarih ve 8027 sayılı (Genelge No:2003/41) genelge. b) 02.07.2004 Gün ve 1235 Sayılı (Genelge No:2004/88) genelge, Erişim Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7387/saglik-bakanligi-ozel-guvenlik-hizmetleri-genelgesi.html>, Erişim Tarihi: 06.10.2014

2.2.2.4.Sağlıkta Kalite Çalışmaları ve Hastane Güvenliği

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Sağlıkta Akreditasyon Standartları bildirgesinde Sağlıkta Akreditasyon Sistemi (SAS) 2003 yılında başlamıştır. Bu standartlar ilk olarak 2005 yılında 100 kalite kriteri, daha sonra sırasıyla 2007’de 150, 2008 de 354, 2009 da 388 son olarak 2011 yılında yapılan revizyonla 621 kritere yükselmiştir. Özellikle versiyon 3.kamu da çalışan ve hasta güvenliği kriterleri de ilk defa 2008 yılında bakanlık tarafından gündeme getirilmiştir. 2013 tarihinde ISQUA ile yapılan görüşmeler ve anlaşmalar çerçevesinde bu kurumun standartları incelenmiş ve son versiyonda revizyona gidilme kararı alınmış bunun da 2014 yılı sonuna kadar tamamlanması hedeflenmiştir. Kriterlerle ilgili olarak yapılan araştırmalarda bu “Yönetim ve Organizasyon” bölümünde Doküman Yönetimi, Güvenlik Raporlama Sistemi, Risk Yönetimi, Eğitim Yönetimi, Sosyal Sorumluluk; “Sağlıklı Çalışma Yaşamı” bölümünde İnsan Kaynakları Yönetimi, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği; “Hasta Deneyimi” bölümünde Temel Hasta Hakları, Hasta Güvenliği, Hasta Geribildirimleri; “Destek Hizmetleri” bölümünde Otelcilik Hizmetleri, Tesis Yönetimi, Atık Yönetimi, Bilgi Yönetimi, Malzeme ve Cihaz Yönetimi, Dış Kaynak Kullanımı gibi konular söz konusu edilmiştir. (Sağlık Bakanlığı, SKADB, 2014)

21.06.2012 tarihli ve 12023 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan “**Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge**” kapsamında oluşturulan **Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının** (SKADB, 2012) görev alanları içinde belirtilen maddelerde;

- “Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarını sağlıkta kalite standartları ile hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde periyodik olarak değerlendirmek,
- Sağlıkta kalite, akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği konularında ulusal ve uluslar arası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak.” şeklinde ifadelerle hasta ve çalışan güvenliği konusunu en çok işleyen birim olarak karşımıza çıkmakta ancak bunların detaylandırması ile ilgili herhangi bir yönlendirme yapılmamaktadır. Yine Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Bağlı Birimlerin Görev ve Sorumlulukları belgesinde Kalite Standartları Geliştirme Birimi, Proje Yönetimi ve Uluslar arası Çalışmalar Birimi, Akreditasyon Birimi ve Beyaz Kod Birimi özellikle sağlıkta güvenliğin geliştirilmesi konusunda görevli oldukları

görülmektedir. Bu birimlerden hastane güvenliği için en çok dikkat çeken sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin takip edildiği ve uluslar arası standartları sağlayacağı düşünülen akreditasyon birimidir. Aşağıda adı geçen birimlerin ilgili görevleri şu şekilde ifade edilmiştir.

“Kalite Standartları Geliştirme Biriminin;

1. Sağlık kurum ve kuruluşlarında **hasta ve çalışan güvenliği**, hasta ve çalışan memnuniyeti, verimlilik, etkinlik ve etkililik hususlarını esas alan kalite standartlarını geliştirmek;

Proje Yönetimi ve Uluslar arası Çalışmalar Birimi

Sağlıkta kalite ve güvenliğinin geliştirilmesine yönelik projelerin yürütülmesi” şeklinde görevleri vardır.

Akreditasyon Birimi;

Sağlıkta Ulusal Akreditasyon Sisteminin kurulması ve yürütülmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde izlenecek stratejilerin belirlenmesi, gelişmelerin takip edilmesi; Sağlıkta Kalite Standartlarının, Değerlendirici Eğitim Süreçlerinin ve Organizasyonel yapının akreditasyonunun gerçekleştirilmesi. Bu alanda eğitim, mevzuat gibi bütün çalışmaları yönetmek bu birimin işidir.

Beyaz Kod Birimi;

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bildirimlerin kayıt altına alınması, İnternet sayfasından (www.beyazkod.saglik.gov.tr) yapılmış olan bildirimlere geri dönüş yapılması ve şiddet olayının teyit edilmesi, adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğinin araştırılması,şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına hukuki açıdan rehberlik yapılması, Beyaz Kod İl Koordinatörlüklerinin çalışmalarının takibi ve koordinasyonu,verilerin analizi ve raporlanması,değerlendirilmesi” (SKADB, 2012) görevleri vardır.

“Bilgi Güvenliği Politikaları” kılavuzu Sağlık Bakanlığının 28.02.2014 tarih ve 5181.1272 sayılı, onayı eki ile yürürlüğe konulan “Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesinin” (SBSGM, 2014) ilgili hükümleri çerçevesinde Sağlık Bilgi Sistemleri

Genel Müdürlüğünce “Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu” hazırlanarak bilgi güvenliği konusuna etraflıca yönelmiş oldukları görülmüştür (SBSGM, 2014).

06.08.2013 tarihli ve 28730 sayılı “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik²⁵” yayımlanarak yürürlüğe girmesiyle bu yönetmelik kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlü kılınmıştır. Sağlık hizmeti kalitesinin artırılması; sağlıkta kalite faaliyetlerinin devamlılığının sağlanması, hasta ve çalışan güvenliğinin temini, Sağlık Hizmet Kalite Standartlarının doğru uygulanması, ölçülmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin yapılması ile mümkün olduğunu düşünen Bakanlık bu nedenle “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” hükümleri gereğince; teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan aşağıdaki kurum ve kuruluşlarda Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri yapılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda;

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı ikinci ve üçüncü basamak hastaneler
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ve Hastaneleri (ADSH)
- Üniversitelere bağlı Sağlık Uygulama Araştırma Merkezleri/Hastaneleri
- Diş Hekimliği Fakültesi Hastaneleri
- Milli Savunma Bakanlığına Bağlı Hastaneler
- Özel Hastaneler
- Belediye Hastaneleri
- İl Ambulans Servisleri
- Doku Tipleme Laboratuvarları (DTL) gibi sağlık kurumlarının denetlenmesi söz konusu olmuştur.

81 ilde 01 Ekim - 31 Aralık 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilen değerlendirmelerde;

- Hastanelerde SHKS-Hastane seti

²⁵ 6 Ağustos 2013 Tarihli ve 28730 Sayılı Resmî Gazete, Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130806.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130806.htm>, Erişim Tarihi: 11.10.14

- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ve Hastanelerinde SHKS-ADSM/ADSH seti
- İl Ambulans Servislerinde SHKS-İl Ambulans Servisi seti
- Doku Tipleme Laboratuvarlarında (DTL) ise SHKS-DTL seti kullanılmıştır (PYKGDB, 2014).

2013 yılı Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri süreci, 23 Ekim 2013 tarihinde başlamış olup 30 Nisan 2014 tarihi itibarıyla sona ermiştir. Geniş bir kurum/kuruluş portföyüne sahip olan bu dönemki değerlendirme sürecinde, kamu ve özel hastanelerin, İl Ambulans Servislerinin yanı sıra Üniversite Hastaneleri, Diş Hekimliği Fakülteleri ve Doku Tipleme Laboratuvarlarında ilk kez Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) uygulamaları değerlendirilmiştir. Böylelikle ülke genelinde 1464 kurum/kuruluşun SKS Değerlendirmesi yapılmıştır (PYKGDB, 2014). Yapılan değerlendirmelerde kullanılan kalite setlerinde 2009 yılında son düzenlemelerle içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” da hazırlanarak son versiyon yayınlanmıştır. (Bakınız SHKS-Hastane seti, SHKS-ADSM/ADSH seti, SHKS-İl Ambulans Servisi seti, SHKS-DTL) Sağlık Hizmet Kalite Standartları pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, problemler alanlar, ülke koşulları dikkatle alınarak hazırlanmıştır. Sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sistemini kurmak amacıyla, kamu ve üniversite hastaneleri ile özel hastaneleri kapsayacak şekilde “Sağlık Hizmet Kalite Standartları-Hastane” setinin hazırlanmasına karar veren bakanlık bu set ile birleştirici ve genel bir standardizasyon getirmeyi amaçlamaktadır. Standartlar hazırlanırken mevcut kamu ve özel hastaneler Sağlık Hizmet Kalite Standartları başta olmak üzere, ulusal ve uluslararası kaynaklar incelenerek, ülke ihtiyaçları, ülke koşulları dikkatle alınarak ve Bakanlık stratejik hedefleri gözetilerek hazırlanmıştır. Standartları dikey ve yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşan bu modelde; Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği'nin yer aldığı görülmektedir. Geliştirilen standartların hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden, farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden 24 hastanede pilot çalışmalar yapılmıştır. Uygulamanın yapıldığı iller

başta Ankara ve İzmir olmak üzere Bolu, Eskişehir, Antalya, Adana ve Mardin illerimizde yapılmış, seçilen kurumların çoğunun Ankara ve İzmir’de olduğu gözlemlenmiştir. Bakanlık hastanede değerlendirmeye alacağı birimleri ve yerleri belirli bir puan kriteri ve kodlama sistemi getirerek değerlendirmeyi hedeflendirmiştir. SHKS- Hastane setinde Kurumsal Hizmet Yönetimi bölümünde çalışan ve hasta güvenliği komitesi kurulması gerektiği ancak bu komitenin görevlerine bakıldığında konunun daha çok emniyet (safety) kapsamında ele alındığı ve sadece çalışan güvenliği komitesinin görevleri içinde “Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması.” maddesiyle çalışan can güvenliğine vurgu yapıldığı görülmektedir. Görüldüğü gibi çalışan ve hasta ve hasta yakınlarının can ve mal güvenliği genel olarak yüzeysel geçilmiş risk değerlendirmesi daha çok emniyet tedbirleri kapsamında konu edilmiştir. Yine aynı bölümde tesis güvenliği komitesinin bulunması gerektiği ifade edilmiştir. Bu komisyonda tıbbi, idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, teknik servis sorumlusu, hastane güvenlik amiri, afet ve acil durum yönetimi sorumlusu, tıbbi cihaz yönetimi sorumlusu, hekim dışı sağlık personelinden en az bir temsilci ve bölüm kalite sorumlularından en az iki temsilci yer alması gerektiği belirtilmiştir. Bu komisyonun görevleri arasında genel olarak can ve mal güvenliğinin sağlanması, afet ve acil durum planlarının yapılması, hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması, atık yönetimi gibi birçok önemli görevi belirtilmiş ancak bunların nasıl yapılacağı detaylı olarak belirtilmemiştir.

Sağlık Bakanlığının çalışan güvenliğine yönelik çalışmaları içerisinde öncelikli olarak 16.10.2009 tarihinde yürürlüğe girerek Resmî Gazete’de yayımlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ²⁶”dır. Bu Tebliğ’de;

- Sağlık hizmetinin verildiği kritik alanlara giriş çıkışların kontrollü olarak sağlanması,
- Yeterli sayıda güvenlik görevlisi bulundurulması,
- Ortak kullanım alanlarında kamera sistemi ile izlemenin yapılması ve gerekli önlemlerin alınması düzenlenmiştir.

²⁶ 16 Ekim 2009,Cuma tarihli 27378 Sayılı Resmî Gazete,Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm>, Erişim Tarihi: 11.10.14

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik²⁷ 06.04.2011 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanmıştır. Bu Yönetmelik ile sağlık kurumlarında;

- Çalışan güvenliği programlarının hazırlanması,
- Çalışanlara yönelik sağlık taramaların yapılması,
- Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almalarının sağlanması,
- Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması hususlarında gerekli düzenlemelerin yapılması ve tedbirlerin alınması istenilmiştir.

Resmî Gazete’de 28.04.2012 tarihinde yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik²⁸” Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda görev yapan personele, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması halinde verilecek hukuki yardımın mahiyetini düzenlemektedir.

Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ imzası ile 14.05.2012 tarihinde 81 ilde bulunan tüm kamu, üniversite, özel sağlık kurum ve kuruluşlarına gönderilen “Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi (T.C. Sağ. Bak., 2012)” ile çalışan güvenliğine ilişkin düzenlemeler ve düzenlemelerin takibi hatırlatılmıştır.

“Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi” ile içerisinde altıncı madde sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunmaları yani “hizmetten çekilme” düzenlenmiştir. Bu maddeye göre:

a) Hizmetten çekilme talebi, kurum tarafından belirlenen yöneticiye sözlü veya yazılı olarak bildirilecektir.

b) Bildirim üzerine yetkili yönetici, olayı derhal değerlendirerek hizmetten çekilme talebinin uygun olup olmadığı hakkında gecikmeksizin karar verecektir.

²⁷ 6 Nisan 2011 Çarşamba, 27897 Sayılı Resmi Gazete, Erişim Adresi:

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> Erişim Tarihi:11.10.14

²⁸ 28 Nisan 2012, Cumartesi tarihli 28277 sayılı Resmi Gazete, Erişim Adresi:

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>, Erişim Tarihi: 11.10.14

c) Yetkili yönetici, hizmetten çekilme talebini uygun bulduğu takdirde hastanın sağlık hizmeti almasına ve tedavisinin devamına yönelik tedbirleri güvenlik tedbirleriyle birlikte alacaktır. Bu kapsamda ilgili hastanın sağlık hizmetini devam ettirecek yeni sağlık çalışanını belirleyecek, kurum içerisinde bunun mümkün olmaması halinde hastanın hizmet alabileceği başka bir sağlık kurumuna sevkini ve hizmet alımını sağlayacaktır. Bu süreç sırasında hastanın tedavisinin aksatılmamasına özen gösterilecektir.

İçişleri Bakanlığınca 26.04.2012 tarihinde yayımlanan Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması²⁹ genelgesi ile yerine getirdikleri kamu görevi nedeniyle sağlık çalışanlarına karşı;

- Yaralama (TCK Madde 86-87),
- Tehdit (TCK Madde 106),
- Hakaret (TCK Madde 125), fiillerinin işlenmesi halinde, mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın, sağlık kurumlarında görevli olan hastane polisleri ve kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesis edilmesi, ilgili Cumhuriyet savcılığına bilgi verilmesi, gerekli soruşturmanın başlatılması görevi verilmiştir.

2.2.2.5.Devlet Kurumları, Çeşitli Meslek Örgütleri ve Sendikalarca Yapılan Çalışmalar

TBMM'nin Ocak 2013 yılında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacı oyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu'nda (TBMM, 2013) özellikle sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet boyutları, nedenleri ve alınması gereken tedbirler diğer ülkelerde yapılan yapısal ve yasal düzenlemeler de incelenerek ortaya konmuştur. Özellikle 17 Nisan 2012 tarihinde Gaziantep'te yaşanan bir olayda, Dr. Ersin ARSLAN şiddete uğrayarak hayatını kaybetmesi bu raporun hazırlanmasında tetikleyici unsur olmuştur. Şiddet komisyonu yaklaşık dört aylık süren çalışmasında daha çok sağlık çalışanlarına, özellikle de hekime ve hemşirelere uygulanan şiddet kapsamında çalışmıştır. Yine raporda dünyada sağlıkta şiddet konusunda yaşanan vakalar

²⁹ 26.04.2012 tarihli 28277 Sayılı Resmi Gazete

karşılaştırılmış şiddet farklı boyutları ile ortaya konmuştur. Şiddetin sadece çalışanlara yönelik incelenmesi yapılmış şiddet nedenleri;

- Taraflar arasındaki etkileşim,

- Örgütsel faktörler,

- Çevresel faktörler,

- Toplumsal faktörler,

- Hukuka/Yargıya İlişkin Nedenler olmak üzere beş ayrı grupta toplanmıştır.

Ayrıca raporda sağlık bakanlığının ilgili mevzuat ve yönergelerde yaptığı düzenlemeler, ilgili tabip odaları ve sendikaların yaptığı çalışmalar, bakanlığın yapmış olduğu toplum bilinçlendirme çalışmalarından ve “beyaz kod” uygulamasından da söz edilmiş ve en sonunda da 66 maddelik bir öneri listesi bakanlığa sunulmuştur.

Yapılan çalışmada görüldüğü üzere hastanede güvenlik konusu daha çok çalışan can güvenliği kapsamında ele alınmış hasta can güvenliği, tesis güvenliği, bilgi güvenliği konuları ayrı bir konu olarak düşünüldüğünde hastane güvenliği konusuna dâhil edilmemiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunu anlamak, nedenlerini analiz etmek ve çözüm yolları geliştirilmesine yönelik öneriler geliştirmek amacıyla meslek örgütleri ve sendikalarca da çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Tabip odaları üyeleri hekimler ve sağlık çalışanlarının görevleriyle ilgili maruz kaldıkları şiddetin bildirim amacıyla şiddet telefon hatları kurmuştur. Ayrıca sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerini saptamak ve çözüm önerileri geliştirmek amacıyla; meslek örgütleri ve sendikalarca birçok araştırma toplantı, çalıştay ve sempozyum yapılmıştır. Bunlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir:

1. 2007 yılında TTB tarafından Şiddet Çalıştayı (TTB, 2007) düzenlenmiş ve ayrıca 2014 yılında yayınlanan “Önlenebilir Bir Sorun: Hekime Yönelik Şiddet, 2014 (TTB, 2014)” araştırmasıyla hekim ve çalışan can güvenliğine dikkat çekilmiştir.

2. Gaziantep-Kilis Tabip Odası "Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu I (Adaş, Elbek, & Bakır, 2008)" başlıklı "Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı"nı araştırılmasında “Şiddetin Niteliği, Boyutu ve Şiddet Algısı” bölümünde;

- Toplumda şiddetin artışı ve nedenleri,

- Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin boyutu ve niteliği,

- Şiddete başvuran kişilerin kimliği,
- Sağlık kurumlarının güvenlik açısından değerlendirilmesi ve öneriler kısmı bulunmakta yine hastane güvenliği özel olarak çalışana uygulanan şiddet kapsamında incelenmiştir.

Çalışmanın öneriler kısmında “Şiddetin önlenmesi konusunda hekimler tarafından dile getirilen bir diğer nokta ise hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesidir.” başlığında neler yapılması gerektiğinden söz edilerek, güvenlik ve cezai yaptırım konusunda görüş belirten hekimlerin yaklaşımları sunulmuştur.

3. Isparta-Burdur Tabip Odası “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı (Aydın, 2008)” araştırmasında yapılan çalışmaya 310 sağlık çalışanı katılmış, bunların 177 tanesi (%57) kadın, 133 tanesi (%43) erkek. Sağlık çalışanların 269 tanesi (%87) il merkezinde, 41 tanesi (%13) kırsal bölgede çalışanlardan oluşmuştur. Çalışmada hekimler, hemşireler ve sağlık personellerinin içinde bulunduğu kişilere şiddete uğrama durumları, nedenleri ve çözüm önerileri hakkında sorular yöneltilerek sağlık çalışanına uygulanan şiddet sadece “çalışanın can güvenliği” kapsamında ele alınmıştır.

4. İstanbul Tabip Odası ve Türk Tabipleri Birliği "Hekime Yönelik Şiddet Önlenebilir mi?" çalıştayında (Doğan, 2009) sağlık çalışanına (özellikle de hekime yönelik) uygulanan şiddet üzerine yapılmış çalıştay sonucunda,

- Yönetmelik Önlemler,
- Eğitimsel Önlemler,
- Hukuksal Önlemler alınması şeklinde öneriler ifade edilmiştir. Bu öneriler maddeleştirilerek yazılmıştır.

5. Sağlık Sen “Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans Sempozyumu” (Kocur, 2011) düzenlenerek şiddet konusu işlenmiştir.

6. Aydın Tabip Odası “Şiddetin Gölgesinde Hekimlik” (Elbek & Adaş, 2012) araştırması ile hekimlere yönelik çalışması yapılarak bir sonuç sunulmuştur.

7. Ankara Tabip Odası “Hekimlere Ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Raporu 2010 - 2011” (ATO, 2011) içinde çalışanlara uygulanan şiddet araştırılmıştır. Yapılan çalışmada öneriler Sağlık bakanına açık bir mektup şeklinde yazılarak ifade edilmiştir.

8. Türk Sağlık Sen “Sağlık Çalışanlarının Çalışma Hayatındaki Sorunları Araştırması” (Türk Sağlık-Sen, 2012) yapılmıştır. Yapılan araştırmada yine sağlık çalışanlarının can güvenliğini ilgilendiren şiddet konu işlenmiştir. Yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının uğradıkları şiddet ve ekonomik durumları da incelenmiştir.

9. Sağlık-Sen’in yapmış olduğu Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması’nda (Sağlık-Sen, 2013) yine sağlık çalışanlarının can güvenliğini ilgilendiren şiddet konu işlenmiştir.

“Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek için ne tür önlemler alınmalıdır?” bölümünde çalışan güvenliğini can güvenliği boyutuyla ele alan çalışmada aşağıdaki önerilerle engellenebileceği öngörülmüştür.

1. Güvenlik Önlemleri İle İlgili Öneriler
2. Eğitim ve Sosyal Hizmetler İle İlgili Öneriler,
3. Çalışma Şartlarıyla İlgili Düzenlemeler,
4. Yasal Düzenlemeler İle İlgili Öneriler,
5. Sağlık Uygulamaları İle İlgili Düzenlemeler,
6. Kitle İletişim Araçlarının Kullanılması olarak ifade edilmiştir.

Başta TBMM olmak üzere tabip birlikleri ve sağlık sendikaları çalışma konumuz olan hastane güvenliği kapsamında özellikle çalışan can güvenliği kapsamında araştırma ve çalışmalar yapmışlardır. Yapılan çalışmalar sağlık çalışanına uygulanan şiddet ve bunun nedenleri, önleyici uygulamalar veya öneriler şeklinde ortaya konmuştur. Yapılması öngörülen görüşlerin başta yasa koyucular olmak üzere hastane yönetimlerine ve hekimlere neler yapmaları gerektiği konusunda olumlu yönlendirmeleri olduğu ve bütün bunların hastane güvenliğine olumlu yönde katkıda bulunacağı olasılığı yüksek bir durumdur. Ancak biz çalışmamızda da belirttiğimiz gibi hastane güvenliği konusunun sağlık çalışanı, hasta ve yakınlarının can ve eşya güvenliği öncelikli olmak üzere, bina, malzeme ve bilgi güvenliği konuları ile ele alınması gerektiğini düşünmekteyiz. Bunun sağlanması için gerekli yasal, yönetsel, yapısal bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi gerektiğini iddia etmekteyiz. Güvenli olmayan bir yerde, bilgilerin iyi korunmadığı bir kurumda, kişisel eşyalarınızı veya iş yerindeki malzemenin güvenli olmadığı bir ortamda tam bir güvenlikten söz etmek mümkün değildir.

2.2.3. Hastane Güvenliğini Belirleyen Unsurlar

Russel’a (2010) göre temel güvenlik programının hedefleri aşağıda belirtildiği gibi olmalıdır;

- Mükemmel tıbbi tedavi verme amacında olan sağlık kuruluşunun genel amacına katkıda bulunma,
- Güvenlik elemanlarıyla proaktif /önleyici bir sistem ile güvenlikle alakalı gelişebilecek tehditleri engelleme,
- Zamanında müdahalelerle bireylere ya da mülkiyet ile ilgili gelişebilecek güvenlik olaylarından kaynaklanan zarar ve ziyanı engellemek ya da oluşabilecek zararları hafifletecek bir şekilde cevap verme,
- Çalışanların, hastaların ve hatta ziyaretçilerin de zihninde bulundurdukları çevrenin önemli bir biçimde güvende ve emniyette olduğu düşüncesini oluşturma,
- İşletmenin amaçlarına ve kültürüne hizmet eden ve olumlu işler sağlama, olarak belirtilmektedir.

Bu tür bir güvenlik programının kurulmasında etkin rol alan iç ve dış unsurların varlığı söz konusudur. Hastane güvenliğini belirleyen ve genellikle kurum yapısından ve yönetici ve çalışanların tutumlarından kaynaklanan faktörlere iç unsurlar diyebiliriz. Bunların çoğunun modern ve gelişmekte olan toplumlarda bilinen ve uygulamada olan kavramlar olduğunu görmekteyiz. Dış unsurlara bakacak olursak; bunlar hastanede güvenlik uygulamalarını yönlendirici ve standartlar getirici kurum ya da kuruluşlardır. Bu kurumların büyük bir kısmının maalesef ülkemizde bulunmaması ya da kuruluş aşamasında olmaması hastane güvenliği konusunun ülkemizde hangi noktada bulunduğumuz konusunda bize bir fikir verebilir. Ülkemizdeki durumun aksine örnek olarak almış olduğumuz ABD’de bu kurumlar bulunmakta ve bu kurum ya da kuruluşların hastane güvenliğine doğrudan veya dolaylı bir şekilde katkıda bulunduğu açıkça görülmektedir. İç ve dış unsurların hastane güvenliğini belirli bir seviyeye getirmede önemli oldukları ancak bütün bu unsurların yerini tam olarak almasının ülkemizde zaman alacağı kanaatindeyiz.

2.2.3.1.İç Unsurlar

Sağlık kuruluşunun dâhili güçleri o işletmenin işleyen güvenlik sisteminin şekil, tür ve nihai etkinliğini oluşturur. Bunlar; kurum felsefesi/politikası (Ruighaver, Maynard, & Chang, 2007), liderlik, finans ve işletmenin var olan politikasının birer parçasıdır. Ayrıca çalışanların motivasyonu ve bu motivasyonu etkileyen iç ve dış konular, personelin çalışma şartları ve bütün personelin güvenliğe katılımı iç unsurlar olarak nitelendirilebilir.

Sağlık kurumlarındaki güvenlik sistemi, güvenlik bakımından hassas noktaları ve kurum tarafından belirlenen riskleri yöneten güvenlik personelinin kullanılmasıyla gelişir. Caydırıcı güvenlik unsurları fiziksel ve psikolojik olarak ikiye ayrılır. Çoğu kimse tarafından fiziki ve psikolojik olan unsurlar birbirinden ayrılmasına karşın fiziksel kontrolün büyük bir bölümü, içinde aynı zamanda psikolojik kontrolleri de barındırmaktadır (Herington, 2012). Örneğin hastane araç parklarındaki ışıklandırma fiziki bir caydırıcı iken psikolojik olarak da bu alanda hırsızlık yapma eğilimi içinde olan bireyleri (burada kontrol var düşüncesiyle).

AEGT³⁰'e göre fiziksel güvenliğin belli sınıfları bulunur;

- Çevre düzenlenmesi yoluyla suçun önüne geçilmesi,
- Fiziki engeller ve etrafın (güvenlik olarak) güçlü kılınması,
- Fiziki girişler ve giriş-çıkış kontrolleri,
- Güvenlik amaçlı aydınlatmalar,
- Yetkisiz girişleri tespit eden sistemler,
- Kamera takip sistemleri,
- Güvenlik personeli,
- Güvenlik politikaları ve prosedürleri (ASIS International, 2009) şeklinde belirtilebilir.

Yine aşağıda görüldüğü gibi Amerikan Endüstriyel Güvenlik Topluluğunun (AEGT) yayınladığı fiziksel güvenlik rehberine göre güvenliğin sağlandığı temel üç katman vardır. Bunlar;

- I. İç koruyucu katman (Bina içinde bulunan kapılar ve bunlarda bulunan kilitleme sistemleri),
- II. Orta Koruyucu Katman (Binanın dışında alınan tedbirlerin bulunduğu fiziki koruyucular),
- III. Dış Koruyucu Katman (Mülkiyetin sınırlarına konulmuş doğal ya da insan yapımı ile hizmet verilen çevresinin korunduğu fiziki unsurlar) (ASIS International, 2009).

³⁰ İngilizce adı American Society For Industrial Security (ASIS) olup, 1955 yılında kurulmuştur. Merkezi ABD'de olan ve uluslararası hizmet veren örgüt, endüstriyel kurum güvenliği konusunda hizmet vermektedir.

Fiziki caydırıcılar her zaman tek başlarına caydırıcı unsurlar olmadıklarından bireyin suç işleme durumunda karar verme sürecini etkilemek için psikolojik caydırıcılar da gerekmektedir. Dolayısıyla psikolojik caydırıcılar genelde bireyin davranışını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyecek maddi unsurlar olarak bilinirler.

Sağlık kuruluşunun çevresini tasarımıyla suçun engellenmesi davranışı, temel bazı prensipler (fiziksel çevre ve öteki unsurlar) kullanılarak yönetilir. Şekil 6 da görüleceği gibi hastanede bulunan fiziksel ve psikolojik güvenlik tedbirleri farklı konulardır.

Şekil 34 Hastanede Alman/Bulunan Fiziki ve Psikolojik Güvenlik Tedbirleri

| <u>Psikolojik</u> | <u>Fiziki</u> |
|---|--------------------------------|
| Tabelalar | Güvenlik personeli bulundurma |
| Ziyaretçi kartı - kayıt defteri | Alarmlar |
| İşaretlemeler yapma – kayıt altına alma (fişleme) | KDK (CCTV) |
| Saldırgan olayların incelenmesi | Camlama (cam koruma) / camekân |
| Kovuşturma / yasal politikalar | Bariyerler / engeller |
| Çalışma şartları | Işıklandırma / aydınlatma |
| Zorunlu bir disiplin sistemi | Kasalar / Konteynırlar |
| Selamlaşma / Ekibin Bilgilendirilmesi | Giriş Kontrolleri |
| Yol gösterme / Eşlik etme | Acil durum iletişim araçları |
| Mimari/ Bina tasarımları | |

Kaynak: Colling, R. L. (1976). *Hospital Security: Complete Protection For Health Care Facilities*. California: Security World Publishing Co.,Inc.

2.2.3.1.1. Motivasyon ve Motivasyonu Engelleyen Faktörler ve Güvenlik

Hayatımızda yaptığımız her şeyin bir nedeni vardır. Günlük yaşamlarında bireyler arzu ve taleplerini elde etmek için hedeflerinin peşinde koşuştururlar. Denilebilir ki bütün sosyal yargı ve davranışlarımız bizim motive olmuş duygu ve davranışlarımızdır (Forgas, Williams, & La, 2005). Motivasyonun işletme ve çevresiyle doğrudan alakası vardır. Motivasyon öğrenme, hafıza ve duygular gibi ölçülebilir değildir. Ancak davranışlardan öğrenilir. Yine W. Fischer'e (1968) göre motivasyon insanların yaptığı işlerde "Niçin" sorusunu açıklayan bütün unsurlardır. Motivasyonlarımız tercihlerimizi ve yaptığımız işleri ussallaştırdığımız, yasal kıldığımız "çünkülerin" tamamıdır.

Yaş ve motivasyona bakıldığında tecrübeli ve nispeten daha yaşlı çalışanların gençlere göre daha fazla tatil imkânı, artan hastalık süresi, emeklilik ve maaş alma kaygısından dolayı daha fazla motivasyona ihtiyacı olduğu bilinmektedir. Diğer bireyleri

de doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen güdülere sosyal güdüler denir. Bunlar bireyin kültüründe bulunan kurallar, düzenlemeler ve tabulardan kaynaklanmaktadır. Motivasyondaki farklılıklar farklı bireylerin aynı olayla karşılaştıklarında farklı tepkiler verdiğini göstermekte bu da hastane güvenlik personeli olarak çalışan bireylerin karşısına ayrı bir zorluk olarak çıkmaktadır.

Çoğu motivasyon teorisi insanların işlerini yaparken/hedeflerini gerçekleştirirken etkin unsurun bilinçli motivasyon olma halinden kaynaklandığını göstermektedir ama günümüzde bu yaygın anlayışın pek de böyle olmadığını, insanların başkalarının davranışlarından onların hedeflerini çıkarttıkları ve bu hedefleri de çok kısa bir sürede kendilerine adapte ederek motive olduklarını göstermiştir (Forgas, Williams, & La, 2005). Bu şekilde bakıldığı zaman, insanların davranışlarının olayları işlemelerinde bilinçlilik hali bilinçli olmama halinden daha azdır. Bilinçli olmayan hafıza/akıl geçmişe ait birçok olayı kaydetmiştir. İnsanların yanlarında taşıdıkları geçmiş tecrübelerine göre birçok olaya farklı tepki vermeleri mümkündür. Bundan dolayı güçlü ve geçerli bir koruma sistemi bireyin kabul edilebilir sosyal davranışı sağlaması eğilimini güçlendirecektir. Güvenlik koruma programlaması motivasyon sahasının özellikle belli bir alanıyla ilgilenmektedir. Bu da tutuklanma ve cezalandırılma ihtimali ve korkusunu işleyerek davranışları yönetme şeklinde ortaya çıkmaktadır.

William Whyte önceleri içten motive olan insanların şimdilerde dışarıdan güdümlü hale geldiklerini ifade etmektedir. İnsanlar, öğrencilerin öğretmenleri veya ebeveynlerinin yönlendirmesinden veya dışarıdan gelen ve kendilerine verilen herhangi bir ödülünden dolayı içlerinden gelerek tamamen dış nedenlere bağlı olarak motive olabilirler (Hayamizu, 1997) . Aart ve Hassin de (2005), insanların çok hızlı bir biçimde karşısında bulunan bireylerden etkilenip motive olduklarını bildirmektedir (Forgas, Williams, & La, 2005). İnsanlar günümüzde dış etmenlerden eskiden hiç olmadığı kadar etkilenmektedir.

2.2.3.1.2. Personelin Bireysel Karar Verme Sürecinde Güvenliğe Dâhil Edilmesi

Personelin güvenliğe dâhil edilmesi güvenliğin hastanede yerleşmesi için çok önemli konulardan birisidir (Baldwin, 1997). Hastane güvenliği konusu ilk olarak personelin güvenliğini etkilerken, sonrasında da bu kuruma gelen hastaları ve fiziksel olarak da kurumun güvenliğini etkileyecektir. Personelin içinde olmadığı bir hastane

güvenliği anlayışından söz edilemez. Personelin güvenliğe aktif olarak katılabilmesi için personelin çalışma şartlarının güvenlik anlayışı ile oluşturulması, işe yeni başlayan çalışanların eğitimi, kurum içinde sürekli dolaşan ve kontrol görevi olan güvenlik devriyelerinin olması ve kurumda oluşabilecek güvenlik risklerini engelleyici tedbirlerin alınması gerekmektedir. Sırasıyla bu başlıklarda geçen konular ele alınacaktır.

2.2.3.1.3. Çalışma Şartları ve Güvenlik

Çoğu işletmede çalışanın iş güvenliği formunu imzalaması gerekmektedir. Bunlar genelde kurum ve birey arasında kurumun güvenlik politikasını işaret etmek için karşılıklı anlayışın oturtulması için yapılır. Görev kartı, park etme, dolap incelemesi ve denetimi, getirilen ya da götürülen paketlerin incelenmesi veya binaya giriş çıkış gibi unsurlar bunların içinde yer alır (ASIS International, 2009). Günümüzde birçok gelişmiş ülkede olduğu gibi İngiltere’de de birçok kurum ve özellikle hastane gibi karmaşık ve riske açık kurumlar bu konularda çalışanlarının nasıl davranacağı ve çalışan sorumluluklarını belirten “Güvenlik Yönetim planını” yayınladılar. Duke Üniversitesi’nin 01.01.2013 tarihli yayınladığı çalışan güvenlik belgesi buna net bir örnek olarak verilebilir (Duke University Police Department, 2013).

Çalışanlar buna benzer konularda bilgilendirilir, eğitilir ve kendilerine bir sözleşme imzalatılır. Çalışanların bu kuralları okuduğu, anladığı ve kabul ettiğine dair imzaları alınarak bu form çalışanın şahsi dosyasına eklenip şahsi kaydının bir parçası haline gelir.

2.2.3.1.4. İşe Yeni Girenlerin Oryantasyonu ve Güvenlik

İşyerlerinde bireylerde güvenlik algısı kültürü oluşturacak eğitimler verilmelidir. Bu eğitimler ilgili kurumun güvenlik yöneticileri tarafından verilmeli ve bu eğitimler kurumsal olmalıdır. Verilen bu eğitimlerde bireylerin iş tanımlamaları, genel olarak verilen eğitimler ve kurumda bulunan tecrübeli çalışanlar izlenerek alınan eğitimler, el kitapçıkları, açık bir şekilde yazılmış olan güvenlik prosedürleri ve diğer bilgilendirme yolları kullanılarak yapılır (NHS Security Management Service, 2008). Bireyler işe alıştırılırken güvenlik algısının da eğitimlerde vurgulanması, psikolojik olarak kurumda bir koruma algısı oluşturmayı amaçlamaktadır.

Sağlık kurumları kendileri tarafından istenmeyen olayların olması halinde sorumluluğun bireye verileceğini ifade etmek ister. Bu yönüyle yapılan uyum sağlama eğitimleri çalışanlarda güvenlik algısını oturtmak için önemli bir basamaktır.

Bu eğitim rahat bir ortamda, güvenlik olaylarına karşı kurumun güçlü olduğunu ifade eder bir tarzda ve işletmenin politikası ve yasal/zorunlu disiplin tedbirleri hakkında bireye bilgi verilerek yapılır. İleriki adımlarda daha detaylı güvenlik eğitimi verilmelidir (Blackwell, 2006).

2.2.3.1.5. Güvenlik Devriyeleri

Güvenlik personeli; gerek bireysel olsun gerekse de ekip halindeyken unutmamalıdır ki hizmet verdikleri kurumun birer temsilcileri olarak herkesin (çalışanların ve hasta ve ziyaretçiler) gözü önünde olan çalışmalarını bu kurumların ne kadar profesyonel olduğuna dair bir izlenim verecektir (Corrections, Public Safety and Policing, 2008). Güvenlik devriyelerinin amacı kurumu hem fiziksel olarak korumak hem de işletmenin etkin bir biçimde korunduğu algısını psikolojik olarak oluşturmaktır. Dürüst olmayan çalışanlar ve kötü niyetli ziyaretçiler bu devriyeleri yapacakları / yapma niyetinde oldukları olumsuz davranışlardan kaçınmak için önemli bireyler olarak görecektir. Çalışanlar tarafından ortalıkta görünen güvenlik personelinin sayısı arttıkça tehlike arz eden olayların sayısı da azalacaktır.

Tabelalar ve etrafa yazılmış uyarı notları da psikolojik caydırıcılar olarak önemli bir işlev görürler. Sağlık kurumları içinde bulunan çalışanların kullandıkları dolaplarda, çalınan malzemelerin, alkol veya silahların veya kumar oynanan malzemelerin bulunabileceği güvenlik riski taşıyan yerlerdir. Bunların sürekli incelendiğini belirten bir yazının personelin dolaplarının bulunduğu bir yere konması bu durumların önüne geçebilir. Yine acil durumlarını belirten duvarlara ya da görünür yerlere yapıştırılmış listeler de özellikle acil durumların yönetilmesi işini kolaylaştırır (ASIS International, 2009).

2.2.3.1.6. Güvenlik Risklerini Engelleyici Tedbirler

Sağlık kurumlarında da diğer kurumlarda olduğu gibi özellikle güvenlik personelinin geçici olarak görev yapamayacağı veya görev yerinde bulunamaması gibi durumlarda mevcuttur. Söz konusu bu durumlarda, ortama yazılı notlar veya tabelalar bırakılır. Bu şekilde etrafın güvenlik bakımından kontrol edildiği ima edilerek güvenlik risklerinin azaltılması hedeflenir (Cole-Ceesay, 2010). Bu tür koruyucu tedbirler farklı şekillerde yapılabilmektedir. Bütün bunların yapılmasında kötü niyetli kişilere karşı etrafın 24 saat kontrol altında tutulduğu algısı oluşturmaktır.

Yine kurumda yapılan incelemeler ve soruşturmalar çok net sonuçları olan ve gerçekçi güvenlik tahminleri olabilecek olan planlardır. Bu işlemler kesin psikolojik caydırıcılığı olan işlerdir. Hastanelerde kayıplarla ilgili yaşanan olaylarda sadece rapor tutularak olayın üzerine gidilmez. Olayın çözülmesi için gerekli inceleme ve soruşturmaların yapılması gerekmektedir. Fakat günümüz hastanelerinde bazen rapor bile tutulamaz. Çünkü hastane çalışanları kurum yöneticilerinin bunun üzerine gideceğine bile inanmamaktadır. Soruşturma yapılarak meydana gelen olayların üzerine özenle gidilir ve hemen her şey kayıt altına alınarak problemin çözümü hedeflenir. Güvenliğin olayları özenle soruşturma/ inceleme yaparak olayları engelleme gibi bir yönü mevcuttur ama bu kurumun politikaları ve kurum yöneticilerinin uygulamaları ile mutlaka desteklenmelidir (Frenk, Ruelas, & Donabedian, 1989).

2.2.3.1.7. Kurum Kültürü – İşletme Politikaları – Finansal Yatırımlar - Liderlik – ve Güvenlik

Kurum kültürü/felsefesi o kurumun güvenlik programlarının işlenmesi ve gelişmesinde oldukça etkilidir. Özellikle hizmet verilen çevre, o yerdeki kültür ve gelenekler çevredeki hastalara/kişilere has bir kültüre göre işletmenin şekillenmesini sağlar/gerektirir. Sağlık hizmeti veren kurumlar yönetim ve organizasyon olarak farklılık gösterdiklerinden diğer kurumlardan ayrı bir örgüt kültürüne sahip olmaktadır (Seren & Baykal, 2007). Günümüzde hastaneler açık, güler yüzlü ve hasta merkezli yaklaşımlar ile pastada pay kapmak isterken bunun tersi bir durum da söz konusu olabilmektedir. Herkesin açık ve kontrolsüz bir biçimde içeri kabul edildiği bir hastanede hastalar, çalışanlar, hasta ziyaretçileri gereksiz yere tehlikeye sokulmuş olurlar. Dolayısıyla hastanenin güvenli ve emniyetli olma gibi tersi bir durum da açık bir kurum olmasının yanında bulunan ve bu durumlarla çatışan bir durumdur. Hastane güvenlik politikaları organizasyonel kültür tarafından desteklenmesi gereken bir unsurdur. Güvenlik politikası belirleme, çalışanların eğitimi, yönetimin desteğini alma gibi unsurlarla güvenlik anlayışının oturtulması organizasyonel kültürle desteklenmediği sürece kurumsal olarak güvenlik anlayışının oturtulması mümkün görünmemektedir (Maynard, Ruighaver, & Chia, 2013).

Sağlık kuruluşlarında liderliğin emir-komuta zinciri içerisinde bütün bir kurumu etkilediği aşikâr bir durumdur. Dolayısıyla bunun güvenlik programının şeklini ve seviyesini de etkilemesi gayet olağan bir durumdur. Aynı zamanda iyi organize olmuş ve

profesyonel bir güvenlik yöneticisinin/amirinin üst kademeleri de olumlu yönlendirme etkisi vardır. Tersî durumlarda da yönetimin desteği az olmakta ve güvenlik birimi güvenilirliğini kaybetmektedir. Mantık ve plan çerçevesinde iyi hazırlanmış uygulamalar genelde kabul görür ve yönetimden destek alır. Eğer kurumda çalışanlar kendilerinden kıdemli olan yöneticilerinin güvenlik olaylarında durumdan duruma birbirinden alakasız bir şekilde tutarsız davrandıklarını görürlerse ve yöneticilerinin bu tür durumlara yeterince eğilmediklerini görürlerse onlar da bu tür konulara yeterince önem vermezler. Kurallara uyma noktasında yeterince hassasiyet sergilemezler. Bu temel olarak bir liderlik konusudur. İyi bir lider çok güçlü bir kurum kültürü oluşturur. Güçlü bir kurum kültürü de her alanda olduğu gibi güvenlik alanında da etkisini gösterir (Leach, 2003).

Sağlık sektöründe yapılan bir araştırmaya göre üst yöneticilerin %20 si güvenliği en önemli/öncelikli mesele olarak görmektedirler. Bunun sebebi bu tarz yöneticilerin bu gibi konularda yetersiz olması (bilgi/eğitim düzeyi olarak), veya güvenlik personelinin yaptığı işi uzmanlarla yeterince anlatamayışıdır ama bu anlayışın yönetim boyutunda olmayışı güvenliğe önem verilmemesinde en çok etkilenen üçüncü şahıslar için (hasta, çalışan, ziyaretçiler için) kolay bir durum oluşturmamaktadır.

Sağlık güvenliği yöneticilerinin güvenlik planlarını uygulamak için yeterli bir bütçe alma durumları hiç mümkün olmamıştır. Her zaman kliniklere ayrılan bütçe güvenlik için ayrılanın çok önünde gelmiştir. Bunun sebebi yapılan yatırımın para ve iyi bir itibar olarak kısa sürede geri dönmesidir. Sağlık güvenliğine ayrılan bütçenin karakteri genelde tepkiseldir. Sağlık kurumunda önemli/ciddi bir olay olduğunda sağlık güvenliğinin finansmanında artış görülür. Yani hastanede ciddi olayların artması sağlık güvenliği finansmanında artışa sebep olur (Colling & York, 2010, s. 34). Sağlık bilgi teknolojisinde artan kullanıcı sayısı ve giderek karmaşıklaşan yapıya rağmen kurumların güvenliğe yeterince yatırım yapmadıkları görülmektedir. Genel olarak kurumların güvenliğe yeterli bir finansman sağlamadıkları gözlenmektedir ama özellikle sağlık kurumlarında bilgi (bilgisayar) güvenliğine yapılan güvenlik yatırımının %5 olarak sonlarda olduğunu görmekteyiz (Information Security, 2002). Bu durum sağlık bilgi güvenliğinin nasıl bir durumda olduğunu gözler önüne sermektedir.

Günümüzde birçok hastane tek binadan hizmet verme şeklinden çok geniş bir sağlık hizmeti verme sistemine dönüşmüştür. Küçük bir kurumdan büyük sağlık sistemlerine dönüşen hastane yöneticileri ve bu kurumlardaki yönetim algıları da

değişmiştir. Hastaneler tek bir sahipli bir yapıdan çok ortaklı yapılara bürünmüşlerdir. Hastanelerde herhangi bir yapıya uyan sitemler ya da uygulamalar diğer yapılara uygunluk göstermeyebilir (Barefoot, 2005). Dolayısıyla hastanelerde her şeyin iyi gitmesi güvenlik işlerinin de iyi gittiği anlamına gelmemektedir. Ayrıca hizmet verilen toplum, hasta ve hastalık tipleri ve çevredeki asayiş/kriminal yapı da işletmenin güvenlik anlamında politikasını etkiler. Yine güvenlik anlayışı ortaya konan yönetim modeline göre de değişiklik gösterir.

2.2.3.2.Dış Unsurlar

ABD’de hastane ve sağlık güvenliği kavramının gelişimi sadece belli etmenlerden meydana gelmemiştir. Bu unsurlar öncelikle bu ülkede verilen hizmetlerin standardize edilerek belli bir sistematığe göre verilmesi için hizmet vermeye başlamışlardır. Daha sonra uluslararası standartları da belirleyen ve aşağıda da ifade edeceğimiz hizmet kurumları sağlık güvenliğinin dış etmenleri olarak en önemli paya sahiptirler. Bu kurumların verdiği sertifikasyon, eğitim ve standardizasyon programları hastane ve sağlık güvenliğinin temel taşları olmuştur (ASIS, 2013; CMS, 2014; IAHS, 2012; The Joint Commission, 2012). Bu konuda öncülük yapan sadece ABD değildir, başta İngiltere olmak üzere Avustralya ve Kanada’nın da bu konuya olan katkı yaptıkları bilinmektedir.

2.2.3.2.1. Karma Komisyon

1951 yılında ABD’ de kurulan Karma Komisyon (KAK)³¹ kar amacı gütmeyen ve halka daha iyi sağlık hizmetleri götürmeyi hedefleyen bir kuruluş olarak kendini tanımlamaktadır. Bu kurum, ortakları ve diğer organizasyonlarla beraber ABD’de 20.000’in üzerinde hastane ve sağlık kuruluşuna kurum çalışma izni vermekte ve bunları denetlemektedir (The Joint Commission, 2012). KAK’ın standartları ve “Performans Unsurları’nın (EP)” ABD’de sağlıkta güvenlik ve emniyetin gelişmesinde önemli bir katkısı olmuştur. KAK 1987’ye kadar SKAOK olarak hizmet veren ve sonradan da JCAH olan tarafından 1951’de kuruldu. 2007’de KAK adını alarak en kısa halini aldı. KAK Amerikan Dış Hekimleri Birliği, Tabipler Birliği, Sağlıkçılar Birliği gibi kuruluşlarından ve şahıslardan oluşan 29 üyeli bir kuruluştur. KAK’ da daha önce Kanada da yer alırken 1959’da ayrıldı. Bağımsız ve kar amacı gütmeyen bir kurum olan KAK ABD’nin sağlık

³¹ İngilizce adı The Joint Commission (TJC) şeklinde olan kurum 1951 yılında ABD’de kurulmuştur. Bu kurum sağlık hizmetlerinin verilmesinde hastanelere ve diğer sağlık kurumlarına düzenleyici standartlar getirerek sağlıkta kaliteyi sağlamayı amaçlamaktadır.

sektöründe standartlar getiren en eski kuruluştur. KAK, Uluslar arası Karma Komisyon (UKAK)³² uluslararası danışmanlık, akreditasyon sağlamak, yayınlar yapmak ve eğitim vermek için kurmuştur. Karma Komisyon Kaynaklar (KAKK)³³ ise hastalar için daha kaliteli ve güvenli standartlar geliştirmesi için kurulmuştur. KAK'ın temel misyonu daha kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti sağlanması için sağlık kurumlarının performansının akredite edilmesi ve performansının sürekli olarak desteklenmesi olarak belirtilmiştir.

Hastanede “Güvenlik Yönetimi” bölümü KAK' da Hizmet Çevresi Yönetimi başlığı altında ele alınmaktadır. Hastanelerin acil eylem planının bir parçası olan dâhili/iç güvenlik ve emniyet standartları acil durum yönetiminde vardır.

Sağlık güvenliği yöneticileri güvenlik standartlarını sağlamak için sağlık kuruluşundaki diğer bölüm ve unsurlarla koordineli çalışmak zorundadır. Güvenlik alanında bulunan bu etki maalesef KAK güvenlik standartlarını 2009'da güvenlik konularının “Hizmet Verilen Çevre Yönetimi” başlığının altına alınmasıyla aşınmaya ve önemini kaybetmeye başlamıştır. Bu durum güvenlik ve emniyet tedbirlerinin artmasına değil aksine etkisinin azalmasına neden olmaktadır/olacaktır. Güvenlik ve emniyet disiplinleri de ayrı ayrı ele alınmalı ve bunların eğitimleri de ayrı ayrı verilmelidir. KAK bu durumun üzerinden kabaca geçmiş ve genel olarak güvenlikten ziyade “can güvenliği” üzerinde durmuştur (The Joint Commission, 2012). Güvenlik ve emniyet kavramını beraber ve yeterince ele alan çok az sayıda yüksek öğretim kurumu söz konusudur.

2.2.3.2.2. Ulusal Kayıp ve İstismara Uğrayan Çocuklar Merkezi (UKİM)

Ulusal Kayıp ve İstismara Uğrayan Çocuklar Merkezi (UKİM)³⁴, 1984'te kurulan ve kar amacı gütmeyen bir kuruluştur. Bu kurumun amacı; kayıp, kaçırılmış ve suiistimale uğramış çocukları korumaktır. Bu kurum sayesinde ABD'de 1990'larda kayıp çocukları bulmada başarı %62 civarındayken günümüzde bu başarı %97'lere varmıştır. Kayıp çocuklar ile ilgili sağlık sektörü olmak üzere birçok kuruma eğitimler vermektedirler (National Center for Missing & Exploited Children, 2013). Bu noktada

³² İngilizce adı Joint Commission International (JCI) olan UKAK 1977 yılında ABD'de kurulmuş, uluslar arası çalışan bir yapıdır. Danışmanlık ve standardizasyon hizmetleri veren bu kurum KAK'ın altında kurulmuş olan bir organizasyondur (TJR, 2013).

³³ İngilizce adı Joint Commission Resources (JCR) olan, uluslar arası çalışan ve KAK'ın altında 1986 yılında kurulmuş olan bir organizasyondur. Bu kurumun amacı hastalara daha emniyetli ve kaliteli bir hizmet sağlanması için sağlık kurumlarına geliştiricinin bilgi sağlamaktır. (TJR, 2013).

³⁴ İngilizce adı National Center for Missing & Exploited Children (NCMEC) şeklinde olan kuruluş 1984 yılında ABD'de kurulmuş olup, ABD'de çocuk kayıpları ve suiistimallerinin önüne geçme amacıyla çalışan bir kurumdur.

özellikle hastanelerden kaynaklanan bu gibi olayların sayısı UKİM'den dolayı giderek azalmaya başlamıştır. Sağlık Güvenliği yöneticileri unutmamalıdır ki hastaneden eve giden ve ayrıca orada bakımı devam eden çocukların güvenliği de yadsınamayacak kadar önemlidir.

2.2.3.2.3. İş Sağlığı ve Emniyeti Kurumu (İSEK)

İş Sağlığı ve Emniyeti Kurumu (İSEK)³⁵ ABD Çalışma Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan bir kurumdur. KAK konu olarak hasta güvenliği üzerine eğilirken İSEK'de çalışan güvenliği üzerinde durmaktadır. 1970'te kurulan İSEK çalışanların iş ortamlarında standartlar belirlenerek daha emniyetli ve güvenli hale gelmesini sağlayamaya çalışmıştır (US Department of Labour, 2013).

2.2.3.2.4. Amerika Sağlıkta Düzenleme ve Kalite Konsorsiyumu (ASDKK)

Amerika Sağlıkta Düzenleme ve Kalite Konsorsiyumu (ASDKK³⁶) ABD'de hizmet veren ve ilk defa 1965 yılında imzalanan ve sürekli geliştirilen (CMS, 2014) ASDKK'nin etkisi daha çok sağlık kuruluşunun alanın güvenliğidir. Özellikle sağlık hizmetinin verildiği yerleri etkileyen güvenlik olayları ile ilişkili değildir.

ASDKK temel olarak sosyal güvenliğin bir parçasıdır. Bu kuruluş herkese doğru olan hizmeti her zaman verme vizyonunu gerçekleştirmeyi ve bütün bunları düzenleyici ve uygulayıcı yaptırımları getirir. Sağlık kurumlarında bulunan fiziksel kısıtlamaları azaltmak ASDKK'nin en önemli atılımlarından olmuştur (CMS, 2014).

2.2.3.2.5. Uluslararası Sağlıkta Güvenlik ve Emniyet Kurumu (USGEK)

Uluslararası Sağlıkta Güvenlik ve Emniyet Kurumu (USGEK) 37 Bu kurum sağlık hizmeti veren kuruluşların güvenliğinin kapsamını şekillendiren, belirleyen ve etkileyen esas kuruluştur. USGEK, sağlık kurumlarında emniyet ve güvenlik yönetim ve idaresi konularına özel olarak odaklanmış tek kurumdur. Kurum, sürekli değişen sağlık çevresine yönelik bu değişimleri karşılayacak eğitim ve yetkilendirme programları hazırlamaktadır (IAHSS, 2012). 1968'te "Uluslararası Hastane Güvenliği Derneği" olan

³⁵ İngilizce adı The United States Occupational Safety and Health Administration (OSHA) şeklinde olan kurum 1970 ABD'de kurulmuştur. Bu kurum çalışan emniyeti alanında ABD ve Avrupa'da hizmet veren devlete bağlı bir kurumdur.

³⁶ İngilizce adı Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) olan kurum ilk defa 1965 yılında hizmete sokularak ABD'de sağlık hizmetlerinin etkin olarak verilmesinde rolü olan düzenleyici ve kontrol edici bir devlet organıdır (CMS, 2014).

³⁷ İngilizce adı The International Association for Healthcare Security and Safety, (IAHSS) şeklinde olan kurum 1968 yılında faaliyetlerine başlamıştır. Merkezi ABD'de olan kurum sağlık güvenliği ve emniyeti alanında eğitici ulusal ve uluslararası eğitimler veren bir kurumdur.

kuruluş 1990’da “Uluslararası Sağlıkta Güvenlik ve Emniyeti Kurumu” haline gelmiş özel ama kar amacı olamayan bir kurum olmuştur. İlk defa 1968’de yapılan bir konferansta güvenlik fonksiyonlarının neler olduğu ve hastane güvenliği bölümünde bunların nasıl olması gerektiği ile ilgili bir uzlaşmaya varılmıştır.

Bu kurumun genel olarak tarihine bakıldığında sağlık güvenliğinde zaman boyunca kesin olan fonksiyonların belirlenmesi ve bunların işlevleşmesi ve bunlara yeni sorumluluk alanlarının eklenmesi şeklinde olmuştur. Bu kurum sağlık çevresine ait kendine has hassasiyetleri ve riskleri olduğunu kabul ederek yaklaşık 1800 üzerindeki çalışanıyla sağlık güvenliği programlarının yönetimlerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca sağlık güvenlik personeli eğitim programları, yönetim düzeyinde elemanların akredite edilmesi ve sağlık güvenliğinin gelişimi açısından çok etkin bir kuruluştur. Bu kurumun Sertifikasyon Komisyonu, Eğitim Komisyonu, Dış ilişkiler Komisyonu ve üyelik komisyonları 2007’de kurulmuştur. USGEK’in güvenlik ilkeleri (mevzuatları) sağlık güvenliğini daha ileriye götürmede önemlidirler. Bu ilkeler bütün genel olgulara uygulanabilir bir şekilde hazırlanırken tabii ki uygulamalarda kurumdan kuruma değişiklikler olmaktadır (IAHSS, 2006).

2.2.3.2.6. Amerikan Endüstriyel Güvenlik Kurumu (AEGT)

1955’te kurulan Amerikan Endüstriyel Güvenlik Kurumu (AEGT)³⁸ 38000’den fazla üyesiyle dünyanın en büyük güvenlik elemanı kurumudur (ASIS, 2013). Kurumun 31 ayrı gönüllü konseyi vardır. Bunlardan birisi de sağlık güvenlik konseyidir/kuruludur. Bu kurumun amacı en iyi uygulamalarla (fiziksel güvenlik, personel ve örnek politikalar ve prosedürleri de içeren) ilgili bilgi ve güvenilir kaynak sağlamaktır. Buna göre,

- İşin devamlılığı,
- İş devamlılığı yönetimi,
- Esas güvenlik personeli,
- Fiziki güvenlik tedbirleri,
- Fiziki güvenlik tedbirleri yönetimi,
- Genel güvenlik riski değerlendirme,
- Var olan bilginin korunması,
- Önden geçmiş izleme,

³⁸ İngilizce adı American Society For Industrial Security, (ASIS) olan kurum 1955 yılında ABD’de kurulmuş ve ABD’de endüstri çalışanları güvenliği alanında çalışmaktadır.

- Özel güvenlik personeli seçimi ve eğitimi,
- Risk değerlendirmesi,
- Güvenlik, hazırlıklı olma ve devamlılık,
- İş yeri şiddeti önleme ve tehdide tepki geliştirme durumları (ASIS, 2013) söz konusu olabilmektedir.

2.2.3.2.7. Ulusal Yangın Koruma Kurumu (UYAKK)

Ulusal Yangın Koruma Kurumu (UYAKK)³⁹ 1896'da kurulan ve kar amaçlı olmayan, kural ve standartlar oluşturarak yangınlar ve öteki zararlardan kaynaklanan yükleri azaltmak amacı ile kurulmuştur. 70000'den fazla ve 100 farklı ulustan bireysel üyesi olan ve 80'den fazla ticari ve profesyonel organizasyonu içinde barındıran bir kuruluştur (NFPA, 2013). Sağlık güvenliği açısından bakıldığında bu kurumun 101 Nolu kodu KAK ve ASDKK tarafından referans kabul edilerek uygulanmaktadır.

2.2.3.2.8. ABD Güvenilebilir ve Taşınır Sağlık Sigortası Kanunu

Hastane güvenliği denilince bütün ülkelerde olduğu gibi ABD'de akla hasta güvenliği gelmektedir. ABD Güvenilebilir ve Taşınır Sağlık Sigortası Kanunu (GÜTASSK)⁴⁰ yasası 1996 yılında Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı tarafından ABD'de yürürlüğe konan bir yasadır. Yasanın sağlık kuruluşları tarafından oluşturulan, yazılan ve aktarılan kişisel sağlık bilgilerinin güvenli ve emniyetli bir şekilde korunması ve paylaşılması ile ilgilidir. Bilgisayarlar, dijital kopyalama aletleri, internet ve intranet yapısının oluşturduğu kişisel sağlık bilgilerinin (KSB) olduğu kaydetme alanlarıdır. Bu yönüyle bilgi kaydı ve paylaşımında bu verilerin emniyette ve güvende tutulması bu kanuna göre ayrı bir önem kazanmaktadır.

GÜTASSK şahsi mahrumiyet (Privacy Rules) ve güvenlik (Security Rule) den farklıdır. Bu hastanın hem bireysel bilgisinin korunmasının hem de güvende tutulmasının sağlanması konusunu gerektiren ve içinde risk yönetimi, güvenlik ve bilgi teknolojilerini içeren çoklu bir bilimsel yaklaşımı gözeten bir kanun içeriğidir. Sağlık kuruluşunun güvenlik fonksiyonu kişisel bilgiyi fiziksel olarak korumak ve dijital güvenliği sağlamak gibi unsurlardan oluşmaktadır. Yapılan koruma faaliyetlerinin yerine getirilmemesi durumunda da sağlık kuruluşunun cezalandırılmasını gerektirir. ABD'de bu kanunun

³⁹ İngilizce adı National Fire Protection Association (NFPA) şeklinde olan ve 1896 yılında kurulmuş olan kurum, ABD'de çıkan yangınların azaltılması ve engellenmesi alanında hizmet vermektedir.

⁴⁰ İngilizce adı The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) şeklindedir. Bu yasa ABD sağlık hizmeti alan hastaların kişi mahremiyeti gibi haklarını devlet güvencesine almaktadır

olması hastalar ve hastaneleri sürekli yasal olarak karşı karşıya getirmiş ve hastanelere çok ciddi maddi yükler yüklemiştir (Colling & York, 2010).

2.2.4. Hastane Güvenliğinde Temel Güvenlik Tehditleri

Button'un Cohen'den aktardığına göre (2008), göre suçun işlenebilmesi için üç önemli unsur vardır. Bunlar;

- I. Suçu işlemeye kararlı birinin olması,
- II. Suç işlemeye müsait bir kurban veya mekân,
- III. Yeterli güvenlik korumasının olmamasıdır.

Bu sınıflandırmaya bakıldığında kurumlarda güvenlik konusunda bulunan boşluklar ve zaafılar güvenlik hassasiyetlerini oluşturmaktadır. Bu tür durumların varlığı kurumlara yetkisiz müdahaleleri doğurmaktadır. Bu yönüyle bakıldığında hastanelerin yapısının iyi analiz edilmesi, tehdit oluşturan güvenlik zafiyetlerinin tespitini kolaylaştıracaktır (Vellani, 2006). Fredrick G. Roll (2006), hastanelerde bulunan genel güvenlik problemlerini şöyle sınıflandırır;

- I. Hastanelerde yaşanan şiddet olayları,
- II. Hastane yerleşkesinin kuruluş yapısından kaynaklanan problemler,
- III. Giriş kontrolleri / ziyaretler,
- IV. Bebek/çocuk kaçırımları,
- V. Terörizm, şeklinde ifade edilir.

Fakat gerçek anlamda durum burada görüldüğü gibi değildir. Her ne kadar bu şekilde bir güvenlik tehditleri sınıflandırılması olarak yapılmış olsa bile bunu yeterli görmek doğru olmayabilir.

Bir hastanenin güvenlik sisteminin kuruluşu, o hastanede yaşanan ve kayıt altına alınarak değerlendirilmiş olan tehditlerin tipleri ve verdikleri zararın derecesi ile görülme sıklığının belirlenmesi ve ortaya çıkan sonuçlara göre program oluşturmaktan geçmektedir. Hastanelerdeki muhtemel hasar analizleri çoğunlukla hastane yönetimi tarafından yapılmaktadır. Bu analizlerde genelde kurumda meydana gelen olaylar göz önünde bulundurularak vaka tabanlı seyredilir ve muhtemel zararlar bu şekilde analiz edilerek tahmin edilmeye çalışılır. Güvenlik riskleri analiz edildikten sonra, gerçekleşme sıklıklarına göre ve bu sıklıkları (muhtemelen) etkileyebilecek olan olayların olduğu yerlere göre sınıflandırılırlar. Güvenlik olaylarının risklerinin en son olan olaylara göre

değil, metotlu bir Şekilde (geçmiŐten itibaren sistematik bir biçimde kayıt altına alınarak) analiz edilmesi gerekmektedir. Russel (2010) bu g¼venlik tehditlerini daha da geliŐtirmiŐ ve ayrı başlıklar altında ve daha geniş bir perspektifte ele almıştır. Çalışmanın bu b¼l¼m¼nde ele alınacak olan hastane g¼venlięi riskleri ve etkiledikleri unsurlar Şekil 7 de ¼zet olarak da ortaya konulmuştur.

Şekil 35 Hastane Güvenlik Riskleri ve Etkilediği Faktörler

| Hastane Temel Güvenlik Tehditlerinin Etkileri | | | | |
|--|---------------|----------------|----------------|-----------------|
| Temel Güvenlik Tehditleri | Can Güvenliği | Bina Güvenliği | Eşya Güvenliği | Bilgi Güvenliği |
| Sentinel Olaylar | X | | | |
| Karışıklıklar- Huzursuzluklar | X | X | X | |
| Saldırıları | X | X | X | |
| Cinayetler - Hastanede Öldürme olayları | X | | | |
| Mülkiyete Zarar Verilmesi (Vandalizm) | X | X | X | X |
| Hastanelerde Uzaktan Takip Faaliyetleri | X | | | |
| Rehin Alma ve İnsan Kaçırma Olayları | X | | | |
| Hastanelerden Kaçan Hastalar | X | X | X | |
| Hırsızlık Olayları | | X | X | X |
| İlaçların Kötü niyetli Kullanımı | X | | X | |
| Devlet Mahmı Kötüye Kullanma ve Faydalanma (DMKK) | | X | X | X |
| Kimlik Hırsızlığı (Şahsi Bilgilerin Çalınması) | | | X | X |
| Rüşvet ve Sahtecilik | | | X | X |
| Kumar oynama | | | X | |
| Terörizm | X | X | X | X |
| Bomba Tehditleri | X | X | X | X |
| Yangın, Kundaklama ve Patlamalar | X | X | X | X |

Sağlık sektöründe ve özellikle hastanelerde görülen sentinel olaylar hastalar için yaşamı tehdit eden veya temel yaşamsal hasarlar bırakan veya ölümlü sonuçlanan hastane vakaları olarak tanımlanmaktadır (Health Quality & Safety Commission, 2012). Zaten belirli sağlık problemleri ile hastaneye gelen hastaların yanlış (genellikle art niyet içermeyen ama ihmalkâr veya dikkatsiz) müdahaleler neticesinde ya da kasıtlı olarak yapılan kötü niyetli müdahaleler sonucunda kalıcı bir hasarla geri dönmeleri ve bunun ötesinde de yaşamlarını yitirmeleri hastane güvenliğinin gözden kaçmaması gereken bir durumdur. İşte bundan dolayı KAK sentinel olayların rapor edilmesi için sürekli olarak akredite kuruluşlarını teşvik etmiştir. Bununla, hastanelerde olan vakalar ciddiyetlerine, yinelenme sürelerine göre kaydedilerek, bu olayları engelleyici standartlar getirilmesi

hedeflenmektedir. Nitekim son yıllarda bu olayların rapor edilme sayısı oldukça artmıştır. Bu faaliyeti yapan KAK temel olarak;

- Hasta tedavisini olumlu yönde geliştirme,
- Meydana gelen olayların yinelenmesini engellemek için çözümler arayarak standartlar getirme,
- Bu olayların nedenleri, korunma stratejileri hakkında genel bilgiyi arttırma,
- Komisyonunun kurum çalışma izni (akreditasyon) süreci içindeki kişileri rahat ve güvende hissettirmektir.

Aslında sağlık kurumlarında meydana gelebilecek güvenlik tehditleri toplumda meydana gelen bir çok güvenlik olayını kapsamaktadır. Bunlar saldırı, kavga, şiddet , mülkiyete saldırı, adam kaçıрма, rehin alma, terörist saldırı, hırsızlık, rüşvet gibi can ve mal güvenliğini tehdit eden olaylardır. Bunlara özetle bakılacak olursa;

1- Sentinel olaylar incelenmesine ve raporlarına göre ikiye ayrılır. KAK tarafından incelenebilen/gözlenebilen ve sadece organizasyonlara özel sentinel olaylar vardır. KAK'ın sentinel olayları beklenmedik ölüm ya da kalıcı hasarla neticelenen ve KAK tarafından belirtilmemiş ve herhangi bir kalıcı zararı olmayan olaylar olarak iki alt başlıkta toplanır. Sağlık kurumu bu faaliyetini yazarak ortaya koyar. Bu raporda olayın, esas nedenini, analiz raporunu ve uygulama planını içeren olayın olduğu ve/ya olduğunun fark edildiği 45 gün içinde hazırlanan raporu KAK sunmakla görevlidir. KAK daha sonra bu olayın analizinin ve planlamasının kabul edilebilirliğini değerlendirecektir (TJR, 2013). Aksi durumda kurum görevini yerine getiremediğinden dolayı gözetim altına alma sürecine girer.

2- Kurumda yaşanan karışıklıklar ve huzursuzluklar çevrenin olağan huzurunu bölmeye yönelik kişi ya da bireylerin oluşturduğu grupların yaptığı müdahalelere denir.Önemli risk olayları içine giren huzursuzluklar genellikle sözlü olarak başlar saldırı ya da mülkiyete zarar verme (Vandalizm) durumuyla sonuçlanır. Bunlar hastane içinde ya da dışında hasta ya da yakınlarının veya hastane ziyaretçilerinin niteliklerine ve buldukları sosyolojik geçmişlerine göre değişiklik arz etmektedir. Genellikle saldırılar çalışanlara, hastaya veya ziyaretçilere yönelik gerçekleşirken bu olaylar çoğunlukla hastane park yerlerinde, hastane (bekleme) lobilerinde ya da hastanede sağlık hizmetin sağlandığı yerlerde gerçekleşebilmektedir. Olayların en yaygın yaşandığı yerlerden biri ayakta hastaların

tedavi gördüğü acil servislerdir. Yoğun hasta kabul eden hastanelerde bu tür olaylar günlük denecek bir sıklıkta yaşanmaktadır. Hastaneye getirilen adli vakalar, alkolikler ve uyuşturucu kullanıp bunun etkisi altında olanlar ya da akli sorunları olan hastalar sağlık kurumlarında daha fazla sorun çıkarma eğilimindedirler. Bu olaylar özellikle aşırı hasta yoğunluğu olan kalabalık hastaneler ve genelde büyük yerleşim yerlerinde bulunan hastanelerde meydana gelmektedir. Bu durumdaki hastaneler bu şekildeki güvenlik hassasiyetinden dolayı saat güvenlik personeli bulundurmaktadırlar/bulundurmamak zorundadırlar. Genelde olay çıkaranlar sadece hastalar değildir. Hasta yakınları da ciddi bir oranda sorun çıkaran kişiler arasındadırlar. Hastanelerde karışıklığa yol açan ya da şiddete eğilimi olan hasta ve yakınlarının ilk muhatapları hastanelerde kayıt-kabul yapan personel ve ilk müdahale için yardımcı olan sağlık memuru ve diğer sağlık personeldir. Hastane veya sağlık kuruluşunda hastalara zamanında yapılmayan müdahaleler, hasta veya hasta yakınlarına eksik ya da zamanında veril(e)meyen bilgilendirmeler veya uygulanan eksik ya da yanlış müdahaleler çıkan bu sıkıntıların esas nedenleri içerisinde. Hastanelerde yaşanan küçük çaplı olaylarda fiziksel saldırı ya da mülkiyete zarar verilme olayları yaşanabileceğinden hasta/hasta yakınları eğer zamanında ve yeterli bilgilendirme yapılabilirse ve gecikmeden haberdar edilebilirse sorunlar çok daha rahat ortadan kaldırılabilir. Şiddete en çok maruz kalan personelin bu konuda eğitilmesi ve iletişimin kalitesini arttıracak yollar seçmesi gerekmektedir (Yakut, Yalçın, & Çift, 2012). Hastanelerde ortaya çıkan karmaşıklıklar içinde suç oluşturan fiilleri oluşturanların büyük bir kısmı hastanelere ve olayların çıktığı yerlere yetkisiz bir şekilde giren şahıslar oluşturmaktadır (Aldridge, 2013). Yine, hastanede meydana gelen bu tür problemlerin kaynağı genelde hastanın yanında gelen ve hastaya çok kıymet veren erkek ya da kız arkadaşı, anne babası veya yakın bir akrabasıdır. Eğer hastane personeli daha dikkatli olursa ve önceden güvenlik olarak tedbir alınabilirse olaylar ciddi bir hal alamadan önlenir.

3- Saldırıları, kanuni olmayan ve karşıda bulunan şahsı darp etmek ya da darp etme niyetiyle ona saldırmak eğiliminde bulunma olarak tanımlanabilir. Yapılan bu saldırılar fiziksel saldırı ve cinsel saldırı olarak ikiye ayrılabilir. Fiziksel saldırı basit bir yaralamadan ölümcül bir zarar vermeye kadar değişkenlik gösterebilir. Saldırıları genel olarak sözlü saldırıdan fiziksel darbe ve hatta tecavüze kadar çeşitlilik arz etmektedir. Örneğin koma halinde bulunan çocukların (bile) ya da çocuk servisinde

yatan çocuk hastaların pornografik amaçlar için kullanılması, bakımevlerinde veya geriatri bölümlerde yatan yaşlı hastalara uyuşturucu ilaç verilerek sürekli uyutulması, sözlü olarak saldırılması veya dövülmesi, hatta diş hekimi koltuğunda tecavüze uğrayan hastalar saldırıların ne kadar farklı olabileceği hususunda bize bilgi vermektedir (Washington State Hospital Association, 2010). Hastanelerde sürekli yaşanan ve ne yazık ki kayıt altına alınmayan ve hukuki boyuta ulaşmayan ancak özellikle personel ve diğer şahıslar üzerinde travmalara yol açan olaylar, hastaneler tarafından ihmal edilebilmektedir. Saldırıya uğrayan kişiler her zaman hastalar değildir. Özellikle hasta/hasta yakını tarafından sağlık personeline yapılan saldırılar, ya da destek sağlık hizmetlerinde çalışan ve çalıştığı yer bakımından hastanenin gözden uzak noktalarında çalışan bireyler saldırıya açık durumda ve genelde de saldırıya maruz kalabilmektedirler. Örneğin gece vakitlerinde ve herkesin olmadığı bölümlerde iki kişinin (hemşire gibi) çalıştığı bir bölümde çalışanlardan birinin lavaboya gitmesi veya yeme çıkması gibi durumlarda yalnız kalan diğer sağlık personeli tehdit altına girebilmektedir. Örneğin; Gambiya’da sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada çalışanlara yönelik saldırı ve hırsızlık fillerinin gece vakitlerinde olduğu ifade edilmiştir (Cole-Ceesay, 2010). Sağlık çalışanlarına yapılan saldırılar bütün klinik ve bölümlerde ve bütün personel için söz konusu olabilmektedir. Bu saldırıları psikolojik, sözel, fiziksel ve cinsel şekilde sıralayabiliriz. Bunları psikolojik ve fiziksel sonuçları olan şiddet davranışları olarak ta nitelendirebiliriz (Yakut, Yalçın, & Çift, 2012). Sağlık kurumları ve özellikle ABD’de bulunan hastaneler cinayetlerin sıklıkla yaşandığı yerlerdir. Ülkemizde de artan şiddet olaylarında cinayetlere rastlanmaktadır (TBMM, 2013). Hastanelerde anestetik ilaçların cinayet işlemek için kullanılması özellikle ünlü pop yıldızı M. Jackson’un ölümü ile de gündeme gelmiştir. Bu ilaçların etkileri suç işleyen bireylerin de dikkatini çekmektedir. 1999-2005 yılları arası hastane de zehirlenme yoluyla yapılan cinayetlere bakıldığında anestetik ilaç kullanımının sürekli arttığı ve bu zehirlenmelerin % 65’nin de bundan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Johnstone, Katz, & St, 2011). Hastaneler işlenen cinayetlere bakıldığında bunları işleyen bireylerin psikotik özellikler taşıdığı görülmektedir. Ancak bu bireyler daha öncesinden herhangi bir belirti veya vaka geçmişi ilk durumu ortaya koymadıklarından bu tarz bireylerin tespiti zor olmaktadır (Tanay, 2007). İngiltere de yayınlanan bir rapora göre hastanelerde yaşanan cinayetlerin oranlarında sebebi her ne olursa olsun 1989’dan bu

yana bir azalma eğilimi bulunmaktadır. (Office for National Statistics, 2013). Bütün bu veriler hastanelerde yaşanan intihar ve cinayet olayları ile ilgili alınan tedbirlerin yaşanan olaylar üzerinde etkili olduğu ve ortaya çıkan vaka sayısını azalttığı görülmektedir.

4- Mülkiyete zarar verilmesi (vandalizm) genellikle kasti ve art niyetle mülkiyete, binalara ve donanımlara zarar verme haline denilmektedir. Genel olarak bu suç, yasal olmayan, mülkiyete saldırı ve asayiş ve düzeni bozma amacıyla yapılabilmektedir (Scott, La Vigne, & Pal, 2007). Mülkiyete zarar verme hastaneler için sürekli tehdit olan bir durumdur. Sürekli hizmet vermek zorunda olan ve bu zorunluluk sonucu sürekli açık olan sağlık kurumlarında bu olayların ne zaman, nerede, nasıl olacağını tahmin etmek oldukça zor bir durumdur. Bu tür olaylar özellikle hayati öneme sahip olan laboratuvarlar, değerli ve pahalı ilaçların bulunduğu hastane depoları ve eczaneleri, kan bankalarının bulunduğu yerler de olabilir (Zane, Biddinger, & Andre, 2000).

5- Hastanede uzaktan takip faaliyetleri, bazı bireylerin daha önce ilişkide bulunduğu ya da takıntılı duygular nedeni ile (bu meşhur bir kişiye takıntılı olma durumu da olabilir) hastane kayıtlarına ulaşarak başka şekillerde de o kişinin hastanede olduğunu öğrenmesi ve onu takip yoluyla ilgili bireyi bulma ve sürekli bu bireyi takip ederek rahatsız etmek olarak ifade edilebilir. İzleme; telefon, mektup ya da elektronik gibi farklı iletişim yolları ile olabilir. Hastanelerde çalışan hemşireler üzerine yapılan bir araştırmaya göre hemşirelerin daha ilk yıllarından başlamak üzere sorunlu hastalar tarafından takip edildikleri görülmüştür. Hastaların sağlık personelinin özellikle hastane içinde bulunan aileler de dâhil olmak gibi tehdit etmeleri ve dışarıda takip etmeleri gibi durumlar elde edilen sonuçlar içerisinde olmuştur (McKenna, Poole, & Smith, 2003).

6- Rehin alma ve insan kaçırma olayları, daha çok çocukların yoğun olarak bulunduğu, doğum klinikleri, pediatri ve yeni doğan bölümlerinde, bazen yabancı kişiler tarafından bir çocuğun ya da bebeğin kaçırılması, bazen de aile fertlerinden birinin kendi bebeği ya da çocuğunu kaçırmalarıyla ortaya çıkmaktadır. Hastanelerde çocuk kaçırma işini genellikle kadınlar yapmaktadırlar. Kaçırma olayını yapan ve çoğunlukla 12-50 yaşları arası olan kadınlar genellikle kaçırma olayının yaşandığı ikamet alanında yaşamakta ve kaçırma olayının yaşandığı yere sıklıkla girip çıkmaktadırlar (Burgess, Carr, & Nahirn, 2008). Kaçırma olayı aile dışında yabancı

başka bir birey tarafından yapılırsa, bu durum hastane yönetimi için hem yasal açıdan hem de itibar açısından ciddi bir durum oluşturmaktadır. Hastanelerde bulunan kimsesiz bebek ya da çocuklar kaçırılma tehdidi altında olan çocuklardır. Günümüzde yapılan terörist saldırıların hedefi özellikle insanların toplu olduğu okullar, tiyatrolar ve hastaneler gibi sosyal alanlardır. Bu yerlerde insanlar toplu olarak rehin alınabilmekte ve çok ciddi fiziksel saldırılar olabilmektedir. Rehine olayları yaşanan durumlarda ciddi yaralanmalar ve hatta ölümler de yaşanmaktadır. Özellikle toplu rehine alma olaylarının ne kadar süreceği konusu da oldukça önemlidir. Yaşanan bu olaylar bazen günlerce sürebilmektedir (Allison, 2010).

7- Hastaneden kaçma olayları; hastane yetkililerinin izni olmadan bazen mantıklı bir nedenden dolayı bazen de akıl hastalarının özellikle hiçbir neden olmadan hastaneden tedaviyi yarım bırakarak kaçma olarak ifade edilmektedir. Bu tür olaylar, hastanelerde sıkça yaşanan olaylardandır. Özellikle akli sorunları olan hastaların hastanelerden kaçmaları ciddi güvenlik problemlerine yol açabilmektedir. Ayakta ya da yatan hasta, birinci derece ya da ikinci derece sağlık destek personeli olsun bütün herkes hastanenin koruması ve sorumluluğu altındadırlar. Yine, Alzheimer hastaları gibi hastalar da hastaneden kaçma veya ilgisiz alanlarda gezinme gibi güvenlik tehdidi oluşturan yüksek risk grubu hastalara girmektedir (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012). Farklı özel amaçlarla hizmet veren sağlık kurumları ciddi bir biçimde, hastaneden kaçma güvenlik riskinin tehdidi altındadır. Hastaneden kaçmanın hem hastaya zarar gelmesi hem de sağlık kurumuna fazladan maddi yükü getirmesi gibi önemli sorunlara yol açtığı bilinmektedir (Carroll, 2009).

8- Hırsızlık her ne kadar ölümcül olmayan bireysel suçlar kapsamına girse de (Walters, Moore, & Be, 2013) silah kullanarak hırsızlık yapılması, özellikle sağlık kuruluşlarında eczanelerde, uyarıcı ve uyuşturucu ilaçların bulunduğu yerlerden uyuşturucu ilaç alabilmek için yapılmaktadır. Bununla beraber hastanede kasaların bulunduğu tahsilât yapılan yerler veya yine paraların bulunduğu hastane kantin veya kafeteryaları gibi sosyal hastane ortamları da silahlı soyguncuların hedefleri arasında bulunmaktadır. Yine acil müdahale odaları, hemşire odaları bu tür tehlikelerin tehdidi altında bulunan yerler olarak bilinirler. Hastanelerde soygunlar genel olarak hastane ilaçlarının bulunduğu eczane gibi yerler hedefteki yerler gibi düşünülse de özellikle ameliyathanelerde bulunan narkotik ilaçlar ya da büyük ya da küçük miktarda olsun paranın bulunduğu ve toplandığı vezne gibi yerler de soyguncular için önemli

yerlerdir. Hastanelerde soyguncular için hedefte olan birçok alan ve yer söz konusudur. Bunlar ameliyathaneler, depolar ve odalar, sağlık hizmetlerinin verildiği ve değerli ve bireysel malzemelerin bulunduğu yerler gibi (Sharma & Singh, 2000). Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda, sağlık kurumlarında paranın yoğun olarak geldiği yerlerde nakitle değil de kredi kartı ödemesi almak gibi yollar takip edilirse hırsızlık durumlarında ortaya çıkabilecek zarar ve riskler nispeten daha da azaltılabilecektir. Hastanelerde bulunan eczane, ameliyathaneler, depolar ve odalar, sağlık hizmetlerinin verildiği ve değerli ve bireysel malzemelerin bulunduğu yerlerin hem fiziki hem de elektronik gözlem ve takip yollarıyla 24 saat teknik araçlar ile gözlem altında olması hastanelerde soygun olaylarının oldukça azalmasına neden olmuştur. Doktor ve diş hekimlerinin muayenehanelerinde bulunan, kuruma ait ya da bireysel bilgisayarlar, ya da para ve bazen de bu yerlerde bulunan medikal aletler soyguncuların hedefinde olmaktadır. Sadece tıbbi pahalı aletler değil, hastanede bulunan her türlü malzeme (bakır kablolar bile) hastanelerde çalınan eşyalar içine girmektedir. Park alanları da soyguncuların ilgisini çeken yerlerdendir. Bu alanların güvenlik anlamında çok iyi korunması gerekmektedir. Özellikle çalışanların ve hastaneye dışarıdan gelen kişilerin araçları, bu araçların içinde bulunan kıymetli eşyalar soyguncular için iştah kabartan, kimsenin ortamda bulunmadığı için kolay şekilde soygun yapılabilecek ortamlardır (Prenzler, 2009). İlaçların doktor ya da yetkili bir kurumun izni ve önerisi olmadan sağlık personeli tarafından kendi şahsi amaçları için kullanılması durumuna ilaçların kötü niyetli kullanımı denir. Yine tedavi amacının dışında yasal olarak bulunması zor olan kokain ve eroin gibi uyuşturucuların yerine reçetesi olan ve yasal olarak izin verilen ilaçların benzer kötü amaçlarla kullanılması da aynı durumu ifade eder. İlaçların yasal olmayan yollarla bulunması ve bu ilaçları yazan sağlık personelinin yine normalin dışında yüksek rakamda reçetelerle veya boş reçeteler yazarak bu ilaçları ticari amaçlarla kendilerine veya başkalarına kullandırmaları ilaçların kötü niyetli kullanımını yapılan bütün kontrollere rağmen hala yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Kraman, 2004).

9- Hastane güvenliği konusunda çok önemli ve dikkat edilmesi gereken durumlardan biri de ilaçların kötü niyetli kullanımınıdır. İlaçlarının sağlık personeli tarafından kötü niyetle kullanımı hastanelerde meydana gelen en yaygın güvenlik olaylarından birisidir. İlaçların temini nispeten daha kolay olduğundan sahte reçete kullanma, gereksiz olsa bile reçeteye yazma veya gereğinden fazla miktarlarda

yazma veya çalma eylemleri ve yapılan bu suçun takibinin kolay olmayışından dolayı bunu yapan şahısları bu eylemi yapmaya itmektedir (Health Canada, 2006). Burada önemli olan aşırı bir şekilde ilaç kullanan hastane çalışanlarının hastalar için de güvenlik açısından tehdit oluşturmasıdır. Her ne kadar hastanelerde ciddi kontrol sistemleri uygulanıyor olsa da bu tür olaylar hala ciddi düzeyde bulunan olaylardan olduğu düşünülmektedir. Hastanelerde hastane çalışanları arasında anestezi ilaçlarının gayri meşru amaçlar için kullanımı da ayrı bir güvenlik konusudur. Hastanelerde çalışan doktor ve hemşirelerin kurumun bünyesinde bulunan narkotikleri kullanmaları bilinenin çok daha üzerinde olduğu düşünülmektedir (Colling & York, HHS, 2010, s. 58-59). Anestezi ilaçlarının dışında uyuşturucu veya yatıştırıcı etkisi olan narkotiklerin yasadışı kullanımı ve ticari amaçlar için satılması da yaygın olan kontrollü ilaçların kötü niyetli kullanımı içerisinde değerlendirilmektedir (Kraman, 2004).

10- Devlet malını kötüye kullanma ve faydalanma (DMKK); bir kurumda yasal olarak yetkili olan şahıs ya da şahısların yine o kurumun mülkiyeti ya da maddi kaynaklarını suiistimal ederek hareket etmeleri anlamına gelmektedir. Araştırmalar göstermektedir ki yapılan DMKK kurumlarda çalışan, en iyi eğitimi almış, en güvenilir ve çalışkan çalışanlar arasında giderek artma eğilimindedir (Semrau, Scott, & Vian, 2008). Hastaneler çoğu zaman büyük miktarlarda tedarik yapan kurumlar haline gelmişler ve tedarik süreçlerinde standartların altında malların alınması veya günü geçmiş malzeme satın alınması gibi dolandırıcılık ve DMKK eylemlerinin tehdidi altına girmişlerdir. Yapılan bu DMKK gelişmiş ülkelerde büyük oranlarda maddi zararlara neden olurken gelişmekte olan ülkelerde temel sağlık hizmetlerinin verilmesinde aksamalar yaşanmasına neden olmaktadır. Yeni elektronik ve kayıt sistemleri her ne kadar bu problemi çözmüş görünse de bu problemler sağlık sektöründe ciddi bir sorun olarak devam etmektedir. Yapılan çalışmalarda bu tür sorunları tespit edilebilir olmasına karşın çoğunlukla yapan kişiler hakkında net bilgiler elde edilememesinden dolayı bu tip aslında toplum hayatında sosyal çöküntü olan durumları tespit etmek zor olmaktadır (Sayedoff, 2008). Bu olaylar çoğunlukla hastanelerin kafeteryalarında, para alış verişinin olduğu tahsilât veznelerinde gerçekleşmektedir. Kısacası paranın hastane içinde elden ele geçtiği yerlerde bu tür problemler yaşanmakta ve yaşanmaya da devam edecektir.

11- Bir bireyin kimliğinin, sosyal güvenlik bilgilerinin çalınarak başkaları tarafından kullanılması durumu kimlik hırsızlığı olarak ifade edilir. ABD’de her yıl 9 milyon kadar insanın cüzdanlarının çalındığı bilinmektedir. Çalınan cüzdanların bir kısmının bazı güvenlik faaliyetleri uygulayarak sorunu çözmelerine rağmen diğerlerinin ise bu olaylardan dolayı ciddi maddi zarara girdikleri, işlerinden oldukları ve ciddi sosyal itibar kayıpları yaşadıkları bilinmektedir (Colling & York, HHS, 2010, s. 61).Sağlık kurumları, hasta ya da ziyaretçilerin, personelin, hastaların ve hastane çalışanlarının özel eşyalarına (cüzdanları gibi) rahatlıkla ulaşabildikleri yerlerdir. Gözden kaçırılmaması gereken önemli bir diğer konu hastanede çalışanlar diğer hastaların kredi kartı, sosyal güvenlik bilgileri gibi her türlü özel bilgisine rahatlıkla ulaşabilmeleri bu durumun hastalar ve hastaneler için ciddi bir güvenlik zafiyeti ve sorununa yol açabileceğidir. Genelde hemşirelerin yerini alarak dolandırıcılık yapmak isteyen kişilere pek rastlanmasa da özellikle doktorların veya önemli sağlık personelin yerini alan dolandırıcılar da hastane güvenliğini tehdit etmeye devam eden bir tehlike olarak varlığını sürdürmektedir. Günümüz hastaneleri hastalarını daha fazla güvenli ve emniyette olmasını sağlamak amacı ile kamera, elektronik kart, akıllı kimlik kartları ve radyo frekans kimlikler (RFID) gibi değişik koruyucular ve olası suiistimalleri önleyici araçlar kullanmaktadırlar. Hastanelerin sürekli olarak halka açık olması bu kurumlarda hastaların ve çalışanların korunmasını sağlamak için birçok tedbirin alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bunun başında hastanelerin tedbir olarak kimlik kartı uygulaması yapması gelmektedir (Kennedy, 2006). Kimlik hırsızlığı ya da farklı bir ad kullanarak sahte kimlik kullanma durumunda, sağlık sektöründe çalışan bir personelin bilgileri kullanılırsa hastaların tüm özel ve resmi bilgilerine (sağlık kayıtları, vatandaşlık bilgileri, ailevi bilgileri, ticari bilgileri) rahatlıkla ulaşarak hem şahıs için hem de kurum için çok ciddi tehlike oluşturularak ekonomik kayıpların ortaya çıkmasına neden olunabilir. Sürekli olarak bilgi teknolojilerine yönelen sağlık sistemleri güvenlik tehditlerine açılarak yeni bir boyut kazanmıştır. Güvenliğini sağlayamayan kurumlar internet ve diğer sistemler yüzünden ciddi tehlike altında olan kurumlar haline gelmişlerdir. Artık suçlular kuruma fiziksel olarak girme ihtiyacı olmadan uzaktan da istedikleri kadar bilgiye sahte sanal kimlikler kullanarak ulaşabilmektedirler (Webb, 2007). Bu konun ciddi, önemli bir konu olduğunu düşündüğümüzden çalışmamızda diğer bölümlerde de ele alınacaktır.

12- Sürekli olarak tedarik yapmak zorunda olan hastane ve sağlık kurumlarında rüşvetin ve sahteciliğin olmaması pek düşünülemez. Sahtecilik bütün iş kollarında olduğu gibi hastanelerde de yoğun yaşanabilecek olaylar içindedir. Sahtecilik kurumlara pahalıya mal olmakta, özellikle de gelişmemiş ülkelerde temel sağlık hizmetlerinin aksamasına, gelişmiş ülkelerde de sağlık giderlerinin artmasına neden olmaktadır (Savedoff, 2008). İngiltere’de 2007 verilerine göre sahteciliğin ülke ekonomisine 14 milyar pounda varan zararı, tüm ABD’de ise bu oran yıllık 660 milyar dolara gibi bir maliyete yol açtığı görülmüştür. Dünyada 70000 üyesi olan ve sahtecilik karşıtı olarak çalışan Tescilli Sahtecilik Denetleme Kurumu’na (TESDEK⁴¹) göre sahtecilik yapanların genellikle kurumların muhasebe, operasyon, alım-satım, yönetici, üst düzey idareciler, müşteri servisi gibi bölümlerde çalışan personeller tarafından gerçekleştirildiği ortaya konmuştur. Bu suçu gerçekleştiren kişilerin %84’nün bu tür bir suça daha önce hiç karışmadıkları tespit edilmiştir, bu durumun böyle olması gayet normaldir, çünkü kurumlarda yapılan sahteciliğin maalesef en az yarısı kesinlikle bilinmemekte ve tespit edilememektedir. Yine TESDEK’e göre sahtekârlık yapmak yerel küçük farklılıkları olmasına karşın evrensel bir benzerlik gösteren sapkın bir davranıştır. Bu davranışın önüne geçmek için kurumlarda sahtekârlığa ve rüşvete karşı çalışanların ve yöneticilerin farkındalığının arttırılmasının hedeflendiği eğitimler verilmelidir. Personele neyin sahtecilik veya neyin rüşvet olduğu, rüşvet ve sahteciliğin nasıl yapıldığını ve kuruma nasıl bir maliyeti olduğu ve şüpheli işlerin nasıl rapor edilebileceği hususunda eğitimler verilmelidir (Association of Certified Fraud Examiners, 2013). Günümüzde çok sayıdaki sağlık kurumları ve kurumlarda yapılan finansal harcamalar, satın almaların ciddi maliyetleri sağlık personelinin rüşvet almasına da yol açmaktadır. Bu olayların kontrolü maalesef çok zordur. Bu durumlarda parayı alan ve veren kişiler kendi hesaplarına yaptıkları aktarımları, yapılan işlerin karmaşıklığına göre uydurarak tanımlanabilir olmaktan çıkarmaya çalışırlar. Genelde sağlık kurumları gereğinden fazla ve ihtiyaç olmayan miktarda malın hastaneye alınması veya bazı malların alınmış gibi gösterilmesi gibi durumlara maruz kalırlar. Bu tür yasadışı işlerde, genellikle küçük ama paravan bir şirket kurularak

⁴¹ İngilizce adı Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) olan kurum 1988 yılında kurulmuş olup ABD’de sahteciliğe karşı mücadele etmektedir.

bütün bu faaliyetler kurulan firma üzerinden işletilerek gerçek olmayan her şey bu firma üzerinden yapılır (Sayedoff, 2008).

13- Tehdit, bombalama riskleri ile ilişkili olan terörist eylemler olarak değerlendirilir, bu durumun genelde hastane ve sağlık kurumlarında az sayıda meydana gelen olaylardandır. Yine de sağlık kurumlarının terörist olaylara karşı hazırlıklı ve tedbirli olması gerekir. Hastanelere yönelebilecek terör saldırıları çok yönlü ve ciddi zararlara yol açabilir (Gillespie & Gatesa, 2011). Klasik terörist anlayışın da sadece yakalanma korkusu varken, modern terörizm anlayışında intihar saldırılarında olduğu gibi kendine zarar verme gibi bu olumsuz ve yasadışı davranışı daha tehlikeli bir boyuta taşıyan bir anlayış söz konusudur (Button, 2008).

14- Herhangi bir mülkiyete veya bireylere zarar vermek için bir patlayıcı maddenin kullanılmasıyla bombalama olayları ortaya çıkar. Terörizm ve bombalama olayları ceza kanunu ve diğer özel kanunlar ile özel olarak düzenlenmiş uygulamaların olduğu konular olarak bilinirler. Bombalama ve terörist saldırılar herhangi bir uyarı verilmeden veya görünür bir yapıda olmayan şekilde gelişirler. Bu tür tehditler için genellikle insanların yoğun olduğu çarşılar, kalabalık otobüsler, havaalanları ve hastaneler tercih edilmektedir (Macpherson & Pafford, 2013). Kalabalıklara zarar vermek isteyen canlı bombalar hastane sınırları içerisinde gerçekleşen ciddi tehditler arasında olduğunu ifade etmiştir. (Godlewski, 2011).

15- Aslında kasti olmayan yangınlar güvenlik değil emniyet tedbirlerinin yeterli alınmamasından kaynaklanmaktadır. Fakat yine de emniyet tedbirlerinin yeterli alınmaması bir güvenlik tehdidi oluşturmaktadır. Yangından en çok kaybın (maddi ve can olarak) olduğu yerler genelde bakımevleridir. Yapılan modern ve yangına dayanıklı binaların yangını engelleyeceği düşünülmekteyken bu yerlerde çıkan yangınlar durumun böyle olmadığını göstermiştir. Bakımevleri ve hastanelerdeki yangın güvenliği tedbirlerinin devlet tarafından belirlenip standartlara bağlanması önemli bir olgudur. Bütün bunlara rağmen bunun etkin bir biçimde ne yazık ki uygulanamadığı (Colling & York, HHS, 2010) bilinmektedir.

Amerikan Adalet Bakanlığı, Federal Suç Araştırmalar (FBI) raporuna göre hastanelere yönelik yapılan terörist 482 saldırıdan 33'ünde en çok kundaklama olaylarının yer aldığı bilinmektedir. En çok olan olayların dördüncü sırasında ise kundaklama veya şüpheli olaylar bulunmaktadır. Bu rapor bile hastanelerin kundaklamalara ne kadar açık olduğu gibi hastanelere en kolay zarar verme yolu

olduğunu bize göstermektedir. Hastanelerde yangına karşı güvenliğin yeterli olduğu düşünülse bile unutulmamalıdır ki yangınlara karşı kurulan sistemler birileri tarafından etkisiz hale getirilirse kundaklama olayları son derecede ciddi hasar veren güvenlik olayları olabilmektedir (Blackwell, 2006). Kundaklama hem hastane hem de orada bulunan sağlık personeli, hasta ve ziyaretçiler için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bu tür güvenlik olaylarının hastanelerde yoğun olarak yaşanmamasına karşın hastanelerde bulunan ilaç ve sarf malzemelerinin bulunduğu depolar, hastane çalışanlarının özel eşyalarının bulunduğu bölümler, hastane donanımlarının olduğu yerler, eşya yükleme noktaları ve tuvaletler bu tür olayların gerçekleşebilecekleri yerler arasında en önde gelenlerindedir. Bu tür güvenlik riskleri/tehditleri genelde hastane çalışanlarından, özellikle de memnuniyetsiz olan ve kurumda daha önceden çalışmış ve intikam almak isteyen eski çalışanlar tarafından gerçekleştirilebilmektedir (Colling & York, HHS, 2010, s. 59).

16- Hâlihazırda bulunan yönetime, devleti idare eden siyasi düşünceye, ya da yürürlükteki uygulamalara karşı bireylerin ya da grupların gerçekleştirdikleri olaylar olarak ifade edilen olaylara devlete muhalif-karşıt grupların çıkardığı olaylar denilir. Bu tür hareketler genelde hastane ya da sağlık kurumlarında gerçekleşmemektedir. Sağlık kurumlarında olan olaylarda çevrede bulunanlar, protestoya karşı koyanlar da protesto yapanlar gibi çoğunlukla etkilenmektedirler (Colling & York, HHS, 2010, s. 56).

17- Grev durumlarında ortaya çıkan güvenlik problemleri toplumsal olayların olduğu karışıklık zamanına benzerlik gösterilirler. Grevler, kurumun olağan işleyişini engellemeye yönelik olan veya engelleyen ve kuruma fiziksel olarak sabotaj, zarar verme ya da sağlık kurumunun işlerinin aksamasıyla mali zarar vermeyi amaçlama ya da sağlık kurumunda çalışan personele saldırarak onları huzursuz etme şeklinde de ortaya çıkmaktadır. Genelde hastane içinde verilen temel hizmetlerin veya dışarıdan alınan destek hizmetlerinin yerine getirilememesi ve sektöre uğraması, bireye ya da kurumun mülkiyetine zarar verilmesi, yapılan boykotlarla ve yönetime karşı gerçekleştirilen eylemlerle yine kurum içinde birbirine çalışanların birbirilerine zarar vermesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (Colling & York, HHS, 2010, s. 61).

18- Günümüzde eğitim, ticaret, güvenlik gibi bütün alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de bilgiler kayıt altına alınırken veya paylaşılırken çoğunlukla

dijital yollar tercih edilmektedir (Gelogo & Park, 2013). ABD’de 51 firmada yapılan bir araştırmaya göre kurumların bilgilerinin güvenliğini arttırmak için geçen her gün daha fazla para harcandığı tespit edilmiştir (Xerox Corporation, 2011).Kliniklerde hastanelerde olduğu gibi önemli ve gizli bilgilerin kaybı hastane güvenliğinin konuya yeterince önemi vermediği önemli konularından biridir. Hastanede kurum çalışanlarına ya da hastalara ait bilgilerin kaybolması veya kötü niyetle kullanılması hastane yönetimleri, diğer sağlık kuruluşlarındaki yöneticiler ve kurum tarafından ihmal edilen konular içinde yer almaktadır. Hastaların tıbbi geçmişlerinin kayıt altına güvenli bir şekilde alınması kurumun esas sorumluluklardan birisidir. Ancak hastaların ileri tedaviler için saklanması gereken bilgileri yetkisiz kişilerin eline geçtiğinde hasta için önemli tehditler oluşurmaktadır (Gelogo & Park, 2013). Bilgi konusunda farklı olay ve ticari kayıtlar önemli hususlardır. Hastaların bilgilerinin paylaşılması, ya da şahsi menfaatler için kullanımı kurum için hem ciddi yasal yükümlülükler getirmekte, hem de itibar kayıplarına neden olmaktadır. Yine kuruma bakan yönüyle, özellikle ihale süreçlerinde ihale ilgili bilgiler ya da kurumun hassas mali bilgilerinin ihale süreçleri içerisinde başkaları ile paylaşımı ayrıca adli ve idari problem olarak durmaktadır (HHS, 2010, s. 64; Xerox Corporation, 2011).

19- Kurumun güvenliğini etkileyen kurum içinde olabilen kazalar, kurumda meydana gelebilecek yangınlar ya da kurumun etkilenebileceği afetler emniyet riskleri arasına girmektedir. Bütün kurumlar, emniyetli olmayan fiziki durumlarını iyileştirerek veya bu tür olayların önüne geçilerek çalışanların, hastaların ve ziyaretçilerin güvenliğini sağlamak zorundadır. Birçok farklı türde kazanın meydana gelebileceği yerler olarak hastaneler yeterli ve etkili bir emniyet programı ve uygulamasına sahip olmalıdır. Yangınlar büyük can ve mal kaybına neden olabilirler. ABD’de KAK standardizasyonları sağlandıktan sonra yangınlarda ciddi azalmalar ortaya çıkmıştır (The Joint Commission, 2012).

20- Felaketler olduğunda farklı güvenlik problemleri ziyaretçilerin kontrolü, hastaların kıymetli eşyalarının korunması hastane dışında yaya ve araç trafiği kontrolü gibi konularda yoğunlaşarak tedavi alanlarına ekstra bir güvenlik elemanı temin edilir ve yaralı şahısların bilgilerinin sürekli toplumla paylaşıldığı bir yer oluşturulur. Felaketler yaşandığında kişiler sadece tedavi olmak için hastanelere koşmazlar, evsiz kalan kişiler hastaneleri barınak olarak ta kullanabilirler. Ayrıca,

hastanelere sadece bir hasta taşıyan birden fazla hasta yakını da hastanede ciddi bir kalabalık oluşmasına neden olur (Chan, et al., 2014).

2.2.5. Çalışan Güvenliği

Çalışanların güvenliği veya çalıştıkları iş ortamlarının güvenli olması çalışanlar üzerinde performansı etkileyen unsurlardandır (Abdullah, Ahsan, & Alam, 2009). Sağlık işletmelerinde bulunan güvenlik bölümü doğrudan İnsan Kaynakları (İK) bölümüyle ilgilidir. Bu sistem İK bölümü tarafından yayımlanan ve uygulamaya sokulan yönergelerle ve uygulamalarla güvenlik algısını, güvenlik politikalarını belirten güvenlik programlarının içeriğini oluşturmaktadır. Güvenlikle ilgili olan personelin soruşturmasının yapıldığı durumlarda İK kişisel bilgilere ulaşmada en ciddi önemi taşımaktadır. İK çalışanları verilen güvenlik bilgileri kayıtlarına göre, sağlık kuruluşunun iç ve dış kaynaklarından gelen güvenlik bilgilerini toplarlar.

İK ve güvenlik bölümü kurumun bütün menfaatlerini göz önünde bulunduracak bir şekilde karşılıklı bir yardımlaşma halinde çalışmalıdır. Bu durum her zaman böyle olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır. İK genelde çalışanların bireysel faydasını gözetirken güvenlik bölümü ise genelde işletmede yani sağlık kurumundaki herkesin emniyet ve güvenliğini gözetmek zorundadır. Yine güvenlik, insan dışındaki mülkiyet güvenliğini de gözetmek ve bunu sağlamak zorundadır. Güvenlik bölümü net yasal hakları koruyup, bunu göz önünde bulundururken İK daha düzenli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ve bu hizmetin devamını sağlamak için kurum içinde bulunan aksamaları düzeltmeyi amaçlamaktadır (Colling & York, HHS, 2010, s. 373).

Ağır bürokratik bir sistem içinde işleyen ya da çok katı bir güvenlik anlayışına sahip sistemler ve katı İK yönetimlerinin var olan sorunların çözümüne faydası olması söz konusu değildir. Hem İK'yi hem de güvenlik algısını beraber ve etkin bir biçimde yönetecek lider bir sağlık kurumu yönetimi, sorunun çözümünde etkili olacaktır. Sağlık kurumları gibi birden fazla iş kolunun beraber çalıştığı işletmelerde personelin yasal ve etik durumlar hakkında mutlaka bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir. Sağlık kurumunda hizmet veren personelin yaptığı işin çerçevesinin yeniden tasarlanması ve iş zenginleştirilmesi amacı ile sorumluluklarının artırılması yolu ile yapacağı işleri daha düzgün yapması doğrultusunda motive edilmesi gerekmektedir (Fallon & McConnell, 2014). Aksi durumda kurumlarda çalışan görevliler ciddi güvenlik ve emniyet problemlerine açabileceklerdir.

2.2.5.1.Güvenlik, İnsan Kaynakları Birimi ve Personelin İşe Alınması Sürecinde Güvenlik ve Yaka Kartları

Genelde İnsan Kaynakları (İK) biriminin sağlık hizmetlerinin verildiği hastane merkezinde bir yerde değil de ana hizmet binasının dışında bulunması güvenlik açısından tercih edilen bir durumdur. Hastanelerde çalışmak isteyen, kliniklere ve orada devam eden işleyişe müdahale etme ya da karışma eğiliminde bulunacak olan bireyler hastane içine geldiklerinde farklı güvenlik sorunlarına yol açabilmektedirler. Hatta hastanelere başvuran bazı adaylar potansiyel suçlu olabilecek kişilerden olabilir. Bu kimseler hastane içine girdikleri zaman bina tasarımına ve binanın iç detaylarına aşinalık kazanabilip, bu bilgilerini kötü amaçları doğrultusunda kullanabilirler. Bundan dolayı işe başvurma süreci içerisinde iş başvurusu yapan adayların uğrayacakları yerlerin mutlaka hastane dışında bir mevkide ya da işe başvuracak adayların doğrudan hastaneye girişleri sağlanmadan farklı bir girişten İK' ye alınmaları gerekmektedir (Frenk, Ruelas, & Donabedian, 1989).

Hastanelere başvuruların değerlendirilmesi bir kısım hastane kurumsal olarak adayların incelenmesi ve başvuru süreçlerinin yapılması sırasında adayları hastane dışında tutarak hastane güvenliğini rahatlatmışlardır. Bazı hastaneler ise bunu daha ileri bir duruma götürerek personel alımlarını ya devletin bir kurumun seçmesi aracılığıyla ya da bu kuruma bağlı başka bir kurumun seçmesi ile güvenliklerine olumlu anlamda katkı sağlamaktadırlar. Bu tarz bir personel alımı aynı zamanda hastaneye yabancı insan giriş çıkış trafiğini azaltarak güvenliğe ciddi bir katkı sağlamaktadır. Sağlık kurumlarının çalışanlarının sebep olduğu güvenlik olaylarını azaltmasının en etkin yollarından biriside çalışanlarını işe almadan önce çok ince ve sık eleyerek onlar hakkında bir güvenlik soruşturması yapmalarıdır. Kötü bir geçmişi olan veya istenmeyen olayları geçmişinde barındıran potansiyel çalışanların bir çalışan olarak bu durumlarını devam ettirmeleri olası bir durumdur. Genellikle kötü ve/ya yetersiz işe alma koşulları ortaya çıkabilecek güvenlik olaylarının sebebi olarak görülebilir. Bilinen bir gerçektir ki çalışanların %20'si kurumda ortaya çıkan rahatsızlıkların %80'nin nedeni olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık kuruluşlarında çalışanların yaklaşık %90'ı işyerlerinden mutlaka bir şeyler alırlar, bu durumda sürekli olarak kurumların gözünden kaçar. İşe alımlarda güvenlik soruşturması önemli olduğu gibi, iş yerinde yaşanan terfilerde de güvenlik araştırması mutlaka yapılması gereken bir husustur. Bunu yaparken ilgili çalışanın en az beş yıl öncesinin taranması güvenlik açısından yeterlidir. Ayrıca kurumların, taleplerine göre çalışanlarını

sürekli güvenlik konusunda izleyen ve bilgilerini gereken durumlar için depolayan dış kurumlarda vardır. Özellikle güvenliğe ciddi ihtiyaç duyulan hastanelerde bu tür uygulamaların yapılması güvenliği rahatlatacak ve çalışanların hastanenin güvenliğine olan algıları olumlu yönde artacaktır (Socolof & Jordan, 2006).

Sağlık sektörü de diğer sektörler gibi iyi niyetli olmayan ve kurumun güvenliğini tehdit edecek adayların ilgisini çekmektedir. Sağlık sektörü adayların iyice araştırılması konusunda yetersiz kalınan alanların başında gelmektedir. Genelde günümüzde bireylerin özel hayatını ve kişisel durumlarını koruyan yasa ve uygulamalar, bunların neden olduğu bilgilere ulaşma konusundaki kısıtlamalar sağlık kuruluşu gibi yerlere çalışan alındığı zaman uygun bir değerlendirme yapılmasını engellemektedir. Yine bu tarz çalışanların sağlık kurumlarında neden oldukları veya bunlardan kaynaklanan kusurlardan dolayı ortaya çıkan şiddetin neden olduğu huzursuzluk ve maddi zararları gerek sağlık kuruluşları gerekse de toplum olarak tarafından ödemek zorunda kalınmaktadır (Colling & York, HHS, 2010, s. 374-376).

Sağlık kurumlarınsa işe alınan çalışanların teknik yeterliliği yanında güvenlik soruşturmaları da ayrı bir öneme sahiptir. Çünkü işe alımlarda yapılabilecek en küçük bir hata ya da ihmal bir hastanın ya da sağlık çalışanının hayatına mal olabilir (Socolof & Jordan, 2006), sağlık kuruluşlarında güvenliğin hassas olduğu yerler genelde güvenlik birimine danışılarak personelin alındığı yerlerdir. Personel ve bina sayıları çok olan sağlık kuruluşları kötü niyetli kimseler için bir avantaj oluşturmaktadır. Bunun için kurumlar çalışanlarına görünür bir yerde kimlik kartı ile çalışma zorunluluğu getirebilirler. Bununla kurum çalışanına sağlayacağı faydaları kullandırma, kurum içinde rahat dolaşabilme, kurum içinde yetkisiz dolaşmaları ve güvenlik zafiyetlerini kaldırmayı hedefler (Washington University School of Medicine, 2014). Ayrıca, günümüz sağlık kurumları önemli bir konu olan hasta kayıtlarına hem fiziki hem de dijital yollarla yetkisiz ulaşmayı engellemek için manyetik sistemlere uyumlu olan kimlik kartları da kullanılmaktadırlar (Sini, Locatelli, & Restifo, 2009). Her hastane çalışanlarını net bir biçimde tanımlayan bir yaka kartını çalışanlarına vermek ve onların bu kartları taşımalarını sağlamak zorundadırlar. Bunun iki ana nedeni bulunur. Birincisi kuruma giriş çıkış yapan personelin kontrol altında tutulması, ikincisi ise KAK'ın bir standart uygulaması olarak hastaları istediklerinde sağlık personeli hakkında bilgilendirmek zorunda olmasıdır. Nitekim günümüzde teknolojinin katkısıyla da kullanılan yaka kartlarının birçok amacı

vardır (Colling & York, HHS, 2010). Bu konu USGEK'in 07.01 Nolu Temel Sağlık hizmetleri Yönergesi'nde (bkz. EK-1) 'Giriş Kontrol Tanımlama Sistemi' başlığında detaylı olarak anlatılmaktadır (IAHSS, 2006; The University of Toledo, 2011).

Yaka kartı kullanımı ile ilgili bazı kesin durumlar bulunur. Öncelikli olarak hastane kaybolan ya da çalınan bir yaka kartının yerine hemen yenisini çıkartmalıdır. Kurumda çalışan personellerin kayıp ile ilgili olarak acilen kurumu bilgilendirip kartın yenisini ile işe başlaması gerekir. Bazı kurumlar kartsız görev yapan çalışanlarına disiplin cezası bile verebilmektedirler. Bu şekilde davranarak kurum içinde kartsız ve dolayısıyla da yetkisiz dolaşanların önüne geçmek istenmektedir (The University of Toledo, 2011). Fakat kartlarının yenisinin kolay ve çabuk basımı bazen personelin kasıtlı olarak iki yaka kartı sahip olma niyetiyle kayıp ettiğini ifade etmesi riskini oluşturabilmektedir. Kartların sağlık kurumuna oluşturduğu maliyet ayrı bir konudur. ABD'de genellikle çalışanların kayıtları için belirlenen yıllık bütçenin 2-3 katı kadar bir bütçe kaybolan, bozulan, deforme olan, terfi eden, isim değişikliği olan ya da işten ayrılan veya işe yeni başlayanlar için harcanabilmektedir. Bu maliyet önemli bir maliyet olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaka, kimlik kartlarında çalışana ait isim-soy isim, çalışanın görevi, kartın geçerlilik süresi gibi bilgiler yer alırken kartın arka tarafında güvenlik durumları için acil numaralar ve yapılması gereken güvenlik tedbirleri yazılmaktadır. KAK tarafından alınan kararlara göre (The Joint Commission, 2012) artık kartların her iki tarafında da çalışanların tanımlandığı resim ve ilgili bilgilerinin bulunması gerekmektedir. Güvenlik açısından çalışan bilgilerinin saklanması engellenmesi amaçlanmaktadır (Colling & York, HHS, 2010, s. 382-384). Çalışanlar kartlarını taktığı zaman gerektiğinde güvenlik personeli tarafından kartın kişiye ait olup olmadığına bakılmalıdır. Çünkü kurum açısından kartı olmayan bireyler güvenlik riski oluştururlar. Özellikle kartını göstererek manyetik alanlardan geçen personelin hemen arkasında onlarda yetkisiz girişler yaparak ciddi riskler oluştururlar (Schneider Electric, 2008). Kartlarda renk kodu uygulanarak yetki sınırlamaları yapıp bireylerin girecekleri alanlar kısıtlanabilir. Böylece kurum içinde de olsa bireylerin yetkisiz oldukları çalışma alanlarına girmeleri engellenir. Geçici kartların ya da aynı bölümde çalışan personelin kartlarının renkleri aynı olmalı ve işlevlerine uygun hazırlanmalıdır. Hastanelerde ciddi güvenlik hassasiyeti olan kadın doğum ve çocuk bölümleri gibi bölümlerin kartları mutlaka farklı olmalıdır (The University of Toledo, 2011).

Bunların yanında hastane içinde yaka kartı taşımaya direnen veya tepki gösteren (özellikle) doktorların kimlik kartı takmaları sağlanmalı, öğrencilikten intörlüğe geçen ve hastanede çalışan doktor adayları da herkesin bildiği bir kart takmalıdırlar.

2.2.5.2.Çalışanlar ve Güvenlik

Hastaların, çalışanların, ziyaretçi ve diğer unsurların sürekli korunması gereken ve açık bir yerleşke halinde olan hastanelerin güvenliğinin sağlanması hastane yöneticileri için zor ve sürekli yapılması gerek önemli bir iştir (Vellani, 2006). Bir hastaneyi/kurumu korumanın en iyi yolu kuralların ve düzenlemelerin işlenmesini sağlayarak, çalışanlarını yönetmektir. Özellikle yazılı ve net bir şekilde belirtilen kurum güvenlik politikaları, belirsiz ve sözlü olan politikalara göre daha etkin ve daha bağlayıcıdırlar. Çalışanlara verilebilecek bir çalışan el kitabına çalışanların hastalık izinleri, maaşları, tatiller ve çalışma saatleri benzeri her şey yazılmasına karşın güvenlik yönergeleri ve tedbirleri genelde ya çok yüzeysel ele alınmakta ya da çok genel ifadeler olarak kalmaktadır. Aslında güvenlik tedbirleri ve bilgileri bütün sağlık birimleri ile ilgilidir ve ihmal esilmeyecek kadar önemlidirler. Dolayısıyla hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında güvenlik unsurları çok net ifade edilmelidir. Aşağıdaki bölümde bu durumlar ortaya konmuştur. Sağlık sektörünün önemli ve farklı bir özelliği bütün çalışanlarının birer birey olarak güvenliği sağlamada önemli bir rolü ve etkisinin söz konusu olmasıdır. Dolayısıyla her sağlık kuruluşu çalışanına güvenlik ile ilgili sorumluluklarını net bir şekilde ifade etmelidir. Örneğin, kurumda çalışanlar hastaların, çalışanın ve kuruma gelen ziyaretçilerin güvenliğini tehdit eden ve tehlikeye atacak olan her durumla ilgilenme ve ilgili güvenlik/yönetim birimini bilgilendirmekle sorumludur. Bu durumlar bireylerin can ya da mal güvenliğini tehdit eden olaylardır. Tehdit algılandığı zaman ivedi olarak üst amire veya güvenlik birimine haber verilmelidir (Colling & York, HHS, 2010). Özellikle çalışanlar işe yeni girdiklerinde kurumun güvenlik politikası, güvenlik işinden sorumlu personel tarafından çalışanlara verilmeli güvenliğin kurum içindeki önemi personele mutlaka anlatılmalıdır. Bu anlamda yapılan eğitimlerde personel kurumun güvenlik politikalarından haberdar edilmelidir (Sennewald, 2003).

Çalışanlar izne çıktıklarında, nöbet değişimlerinde ve kurumdan ayrılırken diğer çalışan personeli meşgul ederek vaktini israf etmekte, hatta gürültü yapıp huzursuzluğa yol açmakta ve bazı durumlarda uyuşturucu ve alkol kullanarak kurumu risk altına sokmaktadırlar. Sağlık kurumlarında şiddetin engellenebilmesi için başta personel olmak

üzere hasta ve hasta yakınlarının zarar verme olasılığı olan her türlü kesici ve delici aleti kuruma sokması (görevli olan güvenlik personeli hariç) yasaktır (Larned State Hospital, 2009). Sağlık kurumlarında hemen her şey zarar verebilecek bir silaha dönüşebileceğinden sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurum içine silah, bıçak gibi kesici ve delici alet sokmaları yasaklanmaktadır/yasaklanmalıdır.

Diğer organizasyonlarda olduğu hastanelerde de çalışanların kuruma ait eşyaların kurum içinde ya da dışında bulunan yetkisiz kişiler tarafından kullanılması, alınması ve zarar verilmesi gibi suiistimalleri engellemeleri için bilinçlendirilmesi gerekmektedir (School of Medicine, University of Miami, 2013). Çalışanların kuruma girerken ve çıkarken yanlarında taşıdıkları paketler ve şahsi çantalarının kontrolü güvenlik için önemli konulardan birisidir. Sadece dışarı çıkarken değil, çalışanlar kuruma girdiklerinde de içeri soktukları paket ve çantalarda güvenlik yönüyle riskli eşyaları bulundurabilirler. Ne yazık ki her hastanenin yeterli güvenlik elemanı olmadığı ve hastane tasarımlarının güvenliği öngören yönde yapılmaması bu kontrollerin rastgele yapılmasına ve genelde, yaşanan bir vakadan sonra uygulanmasına sebep olmaktadır. Sağlık kurumunun müsaitliği ölçüsünde çalışanlar, belirlenmiş belli başlı yerlerden giriş-çıkış sağlıyorsa bu tarz kontroller daha kolay ve daha etkin yerine getirilebilmektedir. Bu durumla ilgili önemli bir problemde çalışanların yanında taşıdıkları eşyaların hangisinin kişiye hangisinin de kuruma ait olduğunun belirlenememesi durumudur. Sağlık kurumları gerekli gördükleri zaman çalışanlara ait çanta, paket ve araçları güvenlik amacıyla arayabilmektedirler ve bunların kurum içine girişlerde ve çıkışlarda mutlaka dikkat etmelidirler (Johns Hopkins Medicine, 2013).

Kurumlarda hırsızlık yapan çalışanların kendi davranışlarından kaynaklanana (kuruma karşı nefret duyması veya kurumdan yeterince ücret alamaması veya alamadığını düşünmesi) ya da kurumda bulunan amirlerinin onlara yanlış örnek olmasından kaynaklanan nedenlerden dolayı hırsızlık yapabilirler (The Travelers Companies, Inc., 2009). Özellikle, sağlık kurumlarında bunların olma ihtimali yüksektir. Güvenlik elemanı hırsızlık olma ihtimali karşısında çalışanları bilgilendirilmesi, bina yöneticisi ya da amirleri tarafından kişi ya da kişilerin aranmalarının talep edilmesi, belirlenen bir olayı gözlemlenmelerinin istenmesi durumunda hizmet verebilirler. İlk iki durumda özellik zaman ve olayın hali hazırdaki durumu müsaade ederse güvenlik personeli mutlaka müdahale etmeden önce amirinin görüşüne başvurmalı, üçüncü durumda ise iyi verilen

bir karar durumun üstesinden gelebilir. Sağlık kurumlarında personelin el altında kullandıkları aletler, temel sarf malzemeleri ve hatta maddi değeri fazla olan dijital aletlerin (bilgisayar, yazıcı gibi) çalınma riski yüksektir. Kurumalarda güvenlik personelinin kayıt ve kontrol için kullandığı evrakların ve işleyişin kurumun düzenli ve/ya belli veya belirsiz zaman aralıklarında yaptıkları denetimlerin bu güvenlik risklerini ciddi azalttığı görülmüştür (Sharma & Singh, 2000). Yapılan soruşturma-incelemeler hastaneler için sadece güvenlik yönüyle değil aynı zamanda hastalar ve hastalara verilen hizmetlerin kontrolü için de devamlı olan bir süreç olmalıdır. Bütün çalışanların bu sürece aktif katılarak destekçi olması işlerin olumlu yönde ilerlemesini sağlayacaktır (Colling & York, HHS, 2010).

Sağlık kurumları için genel konulardan birisi de çalışanların bireysel eşyalarını buldukları şahsi dolaplarıdır. Kurum içinde şahısların güvenlik riskini azaltılması için kendi kullandıklarına verilen dolapları sürekli kilit altında tutmaları gerekmektedir (Vlack & York, 2006). Şahısların dolaplarında güvenlik tehdidi oluşturacak tehlikeli silah, alet veya malzeme bulundurmamaları gerekmektedir. Ayrıca, çalışanların kuruma ait malzemeleri yetkisiz bir şekilde bulduklarını kendileri için yasal sorumluluk altına girme gibi bir sonucu doğurmaktadır. Bu dolaplar genellikle güvenlik amiri ve ilgi bölümünden bir yetkili tarafından periyodik olarak kontrol edilmeli ve çalışanların kendi getirdikleri şahsi kilitleri takmalarına izin verilmemelidir. Çalışan dolapları sadece yetkililerinin ulaşabilecekleri bir yerde ve bu kişilerin kontrolünde olmalı, hasta ve ziyaretçilerin genel olarak buldukları yerlerden uzak olmalıdır. Bu yerlere hasta ve ziyaretçilerin girişi kesinlikle kısıtlanmalıdır (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012).

Genel itibariyle hastaneler ve diğer sağlık kurumlarının izni olmadan personelin dışarıdan gelen bir şeyi kabul etmesi veya kurum içinde çalışan personele dışarıdan gelen bir şeyin dağıtılması çalışanların ve hastaların güvenliğini tehdit eden bir durum oluşturabilmektedir. Özellikle alınan malın ve malzemenin kalitesinin düşük olması çalışan ve hasta güvenliğini tehdit ederken, pahalı olarak alınan, fazladan ödenen paralarda kurum mali yapısına ciddi yükler getirebilmektedir (Muia, 2013). Dolayısıyla sağlık kurumlarının yine kendilerinin belirleyeceği yazılı bir kurum politikasıyla bu durumun önüne geçmeleri gerekmektedir. Personel aldığı her şeyi belge ve imza karşılığında almalıdır, böylece kuruma dışarıdan giren bütün malzemeler kayıt altına

alınmış ve kötü niyetli kullanımların önüne geçilmiş olmalıdır. Yazılan bu belgelerde alınan ürünlerle ilgili bütün detaylar belirtilmelidir (Arata, Perimeter Security, 2006). Yine, hastanelerde bulunan bütün mal ve malzemelerin en etkili ve etkin takip edilme yöntemi radyo frekans sistemleri gibi sistemlerle de yapılabileceği öngörülmektedir (Oztekin, Pajouh, Delen, & K., 2010).

Hasta doktor ilişkisinin sağlıklı olması önemli bir konudur, bundan dolayı da hasta doktor ilişkisinde yeterince maaş alan doktorlara hastanın niyeti ne olursa olsun hediye vermesi ilişki sağlığının bozulmasına neden olacaktır. Verilen her bir hediye ilişki de zorlayıcı ve yönlendirici bir etkiye sahip olacaktır. Hasta ve yakınlarından gelebilecek her tür hediye ret edilmeli ve alınmamalıdır (Marois, 2010). Zira sağlık çalışanlarının verdikleri hizmet karşılığında kendilerine yetecek düzeyde ödeme zaten yapılmaktadır. Hastane ve diğer sağlık kurumlarında bulunan hasta ve yakınlarının getirdikleri hediyeler kurum idarecileri tarafından yeterince önemsenmediğinden ve bu konunun üzerine idari olarak gidilmediğinden bu konuda yaşanan sıkıntılar yeterince gözlenememektedir. Sağlık personelinin bu hediyeleri almasına neden olarak bunun hastanın teşekkür amaçlı dayatması, kültürel bir hediyeği geri çevirmeme alışkanlığı, düşük ücret alan sağlık çalışanlarının bu durumu menfaat elde edecek bir fırsat olarak görmesidir (Miller, Grødeland, & Koshechkina, 2000) olarak ifade edilebilir.

Sağlık çalışanlarının uyuşturucu ilaçlar hakkında bilgi sahibi olması, bu tip maddelere kolayca ulaşabilmelerinin yanında işleri stresli olduğundan uyuşturucu bağımlısı olmaya eğilimlidirler. Çoğu sağlık çalışanı bu duruma genellikle hasta olduklarında ya da stres altında oldukları zaman kendi kendilerine ilaç tedavisi yoluna gittiklerinde başlarlar (Sells, 2000).

Güvenlik uzmanları sağlık kuruluşlarında gerçekleşen hırsızlık olaylarının çoğunun hastane çalışanları tarafından yapıldığını bildirmektedirler. Özellikle, kurum içinde olan ve herhangi bir engel ile karşılaşmadan her gün hastaneye girip çıkan hastane çalışanları kurum dışından gelen hırsızlara göre çok daha avantajlı durumdadırlar. En düşük seviyede çalışanından en yetkili çalışanlar olan doktorlara kadar uzanan, suç işleyen veya suç işleme eğilimi olan sağlık personeli bulunabilir. Sağlık çalışanları kendi kurumları içinde bol olan, hayatta kullanımı mümkün olan ama dışarıda bulunması zor, amaçları dışında kullanıldığı zaman suç oluşturacak birçok malzemeye kolaylıkla ulaşabilmektedirler (Sumner, 2007). ABD'de bulunan Minnesota Üniversitesi Sosyoloji

bölümü tarafından yapılan bir araştırmaya göre hastane çalışanlarının %37'si hastaneden izinsiz bir şekilde bir şeyler aldıklarını ifade etmişlerdir. Bunun yanında ifade edilen kişilerin %11'de bunu aylık olarak düzenli yaptıklarını söylemişlerdir (Colling & York, HHS, 2010).

Çalışanların kaybolan eşyaları hastaneler için değişmeyen, çok yaşanan güvenlik olaylarından birisidir. Özellikle hastanenin büyüklüğü, iş yoğunluğu çalınan ya da kaybolan eşya sıklığını belirleyen etmenlerden birisidir. Çalışanlar yerlerinde olmadıklarında, öğle aralarında kısa süreli izinlerde, ya da tatil yaparken, genellikle hastane çalışanları olarak eşyalarını ortalıkta bıraktıkları zaman (cüzdanları gibi) bu eşyalar çalınabilmektedir. Hastanede bulunan güvenlik elemanları genelde bu olayları engellemede etkin aktörler olarak bilinirler. Sağlık kurumlarında kuruma ait malzemelerin çalınmasının yanında çalışanların eşyaları çok daha az miktarda çalınmaktadır. Ancak çalışanların şahsi eşyalarının çalınması çalışanların kuruma olan güvenlerini zedelemektedir.

Kayıp (kurum eşyaları – çalışan veya hastaların özel eşyaları) eşyaların rapor edilmesi hastanelerin en zayıf oldukları nokta olarak kabul edilmektedir. Bu tür olayların genelde %1-2 arası olarak rapor edilerek kayıt altına alınabilmektedir. Hastanelerde kayıp eşyaların yeterince rapor edilememesinin en büyük nedenleri, hastanede tükenen stoklarının hızlı bir biçimde yenilenmesi, çalışanlarına güvenlilik noktasında yönetimlerin az ilgili göstermesinden dolayı onlara zamanında bilgilendirmekten kaçınması ve böyle bir olaya müdahil olmada ilgisiz davranmaları olarak belirtilebilir (Roper & Millar, 1999).

2.2.5.3.Çalışanların Katılımı (İşbirliği) ve Güvenlik Farkındalığı

Suçları engelleyen veya önlemeyi hedefleyen sunumlar, el afişleri, yapılan faaliyetler, ya da personele bu amaçla verilen eğitimler genellikle çalışan personelin güvenliğe olan ilgisini arttırmakla kalmamakta bununla birlikte KAK gibi standardizasyon getiren ulusal ve uluslararası akreditasyon kurumları ve sağlık kurumlarında bu standartları arayan diğer kuruluş ve organizasyonların da ilgisini çekmektedir. Bu tür güvenlik temalı programlar yapılırken sadece hastane ve diğer sağlık kurumlarında görev yapan ve birinci derecede sorumlu, hastayla muhatap olan doktor ve hemşirelere değil, hastanede görev yapan bütün personele bütüncül bir bakış açısıyla ulaşılmalı, bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleri sağlanmalıdır. Ayrıca sağlık kurumu, verdiği sağlık hizmetine özel (verdiği hizmetin

oluşturduğu güvenlik hassasiyetlerini de kapsayacak şekilde) olarak da güvenlik algısı oluşturmalı ve buna uygun bir yaklaşım sistemi uygulamalıdır. Hastanelerde çalışan farkındalığı oluşturmak için birçok farklı yol takip edilebilmektedir. Bunun için maddi, manevi ve çağın teknolojik imkânlarının sağladığı bütün yollar kullanılmalıdır. Bunlar güvenliğin kurum ve şahıslara mal olabilecek ciddi maliyetler ve yaşanabilecek güvenlik olaylarını anlatan bilgilendirici mektuplar, yazılar ve güvenlik seminerleri gibi yollar kullanılarak yapılabilir (Sells, 2000).

Sağlık kurumlarında işlenmeden önce suçun önlenmesi güvenlik sistemi için önemli bir faktördür. ABD’de bulunan Ulusal Güvenlik Kurumu (NSA)⁴²’de, 1980’de 19 ayrı kuruluşun onaylayarak katıldığı “Suç Önleme Komisyonu” (CPC) kurulmuştur. Bu kurum yaptığı programlarla (McGruff the Crime Dog ilk programdır) Sağlık kurumlarında suçun işlenmeden önüne geçerek engellenmesi konusunda personelin bilinçlendirilmesi için önemli katkılarda bulunmuştur. Yapılan programlar aracılığıyla sağlık çalışanları, kolluk kuvvetleri beraber ve koordineli çalışarak ciddi bir şekilde suç önleme konusunda adımlar atmışlardır. Bu kurum Ulusal Suç Engelleme Konseyi (NCPC) olarak 400 adet sivil toplum örgüt (STK), kamuya ait ve federal kuruluşun da katılımıyla daha güçlü ve etkili bir hale getirilmiştir. Bu kuruluşun amacı sağlık kuruluşlarında güvenlik konusunda farkındalık yaratmaktır. Bu süreç güvenlik ile ilgili olarak bütün personele ulaşım personelin eğitiminin yapılması, bunun sürekli geliştirilerek daha da iyileşmesinin sağlanmasını amaçlamaktadır. Bu süreçte suç önleme eğitimleri, stratejileri, medya ile bağlantılı ilişkileri sağlık kurumlarına ya tamamen ücretsiz ya da çok az bir ücret karşılığında verilmektedir (Colling & York, HHS, 2010). Hizmet içi verilen her türlü eğitim sağlık personelinin daha profesyonel, motivasyonu yüksek çalışmasına katkıda bulunacak, muhatap olduklarını tanıyarak nasıl davranacaklarını öğrendikleri zaman daha iyi bir hizmet sağlayacaklardır (Grabowski, Stitzer, & Henningf, 1984). Sonuçta bu faaliyet hastaların sağlık personeline karşı tutumlarına dolayısıyla da hastane güvenliğine olumlu yönde etki edecektir.

Bütün bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda, sağlık kurumlarında maddi ve can kayıplarına neden olacak her türlü risk konusunda bütün personel

⁴² İngilizce adı The National Security Agency (NSA) olup 1952 yılında ABD’de kurulan Amerikan Ulusal Güvenlik Kurumu, güvenlik konularını inceleyen ve düzenleyen bir kurumdur.

bilinçlendirilmeli ve bu konuda kurum içinde yönetimi ve yönlendirilmeyi sağlayacak belli bir personelin atanması (Singh & Ghatala, 2012) gerekmektedir.

Çoğu kurum gibi sağlık kurumları da çalışanlarına destek olmak için Çalışanlara Destek/Yardım Programı (ÇDP (EAP)) uygulamaktadır. Bu programları kurumlar tarafından uygulamalı ya da dışarıdan, daha profesyonel çalışan bir kurum ile antlaşma yapma yoluna giderek geliştirilmektedir. Bu programlar yapılırken mutlaka çalışanların bulunduğu bölümlerle işbirliği sağlanarak, çalışmalar devam ettirilmelidir (Sells, 2000). Kurumlar içinde yapılan söz konusu bu programların doğrudan güvenlikle alakası söz konusudur. Suç işleyen veya işleme eğiliminde olan çalışanlara genel olarak bakıldığında bağımlılığı, kişisel ve sosyal uyumsuzlukları olan ve bunun sonucunda da ciddi psikolojik destek alması gereken erkek ve bayan bireyler olduğunu görülmektedir (Burton, McNiel, & Binder, 2012). Kişisel ya da ailevi sorunları olan sağlık çalışanlarına, maddi veya manevi problemleri olan çalışanlara yardımcı olarak destek sağlanması, zaten olumsuz bir havası olan hastane ortamında ortaya çıkabilecek şiddet olayları, uyuşturucu kullanımı, hırsızlık gibi olaylarında azalmasını sağlayacak tam tersi durumlarda bu tarz güvenlik olaylarını olumsuz yönde tetikleyerek bu olayların artmasını sağlayabilecektir. Eğer bu şekilde problemi söz konusu olan çalışan bireylere zamanında ve yeterli destek, etkin olarak sağlanabilirse güvenlik anlamında çalışanların kurumlarına karşı oluşturdukları riskli durumlar gerçekleşmeyecek ya da bu tür olaylarda ciddi azalma görülecektir.

Çalışanların eğer varsa kurum içinde aldıkları güvenlik eğitimlerini güvenlik motivasyonunun ve algısının artmasında olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Bu yönüyle sağlık çalışanları daha az güvenlik olayının meydana gelmesine neden olacak, ortaya çıkan olayları daha iyi yöneteceklerdir (Maynard, Ruighaver, & Chia, 2013). Genelde güvenlik programının etkinliği, katılan personelin, katılım arzusu gösterme eğilimiyle doğrudan ilişkilidir.

Çalışanların bir kurumda bulunan ve uygulanan güvenlik ile ilgili algıları o kurumun güvenlik politikaları ve tutumları ile doğrudan bağlantılıdır. Kurumlarda çalışan güvenliği, personel daha işe başlarken çalışana verilen oryantasyon eğitimi içinde verilir. Çoğu kurumun çalışanlarına daha oryantasyon döneminde verilen güvenlik eğitimi (eğer veriliyorsa) yeterli olmamaktadır (Ruighaver, Maynard, & Chang, 2007). Bu tür eğitimler devam etmezse çalışanların uzun vadede güvenlik algısının zayıflaması ve özellikle de

güvenlik olaylarının yoğun olduğu hastanelerde çalışanların kuruma olan güvenlerinin azalması gibi problemlerin ortaya çıkması olasıdır. Çalışana verilen bu eğitim, genel olarak güvenlik ve emniyet tedbirleri olmak gibi acil durum kodlarını içeren bilgilendirmeler, acil durumlarda sağlık çalışanlarının nasıl davranacakları, güvenlik olaylarının nasıl kayıt altına alınıp rapor edecekleri konularında bilgilendirmelerini içeren detaylı bir eğitimden oluşmaktadır (Sells, 2000). Özellikle KAK gibi bu alanda düzenleme yapan kurumlar, bireylerin emniyet ve güvenlik konusunda bilgili, bilinçli olmalarının kurum tarafından sağlanmasını talep etmektedir. Sağlık kurumlarında verilen bu eğitimler bazen bilgisayar destekli uygulamalarla, bazen de başka tür metotlar kullanılarak verilir. Yine ABD’de USGEK’in bununla ilgili olarak 03.02 Nolu Temel Sağlık Güvenliği Rehberi yönergesinde (bkz EK-2) bu konuların nasıl olacağını bildirmiştir (IAHSS, 2012).

Sağlık kuruluşları çok farklı organizasyonel yapıların olduğu yerlerdir. Ayrıca, topluma verilen temel hizmet olarak sağlık hizmetleri kendilerine özel durumları olan ve farklı tutumlar gerektiren birçok farklı bölümden oluşmaktadır. Bu yönüyle hastanelerde personele verilen güvenlik eğitimlerinden özellikle oryantasyon eğitimleri, daha sonrasında da ara ara yapılan güvenlik eğitimlerinde belli ve farklı güvenlik hassasiyetleri olan bölümlerde personele o bölüme ait ayrıca bir güvenlik eğitimi verilmelidir. Güvenlik eğitimleri, güvenlik bölümleri tarafından fırsat buldukça bölümlere özel olarak ve küçük gruplar halinde verilmelidir. Genel sağlık personeline verilen eğitimler, insan kaynakları, güvenlik yöneticileri, bölümlere göre hizmet içi eğitimi ve risk eğitimi başlıkları altında verilebilir (Sennewald, 2003).

Profesyonel güvenlik yönetimleri, personeline güvenlik algısını oturtmak ve onların katılımını sağlamak için onlara ulaşmada çok farklı ve yeni metotlar arayarak, yeni metotlar geliştirmektedirler. Bu güvenlik eğitimlerinin verilmesi, sağlık kuruluşuna belirli bir ekonomik maliyet ve zaman harcanması anlamına gelmektedir. Bunu sağlamak için, personel işe yeni başlarken verilen eğitimler, personele dağıtılan el broşürleri, kitapçıklar, yapılan güvenlik sunumları ve fuarlar, yine personele gönderilen elektronik postalar gibi birçok farklı yöntem ve metotlar takip edilmektedir, (Sells, 2000). Özellikle, ABD, İngiltere, Kanada gibi güvenlik ve emniyeti sistematik hale getirmiş ülkelerde çalışanları işe başlamadan önce mutlaka kendilerine bir “İşyeri/Çalışan Güvenliği ve Emniyeti Kitapçığı” vererek onları daha işin başında bu konuya çekmeyi hedefler. Bu

faaliyetteki temel hedef her çalışanı güvenli kılmak ve çalışanın kurum güvenliğine katkısını arttırmaktır (Cleveland State University, 2006).

Kurumda işe yeni başlayan personelin ilk eğitimi, güvenlik eğitiminin etkin olduğu faydalı ortamlardır. İyi bir performans sergilemeyi hedefleyen yeni bir personelin güvenlik konularını öğrenme eğilimi fazladır (Ruighaver, Maynard, & Chang, 2007).

Sağlık kuruluşları personeline kurumun güvenlik stratejisini ve politikasını anlatan;

- Personele güncel güvenlik bilgileri, tehditleri, sistem değişikliklerini bildiren,
- KAK gibi temel başvuru kuruluşlarının güvenlik konularında yaptıkları değişiklikleri bildiren,
- Güvenlik takibinin yapıldığı kamera ve sistemleri personele bildiren,
- Kurum içinde olan güvenlik olaylarının rapor edilmesi gerektiğini ve nasıl yapılacağını ve güvenlik personelini tanıtan,
- Personelin güvenlik sorumluluğunu onlara sürekli bildiren ve hatırlatan,
- Personele verilecek eğitimlerin tarihlerini ve ilgili eğitim yerlerini belirten bilgileri kendi güvenliğini sağladığı bir sistemle çalışanlarına belirtirler.

Kurumlar belirledikleri bu güvenlik politikalarını güncel olarak tutmalı ve çalışanlar sürekli güncellenen bilgiler ile bilgilendirmelidir. (Austuralian Government Initiative Smartonline, 2014). Çalışanların teknoloji kullanımında da güvenlik eğitimi ve bilgilendirmeleri almaları önemli bir unsurdur (PricewaterhouseCoopers International Limited, 2013).

Karma Komisyon Sağlık Kurumları Akreditasyon Kurumu (KKSKAK⁴³, JCAHO) sürekli olarak hastanelerde yaşanan sentinel olayların raporunu tutmaktadır. Fakat bu kuruma bağlı hastaneler genellikle kendi kurumlarının itibarını korumak amacıyla bütün yaşanan güvenlik olaylarını ya saklı bir şekilde yaparlar ya da bu kuruma rapor etmezler (Sumner, 2007). Bu yönüyle günümüzde hala yaşanan güvenlik olaylarının rapor edilmesi hastane yönetimlerinin tutumları, sağlık çalışanlarının bu konuda isteksiz davranmaları gibi nedenler ile tam anlamıyla yapılamamaktadır.

⁴³ İngilizce adı The Joint Commission on Accreditation in Healthcare Organizations (JCAHO) olan kurum 1951 yılında kurulmuş, hastanelere ve diğer sağlık kurumlarına akreditasyon veren bir kurumdur.

Her sağlık kurumu, kendisini rahat ve güvende hissetmeyen çalışanlarına ve diğer bireylere yardımcı olacak bir güvenlik personeli koruma hizmeti sağlayabilecek bir durumda olmalıdır. Sağlık kurumlarında uzakta bulunan bir laboratuarda, güvenlik tehdidi altında olan bir personel veya yüklü miktarda taşınan bir para için mutlaka koruma hizmeti yapmak gerekecektir (Fischer, Halibozek, & Green, 2008).

Sağlık kurumlarında çalışanlar için ciddi güvenlik tehdidi oluşturan yerlerden biriside güvenlik bakış açısı ile zayıf olarak tasarlanmış ve yeterince korunamayan personel araç park etme yerleridir. Bu açıdan tehditler sürekli oluşabileceğinden özellikle geç saatlere kadar çalışan veya nöbet değişimi geç saatlerde olan sağlık personeline mutlaka güvenlik koruma hizmeti sağlanmalıdır (U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration, 2004). Sınırları belirtilmiş bu park alanlarında personelin binaya çıkışlarını sağlayacak yeterli derecede yönlendirmelerin olması gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki park alanlarında yaşanan mülkiyete zarar verme ve araç hırsızlıkları en çok yaşanan suçlar olduğundan gerekli güvenlik tedbirleri alınmalıdır (Fischer, Halibozek, & Green, 2008).

Sağlık kurumlarında yaşanan güvenlik olayları dışarıdan gelebileceği gibi kurumun kendi personelinden de kaynaklanabilir. Güvenlik konusunda yeterince tedbir alamamış, personeli iyi bir şekilde ynlendirememiş bir kurumda özellikle çalışan personelin suç işleme eğilimi artacaktır (Deak, 2011). Bir sağlık kurumunda bütün bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda, emniyetli ve güvenli bir çalışma çevresi sağlamada kurumda çalışan personelin güvenliği olumlu yönde algılaması güvenliğe katkıda bulunması açısından çok önemli bir unsurdur. Sağlık kurumları çalışanlarının güvenliğe karşı algı ve tutumlarını belirlemek için ya dışarıdan profesyonel bir şirketten danışmanlık hizmeti alır ya da kurum içinde kendi yaptıkları anketlerle durumu anlamaya çalışırlar. Bunun sonucunda da özellikle kurum ve kurum güvenlik bölümü yaptığı çalışmaların etkinliği, güvenirliliği hususunda değerlendirmeler yaparak yaptığı programı daha etkin kılmaya çalışır. Yapılan bu programlarla çalışanlar üzerinde olumlu bir etkisi olur ve güvenlik olayı olduğu durumlarda etkin bir tavır alınmasına yardımcı olur (CARE International, 2013). Bütün personelin gerek kendi gerekse de kurumu veya hastaları ilgilendiren güvenlik durumlarına karşı uyanık olmaları ve yardımcı olmaları yayınlanan personel güvenlik politikalarında belirtilmektedir (FirstHealth of the Carolinas, 2010).

2.2.6. Hasta Güvenliği

2.2.6.1.Hasta Bakımı Sürecine Katılım

Güvende olmak yaşanan hayat kalitesinde en önemli unsurlardan biri olarak ortaya çıkar (Herington, 2012). Sağlık kurumlarının esas unsuru olan ve temel hizmet alıcısı olan hastalar için de bu durum böyledir. Fakat çoğu hasta önyargılı olarak hastaneye geldiğinde zarar görebilirim endişesi taşımaktadır. Yapılan emniyet ve güvenlik planları içerisine hastalar nadiren dâhil edilmektedirler (Leape, et al., 2009). Sağlık kuruluşunun, kurum politikalarını ve güvenlik hedeflerini gerçekleştirirken güvenliğin hastalar ve ziyaretçiler üzerinde nasıl uygulanacağı ve bu konunun nasıl işleneceği net bir şekilde anlatılmış olmalıdır. Günümüzde sağlık kurumları hastanın emniyetini daha da arttıran örgütsel dönüşümler içine girmişler ve hastaları kültürel olarak da dikkate alan kurumlar haline gelmişlerdir (Nieva & Sorra, 2003). Hastanede bulunan güvenliğin hasta ve hasta yakınları ile ilişkileri ve bu bireylere uygulanacak güvenlik seviyesi sadece hasta tiplerine yönelik değil aynı zamanda hastaların hastane içinde bulunduğu duruma ve buldukları bölüme göre de değişmektedir. Örneğin, halkın hastane içinde genel olarak bulunduğu yerlerde hastane güvenlik personelinin hasta ve hasta yakınları ve ziyaretçilerle ilişkisi yoğun bir şekilde olurken klinik gibi ortamlar ve yatan hasta odaları bu ilişkinin ve iletişimin çok az olmaktadır. Bu durumlarda olduğu gibi, yine güvenlik personelinin kişilerle iletişimi hastaların bulunduğu odalara nispetle araç park yerleri ve bekleme yerleri gibi insanların kalabalık oldukları yerlerden daha az olmaktadır (Colling & York, HHS, 2010, s. 317).

Hastanelerde hastalar genellikle ayakta tedavi gören hastalar ve yatan hastalar olmak şeklinde iki temel gruba ayrılırlar. Ziyaretçiler için de bir gruplama söz konusudur. Hastaneye gelen ziyaretçiler ya da diğer adıyla hasta yakınları yatmakta olan hastaları ziyarete gelenler ve acil servis ya da diğer hastane birimlerine tedavi olmak amacıyla gelip (hastanede yatma durumu olmayan) bu hastalara onlara eşlik eden arkadaş, akraba gibi yakın grubuna giren bireylerdir. Hastaneyi ziyaret eden temel gruplar olan bu ziyaretçi grubu hastaneye ziyaretçi olarak gelen yegâne grup değildir. Yine hastaneye eğitim amacıyla dışarıdan öğrenci veya profesyoneller, bilgi elde etmek için gelen kişiler veya ticari amaçlarla gelen (Sells, 2000) ziyaretçiler vardır. Bunlara ek olarak hastaneye ziyaretçi olarak gelip, hiçbir amacı olmayan kişiler de söz konusudur. Yine hastaneyle uzaktan ya da yakından alakası olmamalarına karşın güvenlik problemlerine neden olacak

kötü niyetli gruplar da hastane ziyaretçi başlığı altında yerini almaktadır. Özellikle bu bireylerin oluşturduğu güvenlik risklerine dikkat edilmelidir.

USGEK hasta güvenliğini sağlamak için belirli bir düzenleme getirmiş ve hastanelerin bu kurallara uymalarını öngörmüştür. USGEK'in geliştirdiği 02.04 Nolu 'Hasta Yönetiminde Güvenliğin Rolü' yönergesi (bkz EK-3) bu konuyu düzenleyen en temel kaynak olarak gösterilebilir (IAHSS, 2012).

2.2.6.2.Hastalar

KAK hastaların sahip oldukları haklar konusunda çok çeşitli tanımlamalar getirmiştir. Sağlık hizmetleri veren hastane ve benzeri kurumlar genellikle hastaların sahip oldukları haklar ve güvenlik tedbirleri konusundaki bilgilendirmeleri amacı ile hastanelerde duvarlara ilan asılarak, hastalar bilgilendirilmelidir. Hastanede esas olan hastalar ve onların tedavi edilmesi olduğundan hastanelerde görev yapan güvenlik personeli yapacağı bütün çalışmalarda hastayı ve onun haklarını (dolayısıyla da onun memnuniyetini) göz önünde bulundurmaya zorundadır. Sağlık kurumlarına gelen hastalar çok farklı şekilde gruplandırılabilir. Biz hastanelere tedavi için gelen hastaları genel olarak iki gruba ayırabiliriz. Bunlar;

Ayakta tedavi gören (out-patients) hastalar,

- Yatan hastalar (In-patient) olarak sınıflandırılmaktadır (Montgomery, 2000).

Ayakta tedavi gören hastalar yaralı/kazazede hastalar, konsültasyon (danışma) amaçlı gelen hastalar ve hastaneden tahliye olmuş hastalar ve poliklinik hastaları şeklinde üç ana grupta incelenebilir (Montgomery, 2000). Yaralı/Kazazede hastalar acil durumları olan ve kaza geçirmiş olan hastalardır. Bu şekilde gelen hastalar daha sonra sağlık personeli tarafından uygun görülürse yatan hasta prosedürüne tabi tutulurlar. Konsültasyon (danışma) amaçlı gelen hastalar başka bir doktorun gönderdiği ya da sağlık amaçlı gelen ve tedavisinden dolayı alıkonulabilen hastalar bu gruba girmektedirler. Hastaneden tahliye olmuş hastalar ve poliklinik hastalara baktığımızda ise, hastanede yatan hasta durumunda iken taburcu olmuş ancak periyodik doktor takibi gerektiren veya genel sağlık nedenleri ile gündüz polikliniklere gelen hastalar bu gruba giren hastalardır. Yatan hastaların güvenliğinin sağlanması genellikle bakım ünitesi (nursing unit) hemşirelerinin, bölümde görevli olan uzmanların, hasta bilgilerinin kayıtlarını yapan personel ve destek personeli tarafından görülmektedir. Yatan hasta ile ilgilenen hemşire

hastanın emniyet ve güvenliğini de kapsayacak bir biçimde hastanın tüm bakımından sorumludur. Hemşire, yardıma ihtiyaç duyulduğu zaman diğer tıbbi disiplinlerden de destek aldığı gibi gerekli durumlarda hastane güvenlik personelinin yardım ve destek isteyecektir. Görülen şüpheli olaylara karşı kurumda bulunan sağlık personeli veya güvenlik personeli gerekli ilgi ve önemi gösterirse, bu durum suç işleme eğiliminde olan bireyler üzerinde engelleyici bir faktör oluşturacaktır (ASIS International, 2009).

Sağlık kurumlarında çalışan hemşireler etraflarında bulunan ya da bir şekilde bölümlerine gelmiş olan yabancı (çoğunlukla şüpheli) kişileri sorgulamak, ilgili veya ilgisizlik durumunu ortaya koymak için gerektiğinde güvenlik personelinin destek istemeleri konusunda kurum ve idari amirler tarafından mutlaka cesaretlendirilmelidir. Kurumların oluşturdukları güvenlik politikaları personeli cesaretlendirme yönünde olmalı, personeli bu yönde teşvik etmelidir (ASIS International, 2009). Kurumlarda yapılan ve planlanan güvenlik programları genellikle yatan hastalara yardımcı olmak için görev amacı taşıyan programlardır. Özellikle bölümde ya da hastane içinde belli belirsiz dolaşan ve akli problemi olan şahıslar veya sıkıntı çıkarma eğilimi olan ya da çıkarmaya çalışan hastaların kontrolü ve yönetilmesinde bu programlar büyük önem taşımaktadır (Sells, 2000).

Genel olarak bakıldığı zaman güvenlik personelinin kurumun mülkiyetini, personeli ve kuruma ait bilgileri hırsızlık, şiddet, mülkiyete zarar verme gibi suçlara karşı korumak şeklinde görevi bulunmaktadır (Alberta Solicitor General and Ministry of Public Security, 2011). Güvenlik olaylarında ilgili yere çağrılan güvenlik personelinin yapacağı müdahalelerin tamamen yardım amaçlı ve yardımı isteyen sağlık personelinin öncülüğünde ve kontrolünde olması gerekir. Güvenlik bölümü ve bu bölüme ait olan personel bir olay olduğunda kesinlikle birincil sorumlu değildir ve ilgili durumda bulunan sağlık personelinin de önüne geçmemeli, gerçek durumu ortaya koymalıdır. Sadece ciddi bir yaralanma veya zarar görme gibi bir adli durum söz konusu ise güvenlik personeli sorumluluğu alıp, olay yerini yöneten lider role geçmelidir.

AEGT'in ABD'de yaptığı bir araştırmaya göre hastaneler nerede bulunursa bulunsun, büyüklükleri ve verdikleri hizmet ne olursa olsun hemen her tür hastanede günlük olarak güvenlik olaylarının yaşandığı rapor edilmiştir (Schneider Electric, 2006). Hastanelerde yaşanan güvenlik olaylarının niteliği farklı nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Hastanelerde hastaların sebep olduğu ya da onların içinde

bulunduğu güvenlik olayları için istenen güvenlik yardımı ile ilgili olan isteklerin niteliği, hastanenin verdiği hizmete, büyüklüğüne, yoğunluğu, hastaneye gelen hasta tiplerine ve hastaneye hizmet veren personel sayısına göre değişiklik göstermektedir. Bilindiği gibi hastanede hizmet veren güvenlik personeli ne kadar iyi bir eğitim almışsa, bu personelin tecrübe ve birikimleri ne kadar çoksa, bu doğrultuda hastalarla ilgili olan olaylara müdahale etme ve hastalarla ilgilenme eğiliminde oldukları ortaya konmuştur. Güvenlik çağrılarına bakıldığında genel kamu(çalışmamızda sağlık) hizmeti veren yerlerin özel amaçlarla sağlık hizmeti veren yerlere oranla daha fazla güvenlik desteği istediği görülmüştür (Colling & York, HHS, 2010). Temel olarak bakıldığı zaman, güvenlik olaylarının engellenmesi veya azaltılmasında sağlık personelinin klinik becerileri, bireysel kişilik özellikleri (sakin kalabilme gibi) ve kişilerarası iletişim kurabilme becerileri gibi özellikleri önemli bir yer tutmaktadır (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2006).

2.2.6.3.Risk Grubu Hastalar

Hastanelerde risk grubu hastaları oluşturan, farklı yaklaşım ve tutumlar gerektiren çok önemli kişi grubu, bulaşıcı hastalık taşıyan, hırçın (saldırgan/kavgacı), ortalıkta dolaşan, otizmliler, adli (tutuklu), pediyatrik/çocuk hastalar gibi genel başlıklar altında toplanmaktadır (IAHSS, 2012).

2.2.6.3.1. Çok Önemli Hastalar

Çok önemli hastalar (VIP) hastaları hastanelere gelen devlet büyükleri, önemli toplum liderleri veya halkın önem verdiği ünlü sporcu, sanatçı ve aktörler olabilirler. Bu gruba giren hastalar özel güvenlik tedbirleri alınması gereken, farklı güvenlik problemleri ile karşı karşıya kalabilecek durumda olabilecek üst düzey politikacılar olabilirler. Ayrıca toplumda manevi saygınlığı olan ve topluma bir şekilde liderlik yapma durumunda olan bireyler de bu gruba girerler. Bu grup hastalara çok sıkı ve katı ziyaretçi protokolü uygulanmalıdır. Bu hastaların bütün iletişimleri ve ihtiyaçları yüksek düzeyde özel seviyede kabul edilir (Luizzo, Scaglione, & Wals, 2002). Bazı özel durumlarda bu hastalar kendi güvenlik personeli ile kendilerine ait güvenlik prosedürleri ile korunurlar. Bu durumlarda hastanede görev yapan güvenlik personeline fazla bir iş düşmeyebilir. Bu hastalar kendi özel telefon ve ziyaretçi hatlarını oluştururlar. Ayrıca bu gruptaki hastaları hastanelere farklı zamanlarda yaptıkları ziyaretlerin amaçlarına göre de farklı güvenlik yaklaşımları sergilemek durumdadır. Bu yönüyle çok önemli hastanın kim olduğu, ziyaret

nedeni, kalma süresi, ortaya çıkan tehdit gibi unsurların iyi tespit edilmesi gerekmektedir (Luizzo, Scaglione, & Wals, 2002).

Sells (2000) de benzer bir sınıflandırma ile çok önemli hastaların devlet adamları, işadamları, ünlü toplum üyeleri ve önemli adli suçlular olarak sınıflandırmıştır. Ona göre özellikle adli suçluların kolluk kuvvetleri tarafından korunması ve sağlık personelinin de onlara bu konuda yardımcı olması gerekmektedir. Russel'ın (2010) da yaptığı iki grupta bulunan ve çok önemli hastalar sınıfına giren, herhangi bir suçta mağdur olmuş, şahitlik eden, tehdit altında olan, birileri tarafından zarar verilen, korunması gereken hastaların tamamıdır.

2.2.6.3.2. Bulaşıcı Hastalıklar Taşıyan Hastalar

Bu grup hastalar AIDS, Hepatit B gibi bulaşıcı hastalıkları taşıyan kişilerdir. Bu hastalıklar, kanla, vücuttan çıkan sıvılarla, kanlarının başkalarına sıçraması veya deri üstüne çıkmış mukoza veya sıvılarla ile temas, cinsel yollarla temas sonucunda bulaşan sıvılarla bütün sağlık personeli dâhil diğer bireylerin de tehdit altında olduğu hastalıkları taşıyan hastalardır. Bu hastalıkların normal günlük yaşam içinde olan ilişkilerde ne kadar bulaşıcı oldukları hakkında net bir bilgi yoktur. Ama özellikle sağlık personelinin bu hastalara bire bir müdahale etme durumları söz konusu olduğundan bu hastalıklara açık hale gelmektedirler. Güvenlik personeli için günlük işlerini yaparken bu hastalıklardan etkilenme ihtimalleri çok düşüktür. Sadece hastayla bire bir temas sonucu kendilerine iğne batması veya vücutta kesilme olması gibi durumlar riskli olan durumlardır. Güvenlik personeli için esas olan bu hastalarla muhatap olma (hastalığın bulaşma) korkusunun yenilmesidir. Bunun için güvenlik personeline bu hastalardan çekinmemeleri ve bu tür hastalıklardan (AIDS gibi) kaçınma yolları ile ilgili olarak sürekli bilgilendirme eğitimlerinin verilmesidir (Colling & York, 2010). Bu hastaları olan ve hasta bilgilerini saklayan hastanelerin hasta bilgilerini çok sıkı korumaları, personelin bu hastalıklara karşı tedbir almak için sürekli bilgilendirilip eğitilmesi gerekmektedir.

2.2.6.3.3. Hırçın (Saldırgan/Kavgacı) Hastalar

Hırçın (saldırgan/kavgacı) hastalar potansiyel olarak kendilerine ve çevrelerine zarar verme eğilimi olan hastalardır. Bu hastalar tedavilere karşı gelmek, sağlık personeline saldırarak onlara zarar verme (Ison, 2013) gibi birçok güvenlik sorunu oluşturabilirler (Risktopic, 2013). Sağlık kurumlarında görev yapan güvenlik personeli genel olarak hastanelerde hırçın hastalarla dört bölümde karşılaşırlar. Bu bölümler acil

servisler, akıl hastalarının bulunduğu servisler, yoğun bakım üniteleri, genel sağlık hizmeti veren klinikler ve hemşirelerin bulunduğu bölümlerdir. Hırçın hastalar acil servislerde doktorların karşılaştıkları en zor vakalar olarak bilinmektedirler (Marx, Hockberger, & Walls, 2013). Bu yerlerde hastalara yapılacak olan sözlü veya sözlü olmayan müdahalelerde sağlık personeli çok dikkatli davranmalıdır. Bu hastalar genellikle bir yerden bir yere taşınırken sorun çıkardıklarından dolayı sağlık personelinin kendini korumak için fiziki korunma yollarını ne ölçüde kullanacağına iyi karar vermeleri gerekmektedir. Yapılan bu müdahale, fiziki veya ilaçla hastayı güvenli hale getirme işlemi tıbbi bir müdahale olarak görülmelidir (Risktopic, 2013). Özellikle serum gibi acil olan ve uzun süre uygulanması gereken tıbbi müdahale durumlarında hastaların öncelikle sakinleştirilmeleri gerekmektedir. Aksi durumda yapılan müdahale de sağlık personelleri başarısız olabilirler (Medical Care for the Dementia Patient, 2014). Bu hastaların belirlenmesi ve riskli durumlarının tespiti daha en başta hasta ile görüşülürken tespit edilmelidir, hastanın üzerinde tehlike oluşturabilecek herhangi bir şey olup olmadığından emin olduktan sonra hastaya yapılacak müdahalelere başlanmalıdır (Ison, 2013).

2.2.6.3.4. Davranış (Bozukluğu) Problemi Olan Hastalar

Günümüzde hemen her hastane ve sağlık kuruluşu davranış bozukluğu olan hastalarla günlük olarak karşılaşmaktadır. Bu tür hastaların çoğunun hastanelere girişi acil servis üzerinden olmaktadır. Yapılan araştırmalarda bu tip hastaların sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkileyen durumlardan olduğu kaydedilmiştir (American Hospital Association, 2013). Hastaneler dâhil bütün sağlık kurumları için davranış bozukluğu olan hastalar önemli bir sorun teşkil etmektedirler. Çoğunlukla bu tip hastaları hastaneye girerken karşılanamayıp ve gerekli tedbirleri alamayan veya bu hastaların yönlendirilebileceği bir psikiyatri bölümü olmayan hastaneler ciddi güvenlik riskleri ile karşı karşıyadır. ABD gibi bazı ülkelerde akıl hastanelerine yatması gereken hastalar azalan akıl hastanesi sayısı nedeni ile genel hastanelere yatırıldıklarından dolayı bu tip hastalara ne yapılacağı büyük bir problem olmaya başlamıştır (American Hospital Association, 2013).

Amerikan Hastane Birliği'nin (AHB) (American Hospital Association, AHA) çalışmalarına göre son yıllarda davranış bozukluğu olan hastaların sayısı artmış ve bu hastaların tedavisinde psikolojik ilaçların kullanımında ciddi kötü niyetli davranışlar olmuştur (American Hospital Association, 2013). Bu durum akıl hastanelerinde bu tip

hastaların sayısının artmasına neden olmuştur. Sadece ABD’de 2009 yılında hastanelerden taburcu edilen hastalardan 2 milyonu akıl sağlığı ve ilaçların kötü niyetli kullanımı gibi nedenlerden tedavi görmüşlerdir (American Hospital Association, 2012). Akıl hastalarının oldukları bölümlerde silahlı güvenlik personeli silahlı olmayanlara göre farklı davranmalıdır. Bu bölümlerde güvenlik personeli sık sık devriye gezmez, daha çok kamera takip sistemi ve gözetleme yöntemiyle hastalar takip edilir. Fakat bu yerlere giriş çıkışın yapıldığı yerler güvenlik personelinin buldukları yerlerdir. Ayrıca özel durumu olan hastalara özel güvenlik tedbirleri alınır. Günümüz acil servislerine bakıldığında özellikle acil servislerde bu tür hastalar için yeterli tedbir alınmadığı/alınmadığı görülmektedir. Bununla beraber bazı sağlık kurumları özellikle acil servislere gelen bu hastaların oluşturabileceği güvenlik tehdidini azaltmak için, görevlendirilen psikiyatri doktorları, acil servis içinde bulundurulmuş kilitli odalar, psikiyatrik gözleme odaları, bu hastalar için ayrı hazırlanmış acil psikiyatri servisleri gibi tedbirler geliştirmişlerdir (Manton, 2014).

2.2.6.3.5. Otistik Hastalar

Otistik kelimesi sosyal dışlamayı niteleyen bir ifade olarak anlaşılmaktadır. Otistik hasta kısmen veya tamamen zarar görmüş bir yetisinden veya engelinden dolayı çevresindekilerle sosyal olarak ilişkiye giremeyen ve çevresinden kopuk olan hasta olarak nitelendirilebilir (Lashley, 2009). Dünya üzerinde 1900’lü yıllardan beri otizmi olan hasta sayısı 10 katı artış göstermiş, her 150 çocuktan birinin otizmin bir türünü taşıdığı düşünülmektedir. Otistik hastaların sayısında sürekli bir artış söz konusudur. Günümüzde, otistik bireyler iş hayatı, yaşam hayatı gibi sağlık ortamlarına da girmişlerdir. Otistik hastalar normal olan hastalardan daha fazla oranda iletişime geçmektedirler. Bundan dolayı hastane güvenlik personelinin bu hastaların tipik davranışları hakkında bilgili ve eğitim almış olması gerekir, bu yol ile bu hastalara karşı daha etkin bir davranış geliştirebilecektir. Otistik hastalara yapılacak olan güvenlik müdahaleleri genel olarak “anlat-göster-uygula” sıralaması içinde yapılmalıdır (Lashley, 2009). Özellikle hastane içinde kaybolan otistik bir hastanın bulunması talebi ya hastane güvenlik idaresinden ya da hastanın yakınlarından gelebilir. Bu hastaların davranışlarının olarak iyi tanınması bu tip hastalardan gelebilecek riskli davranışların azaltılmasını sağlayacaktır.

2.2.6.3.6. Adli (Tutuklu) Hastalar

Genel olarak cezaevlerinde veya hastanelerde tutulan ve cezasını çekmekte olan veya cezasının belirlenmesi için adli süreci devam eden hastalara adli hastalar denmektedir (James, 2007). Tutuklu hastaların sorumluluğu ilgili kolluk personeli veya hapisane gardiyanlarına aittir ve bu tip hastalar, her zaman sağlık personeli için ve hastaneler için tehdit oluşturan hasta grubudur. Günümüz hastanelerinin adli hastalara verdikleri hizmet bu hastaların sayılarının artması ile çoğalmıştır, bu durumda kontrollerin azalmakta ve nispeten hafifleyen bu durumlarda hastanelerden kaçış oranları artmıştır. Sağlık kuruluşlarına tutuklu hastaların getirilmeleri süreçleri genellikle hastanın bir çeşit salıverilmesi ve tedavi sürecinden sonra da tekrar tutuklanmasıdır. Maalesef cezaevlerinde tutuklu bulunan adli hastaların hastanelere nakledilmesi esnasında bu hastaların firarlarına da yol açmaktadır (Institute of Management & Administration, 2012).

Bu hastalar öncelikli olarak acil servislerden giriş yaparlar, ancak farklı tıbbi müdahaleler söz konusu olabileceğinden bu hastaların hastane içinde farklı yerlere taşınmaları gerekmektedir. Yanlarında bulunan güvenlik personeli / hapisane personeli bu durumu takipte zorluk yaşayabilir. Yaşanabilen bu sıkıntılar hastaların kontrolünü güçleştirmekte ve dolayısıyla da hastanede ortaya çıkabilecek güvenlik olaylarına sebep olabilmektedir. Yine yapılan araştırmalar göstermektedir ki kaçma eğilimi olan bu tür hastalar en çok kliniklerde tedavi oldukları sırada kaçmakta ve bu durumu da sırasıyla tuvaletler, dış mekânlar ve acil servisler takip etmektedir (Institute of Management & Administration, 2012).

Adli hastaların yanında onlara refakat eden kolluk personeli bu hastaların çok iyi kelepçelendiğine çok dikkat etmeleri gerekmektedir. Özellikle kelepçe veya benzeri araçlar ile tutulan hastalar MR⁴⁴ veya X-ray⁴⁵ gibi manyetik görüntüleme aletlere girecekleri zaman bu hastalara tıbbi bir koruma ile kolluk kuvvetlerine yardım sağlanarak hastaların üzerelerinde bulunan bu metaller çıkartılmalıdır. Eğer böylesi bir şekilde yapılması mümkün değilse o zaman hastanın kontrol altında tutulmasını sağlayabilecek sayıda gardiyan veya adli kolluk personeli eşlik etmelidir (Colling & York, HHS, 2010). Bu tür hastalar özellikle bir tıbbi tedavi alabilmek için, üstlerinin çıkartılması gerekirse

⁴⁴ MR: Manyetik Rezonans görüntüleme sistemi hastaların sağlık sorunlarının tespiti için kullanılan bir vücut içi görüntüleme sistemidir.

⁴⁵ X-ray: Hastaların sağlık sorunlarının tespiti için kullanılan bir vücut içi görüntüleme sistemidir.

veya tuvalete gitmeleri gerektiğinde kelepçeleri açılacaktır. Bu hastalar kaçma eğiliminde olabileceklerinden dolayı hastanede bulunan sağlık ve güvenlik personeli ile sorumlu kolluk kuvvetinin çok dikkatli olması gerekmektedir, bu tür davranış kaçma riskini düşürecektir (Institute of Management & Administration, 2012). Özellikle sağlık kurumun bu tür hastalar ve bu hastalara yönelik nasıl tedbirler alınması gerektiği konusunda personelini eğitmesi, kurumun kendine ait plan ve politikalarının olması gerekmektedir (Institute of Management & Administration, 2012). USGEK bu tip hastaları muhafaza edecek herhangi hücre tipi bir odası ya da yeri olmayan hastaneler için genel olarak uyulması gereken koşulları ‘Tutuklu Olan Hastaların Güvenliği’ yönergesinde (bkz EK-4) (IAHSS, 2012) ortaya konmuştur.

2.2.6.3.7. Çok Dolaşan Hastalar (Unutkanlık veya Psikolojik Nedenli)

Hastanelerde hastanın sorumluluğu öncelikle, en çok ilgili sağlık personelinin üzerindedir. Dolayısıyla sağlık personelinin hastanın nerede bulunduğunu ve nerelere gittiğini iyi takip etmesi gerekmektedir (Sells, 2000). Hastanelerde unutkanlıklardan kaynaklanan kaybolma vakaları en çok Alzheimer hastaları arasında meydana gelmektedir. Bu vakaların önüne geçmenin en etkin yollarından birisi hastaya elektronik bilezik (etiket) takma uygulamasıdır. Bu sistemlerde merkezi bilgisayar kontrolü ile yapılan takiplerde bilgisayar programları aracılığı ile hastalar hakkında sürekli bilgi toplanır. Diğer bir sistemde ise hastaların durumlarına göre farklı kıyafet giydirme yoluyla hastaların takibi sağlanmıştır (Colling & York, HHS, 2010). Hastaların kayıp olduğu fark edilir edilmez güvenlik bölümü bilgilendirilmeli, telsiz, telefon veya elektronik iletişim yollarıyla hastanın bilgileri güvenlik personeli ile paylaşılır. Sağlık personeli faydalı olacağını düşünürse hastanın ismini güvenlik personeli ile paylaşmalıdır. Eğer aranan şahıs bulunamıyorsa ilgili kurum idarecisi, adli kolluk kuvvetleri ve hasta yakınlarına mutlaka bilgi verilmelidir (IAHSS, 2006). Bu şekilde en kısa sürede aranan şahsın kendisine ve çevresine zarar verme ihtimalinin önüne geçilmelidir.

2.2.6.3.8. Bebek ve Çocuk Hastalar

Epidemik düzeyde bir suç olmasa da hastanelerde çocuk kaçırma olayları hastaneler, sağlık kurumları, bu yerlerde çalışan sağlık personeli (özellikle de hemşireler) ve aileler için ciddi bir problemdir (Sells, 2000). Yeni doğan ünitelerinde yaşanan bebek kaçırma olaylarının engellenebilmesi için ciddi seviyede çaba sarf edilmektedir. KAK’ın

standartları içinde yeni doğan servisi güvenlik hassasiyeti olan yerler olarak nitelendirilmektedir (IAHSS, 2012) . Farklı ailelere kendilerine ait olmayan bebeklerin yanlışlıkla verilmesi hastanelerde bulunan bu servislerde sıkça yaşanan olaylar içindedir. Çocukların buldukları bölümlerde hastaneden kaçırılma, çocukların kendilerinin kaçmaları ve çocukların suiistimal edilmeleri bu servislerde yaşanan güvenlik olayları içine girmektedir. Hastanelerde daha uzun sürelerde kalan çocuk hastaların doğal olarak daha fazla risk altına girmeleri olası bir durumdur. Hastane güvenliği için tehdit unsuru oluşturan durumlardan birisi de Munchausen By Proxy Syndrome⁴⁶ (MBPS) durumudur. Genellikle çocuk servislerinde küçük olan çocukları olan ebeveynler kasti olarak çocuklarını hastaneye sürekli getirip hasta olduğunu doktorlara ifade ederek onlara aşırı ilaç kullandırıp bazen kendi evlatlarının ölümüne bile yol açabilmektedirler. Güvenlik personelinin, böylesi bir durumu olan anne ve babalara dikkat etmesi gerekmektedir (Colling & York, HHS, 2010). Özellikle bebeklerin bulunduğu bölümlerde yeterince tedbir alınmaması ve bu yerlerin görüşe açık olması, ailelerin bu bölümlerde uzun süreli durmamaları bu yerlerde suç işlenmesini kolaylaştırabilen durumu ortaya çıkabilecektir. Çocuk kaçırma bazen o bölümde çalışan bir sağlık personeli olabilirken bazen de çocuğun ailesinden biri, her hangi bir kötü amaçla gelen şahıs da olabilir (Sells, 2000).

2.2.6.3.9. Kayıp Hastalar

Kayıp hastalar, tedavi alanından izinsiz olarak yetkilileri bilgilendirmeden ayrılanlar olarak tanımlayabiliriz (Smith, 2007). Kayıp hasta vakaları hastanelerin ve dolayısıyla da güvenlik personelinin genel olarak karşılaştıkları vakalardır. Hastane içinde yatan hasta durumunda olan hastalar bazen kasıtlı bazen de kasıtsız olarak buldukları bölümleri haberdar etmeden ayrılabilirler. Bu hastalar, bölümlerine bilgilendirme yapmadan hastane içinde başka yere tedavi amacıyla gidebilirler. Bunların dışında hastalar, kendi bireysel ihtiyaçlarını karşılamak veya gezinmek gibi farklı birçok nedenden dolayı buldukları yerleri terk edebilirler. Bu duruma düşen bütün hastalar kayıp hasta sınıflandırmasına girmektedir. Eğer hastanın kayıp olma durumu kesinleşmiş ise bölümde bulunan sağlık personeli hemen kurum güvenlik personeli ile bağlantıya geçmelidir. Bu durumda olan hastalar için özellikle akli sorunu olan veya kayıpken güvenlik problemi ya da tehdidi oluşturabilecek hastalar ile ilgili hastanenin bütün bölümlerine haber verilerek ve her yerde aranır. Bu aramalar yapılırken, hastanın bilgileri

⁴⁶ MBPS: Bir tür çocuk istismarı yapılan hastalık türüdür. Genellikle ebeveynlerde çocuklarına karşı görülür. (Hancı & Eşiyok, 2000)

verilerek hastanede bulunan diğer personel ile beraber hasta aranır. Bazen, hastaların kaybolması konusunda kolluk kuvvetlerine haber verilip verilmemesi durumunda kurumlar kararsızlık yaşayabilirler. Hastanın durumunun ciddiyeti de göz önünde bulundurularak (ki buna hastanın kaybı ölümle ya da başkasına zarar verme dâhildir,) en kısa sürede ilgili kolluk kuvvetleri mutlaka bilgilendirilmelidir (Smith, 2007).

Bazı hastanelerde genellikle hasta kaybolmuşsa ve kayıp süresi 45 dakikayı geçmişse hasta için 'kayıp hasta' işlemi başlatılır ama yine de bu kaybın günün hangi zamanında olduğu önemlidir. Örneğin gün içinde 45 dakika kaybolan hastanın durumu ile gece saat üçte kaybolan bir hastanın durumu farklıdır. Gece geç saatlerde olan kayıplarda süre daha kısadır ve olaya hemen müdahale edilmelidir. Çünkü hasta düşerek ya da yanlış bir duruma neden olarak başta kendi emniyetini, sonrasında da başkalarının güvenliğini tehlikeye düşüren bir duruma isteyerek ya da istemeyerek yol açmış olabilirler. Her sağlık kurumunun kendi şartlarında ve durumuna uygun olarak hazırladığı bir hasta kaybolma - arama yol ve yöntemi olmalıdır. Hastane içinde yapılan ilk aramadan 45 dakika geçtikten sonra eğer hastanın bulunması durumu olumsuz ise polisin bu durumdan haberdar edilmesi gerekmektedir (Colling & York, HHS, 2010).

Hastanelerde kendi rızasıyla ayrılmak isteyen veya sürekli sorun çıkaran veya çıkarma eğiliminde olup hastaneden ayrılmak isteyen hastalar tedavi almayı reddetme formunu (AMA⁴⁷) imzalayarak ayrılırlar. Bu durumu tipik bir kaybolma olayıyla karıştırmamak gerekmektedir. Çünkü hasta bile olsa yetişkin bireyler kendi istekleri doğrultusunda sorumluluklarını da alarak ilgili sağlık kurumundan ayrılabilirler. Eğer bu tür hastalar o belgeyi imzalamadan kurumdan ayrılmakta ısrar ederlerse öylesi bir durumda da hastanın gitmesine izin verilebilir (Smith, 2007).

2.2.6.4.Hastaların Servisten Kaçmalarını Engelleme ve Buna karşı Alınan Tedbirler

Hastaların servislerden kaçmaları veya kaybolmaları onların yaralanma, zarar görme ve hatta ölüm risklerini arttırmaktadır (Lehardy, Lerivian, Evans, O'connor, & Lesage, 2013). Genellikle hastaneden kaçma eğilimi olan hastalar akli sorunları olan, bunama sorunu (demans) olan veya akli tam olarak yetmeyen hastalardır. Yine alkol ya da başka uyuşturuculara bağımlılığı olan hastalar da bu gruba girmektedirler. Ayrıca

⁴⁷ ABD'de hastaların tedaviyi almayı reddettiğine ve hastaneden kendi rızaları ile ayrıldığına dair imzaladıkları belge

hastanelerde tedavi amaçlı yatan adli suçlular da bu gruba giren hastalar içinde yer almaktadır. Bu hastalar kendilerine zarar verme eğiliminde olan ve aynı zaman da hastane için emniyet ve güvenlik tehdidi oluşturan riskli hastalar grubuna girmektedirler. Otizmli hastalar özellikle ölümlü sonuçları olan hasta grubuna girmektedir (Lehardy, Lerivian, Evans, O'connor, & Lesage, 2013). KAK'ın belirtmiş olduğu sentinel olaylar grubuna giren intihar, öldürme ya da kazara ölme ya da ölüme yol açma olayları bu hastaların sebep olduğu olaylar içine girmektedirler. Hastaların hastaneden kaçmalarının en temel nedenlerinden birisi hasta hastaneye yatılı olarak kabul edilirken hastanın durumunun iyi analiz edilerek, risk durumunun net olarak belirlenememesi/belirlenmemesi ve sağlık personelinin kendi içinde olan iletişimsizliğidir. Eğer kabul esnasında hasta detaylı olarak iyi analiz edilmişse ve riskli hastalar için yeterli kurumsal tedbir alınmışsa hastanede yaşanabilecek bu tür olayların önüne geçilebilir. Psikiyatri kliniklerinde yapılan, ara ara tekrar eden biçimsel gözlemler ve değerlendirmeler hastaların kayıp riskini azalttığı gibi kendine zarar verme veya intihar etme olaylarını da azalttığı görülmektedir. Bu uygulama akut psikiyatrik sorunları olan hastaların bulunduğu kliniklerde yapılmaktadır (Manna, 2010).

Bu tarz olaylar yaşandığında hastanın izlenmesi ve kaybolduğunda takibini kolaylaştırmak amacıyla en kullanışlı teknik hastalara kurum içinden, çevredekiler tarafından tanımlarını sağlayabilecek bir hastane elbisesi ya da hastane pijaması giydirilmesinin sağlanmasıdır. Hastanın üzerinde şahsi hiçbir eşya ya da elbise bırakılmaması etkili bir yöntemdir. Ayrıca bazı sağlık kuruluşları dijital/elektronik kelepçelerle risk grubundaki hastaları takip ederken, bazıları da bu hastaların bulunacakları odaları hastane personeline yakın ve gözetiminin kolay olarak sağlanabileceği merkezi yerlere yerleştirirler. Başka bir tedbir de, sağlık kurumları bu hastaların başlarına bir personel tahsis eder. Yine belirli zamanlarda kapıların otomatik olarak kilitlenmesi veya hastaların video kamera sistemi ile izlenerek takip edilmesi veya kapıların kart geçişine açılarak yetkisiz çıkışların engellenmesi, radyo frekans sistemleri ile takip uygulaması yapmak gibi tedbirler (MacAlister, 2010) bulunmaktadır. Kaçan hastalar ile ilgili belirlenen standartlar USGEK'in 09.04 Nolu 'Kaçan Hasta' yönergesinde (bkz EK-6) (IAHSS, 2012) belirlenmiş ve çoğu sağlık kurumunda da burada belirtilen ölçütler esas alınmıştır.

Hastanın güvenliğinde esas sorumluluğun hastayla ilgilenen sağlık personelinde olduğu unutulmamalıdır. Güvenlik personeli acil bir durumda veya sağlık personelinin bulunmadığı ortamlarda hastaya müdahale yetkisi alabilir. Yine de güvenlik personeli olabilen en kısa sürede sağlık personelinin desteğini almalıdır. Sells'e (2000) göre sağlık personeli hastaların kaçma veya hastaneden izinsiz gitme durumunu hastane güvenlik personeline bildirirken üç seviyeli bir hareket sistemi kullanır. Buna göre;

Seviye 1: Herhangi bir doktor desteği istemeyen ve genellikle güvenlik personelinin konuşarak olayı çözebileceği durumlardır.

Seviye 2: Hastanın sağlıklı karar alamama durumu ve mutlaka bir doktor desteğinin olması gereken, güvenlik personelinin yumuşak bir şekilde ve sözlü olarak olayı çözebileceği durumlardır.

Seviye 3: Hastaların tehdit oluşturduğu ve güvenlik personelinin fiziksel müdahaleler yaparak daha katı tedbirler almasıyla hastaya müdahale edilmesi durumlarıdır.

2.2.6.5.Hastanın Üstünün Aranması

Hastanın üstünün aranması veya üstünü çıkarması için hastaya sözlü olara, rica edilerek, hastanın kendi rızası alınarak yapılması gerekmektedir. Hastanın rızası alınması öncelikli konudur (Surrey and Borders Partnership, NHS, 2006). Bu durumda hasta bu durumu reddederse hastaya tekrar sorularak yapılması gerekenler ondan istenmelidir.

Güvenlik personeli ve sağlık personeline direnen hastalara yine risk güvenliği konusunda bilen bir personel, hastanın doktoru veya ailesinden birisi tarafından yapılmalı. Bu yapılırken de, ikna yoluna gidilerek, yapacağı işin faydası hastaya anlatılarak üstünü çıkarması istenmesi ve üstünün aranacağı bildirilmesi gerekmektedir. Sağlık kurumları genellikle bu tür olumsuz tepkiler veren hastalarının durumlarını çözememekte ve bu hastalar risk oluşturduklarından hastaları taburcu etme kararı alınmaktadır. Hastanın hastaneden taburcu olma kararını kesinlikle kurumun güvenlik personeli değil de kurumda bulunan sağlık personeli almalıdır. Eğer, hasta yapılacak arama işlemine rıza gösterirse, hastayla aynı cinsiyette olan bir personel, hastanın rahatsız olmayacağı ve mahremiyetini zedelemeyecek bir yerde ve hastanın doktoru veya sorumlu sağlık personelinin gözetiminde olduğu bir yerde, hasta 'hava alanı arama ölçütlerine' göre aranır (Colling & York, HHS, 2010). Bu konuda USGEK'in

02.08 Nolu ‘Hasta ve Hastaların Bulunduğu Yerlerin Aranması’ yönergesine (bkz EK-5) (Department of Health Code of Practice, 2008; Gunn, 1992; Health South Eastern Sydney Local Health District, 2013) bakılabilir.

2.2.6.6.Hastaların Eşyaları

Hastalarda güvenlik olayları içinde yer alan ve önemli sayılan olaylardan birisi de kayıp olan veya çalınan hastalara ait özel eşyalardır. Özellikle yanlarında kıymetli mücevher gibi özel eşya bulunduran hastalar risk grubuna giren, hırsızlık ve eşya çalınma problemi yaşayabilecek olan hastalardır (Sells, 2000). Hastaneler bu durumun önüne geçebilme düşüncesiyle hastalara ön kayıt yaparak hastaların kıymetli eşyalarını kayıt altına alıp onları hastalar adına saklarlar. Fakat her sağlık hizmeti veren kurumda yeterince fiziki imkân olmamasından dolayı yeterli yer bulunamamaktadır. Hastaneler, hastalarına ve ziyaretçilerine, yanlarında getirdikleri özel ve kıymetli eşyalardan hastanenin sorumlu olmadığını yazılı olarak bildirirler. Bu yazılar hasta veya yakınına okutulmalı ve sorumluluğun onlarda olduğuna dair bir imza alınmalıdır. Bazı hastaneler otellerde de olduğu gibi hasta ve yakınlarına (belli bir ücret karşılığında özel) kasa hizmeti sunarlar (Colling & York, HHS, 2010, s. 352).

Hastanın özel eşyaları ile ilgili genel prensipler genel olarak aşağıda belirtildiği gibi sıralanabilir.

- Hastaların eşyaları alındığında eşyaların içine konacağı zarflar korumalı zarflar olmalı, zarflarda mühür ve kayıt numarası bulunmalıdır.
- Zarflama ve mühürleme işlemi hastanın veya bir yakının yanında yapılmalı. Zarfın üzerine sadece hasta adı, kayıt numarası ve hastanın kaldığı bölüm ve oda numarası yazılmalıdır. Zarfın içine de zarfa olan eşyaların listesinin yazılı olduğu bir bilgi kâğıdı konmalıdır.
- Bu işlemler yapılırken hasta ile beraber en az iki şahit bulunmalıdır. Zarfın içine nelerin konduğunun belli olması için eğer hastanın şuuru açık değilse bir hasta yakının yanında veya hasta müsaitse onunla beraber eşyalar zarfa konulmalıdır ve zarfa konan eşyalara dikkat edilmelidir.
- Yapılan kayıtlar hesap verilebilir bir biçimde hastanın adı ve bilgileri, oda numarası, tarih, gün ve saat belirtir şekilde olmalıdır.

- Kilitlenecek kutunun en az iki kilitli olması ve çalınmalara karşı mukavemetli sağlam bir yerde muhafaza edilmesi gerekmektedir. Açılacak olan bütün kutular iki kişinin şahitliği altında yapılmalıdır.
- Hastalar veya hasta yakınları emanet eşyalarını alırken eşyalara dokunulup dokunulmadığına çok dikkat etmelidirler. Şayet şüpheli bir durum söz konusu ise güvenlik birimleri hemen bilgilendirilmeli ve soruşturma yapılmalıdır.
- Eğer hasta emanet ettiği eşyasından sadece bir kısmını alacaksa kalan eşyalar için yeni bir dosya ve zarf hazırlanarak yeni bir kayıt oluşturulmalıdır (Sells, 2000).

2.2.6.6.1. Hastaların Eşya Kayıpları

Hastalarının eşyalarının kayıp olması hastanelerde kayıplar içinde en az orana sahip olmasına karşın, hastanelerin en fazla önem verilen kayıp konusudur. Aslında hastanelerin genel sarf malzemelerinin kayıp oranları hasta eşya kayıplarından daha yüksek düzeydedir. Hastanelerin hastaların kayıplarına daha fazla önem vermelerinin nedeni hastanenin güvenli ve iyi birer yer olarak bilinmesi ve (genelde yasal olarak) personelin tehlike altına girme riski olmasıdır. Eşyanın çalındığı ya da kayıp mı olduğunu tespit genelde zordur. Bazen hastanın kaybolduğunu iddia ettiği eşyası ya başka bir hasta tarafından alınmış, kullanılmış veya başka bir yere götürülmüş (Sells, 2000) olarak bulunmaktadır. Bu durum sadece hastalar için değil ziyarette bulunan kişiler ve hastanede çalışan personel içinde söz konusudur. Eşya bazen hastanın bir yakını tarafından alınmış, bazen de hasta tarafından unuttuğu bir yere konmuş olabilmektedir.

Hastalar genelde çalındığını söyledikleri, daha sonra kaybettikten sonra buldukları eşyaları bulduktan sonra ya önem vermedikleri için ya da hastaneye karşı mahcubiyet içinde olduklarından bulunan eşyayı hastaneye bildirmemektedir. Oysaki hastalardan bir kısmı herhangi bir eşyası kaybolduğunda hastane yönetimine olabildiğince güçlük çıkararak tartışmaktadır. Hastaneler içinde eşya kayıt sistemi olan hastaneler herhangi bir kayıp olayında kendilerini ciddi bir yükümlülük altına sokmaktadır (Colling & York, HHS, 2010). Bu durumlar göz önünde bulundurulduğu zaman hastaneler ve diğer sağlık kurumlarında kayıp eşya-bulunan eşya ile ilgili prosedürlerin oluşturularak bu eşyaların bulunduğu ne kadar süre ile kurum tarafından muhafaza edileceği (ortalama 90 gün gibi) konularının hastane tarafından belirlenerek, yazılı hale getirilmiş olması gerekmektedir (Sells, 2000).

2.2.6.7.Ziyaretçiler

Güvenlik personeli hastalarla sınırlı olarak karşılaşmalarına rağmen, gerek hastane içinde gerekse de hastane çevresinde sık sık hastaneye gelen ziyaretçilerle karşılaşmaktadırlar. Hastaneye malzeme getiren, hastanede çalışmak veya iş yapmak için dışarıdan gelen şahıslar, hasta yakınları gibi farklı amaçlarla gelen ziyaretçiler güvenlik personeliyle park yaparken, yükleme noktalarında eşya yüklerken ve indirirken, hastane bina girişlerinde, ambulans girişleri gibi birçok farklı yerde karşılaşabilirler (Srinivasan, 2008). Güvenlik personeli bu şahıslarla karşılaştığında ve iletişime girdiğinde çalıştığı sağlık kurumunu temsil etmektedir. Bu şahıslara karşı davranışlarında gayet dikkatli ve diplomatik bir biçimde davranmalıdır. Yine, hastaneye eğitim amaçlı gelen ve bilgi paylaşımında bulunan sağlık personeli de hastaneye ziyaretçi olarak gelen kişiler olarak kabul edilirler. Bu kişiler hastane politika ve kültürünü tam olarak bilemeyeceklerinden güvenlik zafiyetlerine yol açabilmektedirler (O'Brien, Rogers, Jamtvedt, & Oxman, 2008).

Çoğunlukla da yatan bir hastanın ziyaret edilmesi hastanın çabuk iyileşmesi ve kendini daha iyi hissetmesinde etken bir faktördür (NHS Lothian, 2012). Hastaların veya herhangi bir şekilde tedavi amacıyla hastaneye gelen bireylerin yanlarında birisiyle gelmesi de kaçınılmaz ve doğal olan bir durumdur ama bu kişiler hastaya eşlik ederken tedaviye doğrudan müdahale ederek tedavinin aksamasına neden olurlar. Hastaları yalnız bırakmaları gereken durumlarda onları bırakmak istemeyen tavırlar sergileyerek hastane ortamını bozabilirler. Gürültüsü, getirdiği çöp veya farklı şeylerle hastanın tedavisini aksatarak hastanın daha kötü olmasına neden olabilmektedirler. Ziyaretçi kabulü ile ilgili olarak hastanın iyileşmesi için mutlaka yakınları tarafından ziyaret edilmesi gerektiğini düşünen liberal bakış açısı ile hastanın iyileşmesi için katı bir ziyaretçi politikası olması gerektiğini düşünen tutucu bakış açısı gibi iki farklı bakış açısı mevcuttur. Günümüzde yaygın olan anlayış ziyaretçilerin rahat bir şekilde hastalarını ziyaret edebilmeleri bakış açısıdır. Bununla beraber hasta yakınlarının belli bir saatte ziyaret edip belli saatlerde de hasta ziyaretinin yasaklanması şeklinde de bir algı da söz konusudur. Binanın elverişsiz koşullarda olması veya tasarımın yetersiz olması hasta ziyaretlerinin probleme yol açmasının nedenlerinden birisidir. Yine ziyaretçi kontrolünde bölüm olarak kendine ait özel durumları olan acil servislerde bulunan müdahale odaları, doğumhaneler, pediatrik üniteler, cerrahi müdahalelerin yapıldığı ameliyathaneler, yoğun bakım üniteleri ve hastaların güvenlik amacıyla veya farklı nedenlerden dolayı ayrı olarak tutuldukları

odalar vardır. Bu yerlerde hastaneler kendi özel prosedürlerini oluşturarak sadece yetkili personelin girmesine izin verilen alanlar belirler. Hastanelerde bazı yerler sadece personelin bulunması gereken yerler olabilir (NHS Lothian, 2012). Yasal olarak izin verilen ve hak olarak bulunan durumlarda tabii ki hasta yakınları hasta ziyaretleri yapabileceklerdir. Ancak bu saatlerin dışında ve özellikle de hasta için çok geç olan vakitlerde, hastaların özel bir bakım almaları gereken durumlar söz konusu olduğunda, hasta yakınları bu durumlara mutlaka özen göstermelidirler. Aynı zamanda hastaya refakat eden ve giriş çıkışlarda kendisine güvenlik tarafından soru sorulan ziyaretçiler bu durumdan rahatsız olup saldırgan davranışlar gösterebilirler (Colling & York, HHS, 2010, s. 354).

2.2.6.7.1. Hasta Ziyareti Saatleri

Hastaneye yapılan girişlerin kontrollerin sağlanması için hastaneye giriş saatleri farklı algıları gerektiren iki saat grubuna ayrılmıştır. Normal olarak hizmetin verildiği saatler ve normalin dışında hizmetin sağlandığı operasyonel saatler. Bu arada hastaneye yapılan ve tamamen hastaları ziyaret amacı taşıyan ziyaretler haricinde sağlık çalışanları bilgi edinme ve tecrübe paylaşma için de hastane ziyaretleri yapmaktadır (van den Hombergh, Grol, van den Hoogen, & van den Bosch, 1999) ancak bu konu burada ele alınmayacaktır. Eğitim için yapılan hastane ziyaretlerinin genel olarak herhangi bir güvenlik riski oluşturup oluşturmadığı konusu da genellikle tartışılmamaktadır.

Hasta ziyaretleri ile ilgili düzenlemeler sağlık kurumlarında farklılıklar göstermektedir. Bazı kurumlar hasta ziyaretlerini belirli bir zaman ve süreyle kısıtlamazken diğer bazı sağlık kurumları da eskiden yapıldığı gibi sadece belli saatlerde kuruma ziyaretçi kabulü yaparlar. Bunun yanında yoğun bakım gibi özel durumu olan yerlere yapılacak olan ziyaretler çok katı ve kısıtlı bir ziyaret yol ve yöntemi gerektirirken, pediatri gibi bazı bölümlere de (özellikle) anne ve babanın ziyaretlerinde daha esnek davranılabilmektedir. Ziyaretçilerin ziyarette bulunacakları süre de bölüme ve kurum ziyaret politikasına göre değişiklik gösterebilmektedir (NHS Lothian, 2012).

Sağlık kurumlarında ziyaretçi politikaları kurumun kendi hassasiyetleri göz önüne alınarak yapılmalıdır. Hastanelere ve diğer kurumlara yapılan ziyaretler nedeni ne olursa olsun kayıt altına alınır ve ziyaretçilerin yaka kartı taşımaları sağlanırsa etkin bir güvenlik tedbiri oluşmuş olur (Sennewald, 2003). Bazı kurumlar ziyaretçilere tek kullanımlık ve elbiselerine yapışabilen bir kart verirken bazıları da PVC'den oluşan, tekrar kullanılabilen

kimlik kartları kullanmaktadır. Günümüzde gelinen teknoloji sayesinde de manyetik, bilgisayar desteğiyle kullanım süresi ve yetkisi sınırlandırılan kartlar da bazı hastaneler tarafından kullanılmaktadır. Bütün bu düzenlemelere rağmen, ziyaretçiler, hastane ve kurumda problemlere yol açabildiklerinden güvenlik personeli bu durumlara sürekli müdahale etmek zorunda kalmaktadır (Colling & York, HHS, 2010, s. 355).

Olabilecek mesai dışı ziyaretlerin kontrolsüz bir şekilde olmasını engellemek için doktorlar ve personelin hastane içine giriş yaptıkları geçişlerden yatan hastalara ulaşan veya park alanlarında bulunan girişlerden hastaneye yapılan girişler gibi durumlara karşı bütün kapılar mesai sonrasında kapatılmalıdır. Başka bir çözüm de, bu tip girişlerin manyetik kartlarla sadece yetkili personelin geçişini sağlayacak şekilde ayarlanması ve genel bir giriş kapısı açık bırakılarak bütün girişler tek ve merkezi bir yerden kontrollü olarak sağlanması şeklinde yürütülmesidir. Hastaneye yapılacak olan bütün girişler için ziyaretçiler belirlenmiş olan bu merkezi giriş noktalarına yönlendirilmelidir (Sennewald, 2003). Girişlerin yapılacağı yerler konusunda ziyaretçiler yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilerek bu yerlere yönlendirilmelidir. Acil servis bölümü olan hastanelerde binaya mesai saatleri dışındaki girişler bu yerlerden sağlanmalı eğer hastanede acil servis bölümü yoksa girişler hastanenin genel giriş kapısından sağlanmalıdır. Hastanelerde (mesai dışında) sağlanan girişler elektronik kapı kilitleme ve koruma sistemleri, kamera sistemleri gibi teknik düzenlemelerin yanında güvenlik personeli tarafından da kontrol altına alınır. Bina içine izinsiz ve yetkisiz girişlerin engellenebilmesi için hastane güvenlik personelleri tarafından devriyeler arttırılarak, bina içinde ve giriş yerlerinde güvenlik alarm sistemleri devreye sokulur. Ziyaretçilerin hastaneye girişlerinin kartlı olması, giriş ve çıkışların sürekli kayıt altına alınması (psikolojik olarak bireylerin kontrolsüz girişlerinin engellenmesi için) ve ziyaretçilerin imzasının alınması önemli kontrol tedbirlerdendir. Bazı sağlık kurumlarında ziyaretçiler giriş yaparken kişileri tanıtan bir kimlik ya da ehliyet gibi bir belge istenebilir. Yine, hastaneye ziyaretçi girişlerinin sağlandığı noktalarda hasta ve ziyaretçi bilgilerinin yazılı olduğu veya bunların dijital olarak kayıt altında tutulduğu bir bilgisayar bulundurulması giriş-çıkışlar kontrollü olarak sağlanabilir (Arata, Perimeter Security, 2006).

2.2.7. Bina Güvenliği

Kalite genelde üç başlıkta ölçülebilir, bunlar sırasıyla süreç, yapı ve çıktılardır. Özellikle yapı başlığı altında donanım, personel ve bina gibi temel unsurları

barındırmaktadır (Srinivasan, 2008). Hastanelerde kalitenin kaçınılmaz bir parçasının da hastanenin hizmet veren binalarının güvenliği olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Toplumlarda sürekli olarak gerçekleşen değişimlere rağmen hastaneler, bina yapılarının statik durumlarından kaynaklanan ve bu değişime ayak uyduramama problemi yaşamaktadır. Binaların ve sağlık personelinin hizmet verdikleri yerler de değişen şartlara göre farklı ve yeni güvenlik zafiyetleri ortaya çıkarabilmektedir (McKee & Healy, 2002). Aslında güvenliği iyi sağlanmış bir binada hastaların, çalışanların ve ziyaretçilerin gönül huzuru içinde o ortamlarda bulunacağı ve sağlık personelinin de hizmet kalitesinin artacağı gözden kaçmamalıdır. Aslında sağlık kurumlarında hizmetin verildiği, hasta ve sağlık personelinin öyle veya böyle bulunduğu her yer riskli yer olarak kabul edilmelidir. Çalışmada genel olarak USGEK (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012) kurumunun belirttiği yerler referans olarak alınacaktır. Bu yerler; acil servisler, bebek ve doğum servisleri, akıl sağlığı servisleri, hastane eczaneleri, vezneler ve muhasebe bölümü, depolar, yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler, yemekhane, çamaşırhane (Sells, 2000) ve park alanları olarak (Colling & York, HHS, 2010) sıralanabilir.

2.2.7.1. Yoğun Bakım Ünitesi

Hastanelerde önemli bir hizmet veren yoğun bakım üniteleri duruma göre yoğun güvenlik ihtiyacı olan yerler haline gelebilmektedir. Özellikle yoğun bakıma sevk edilen hasta yakınlarının önünde bekledikleri yerlerde hastanın durumunun kötüleşmesi veya hastanın ölümü sonucu hasta yakınları kendilerini kaybedip çığlık çığığa ağlayabilir ve kendilerini kaybederek çevreye ve kişilere zarar vererek, tehlike oluşturabilirler. Yine bu bölümler kan davası nedeniyle kinlerini devam ettirmek düşüncesiyle bu servislerin önünde bekleyen kötü niyetli kişiler de bulunabilir. Bu gibi yerlerde duygusal olarak yıpranmış ve çökmüş olan veya her an patlamaya müsait hasta yakınlarına yapılacak olan müdahaleler sakinleştirici olmalı, sağlık ve güvenlik personeli bu gibi yerlerde daha anlayışlı bir hal ve tavır almalıdırlar. Özellikle, her hastanın içinde bulunduğu kültür ve töreler farklı olduğundan güvenlik personeli, hasta ve yakınlarının kültürel, gelenekler davranışlarının farklılığı konusunda bilgili ve anlayışlı olmalıdır. Ancak bu şekilde davranış yolu ile farklı düzeyde ve şekillerde gelişebilen tepkilerin seviyesi düşürebilir (Colling & York, HHS, 2010).

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ), özel güvenlik uygulamalarının olması gereken yerler olduğundan bu yerlere yapılacak giriş-çıkışların kısıtlanması gerekmekte, sadece yetkili personelin bu yerlerde bulunmasına dikkat edilmektedir. Bu yerlerde hastaların hayati durumları söz konusu olduğundan, uyuşturucu ilaçlar olmak gibi bazı önemli medikal malzemelerin, kesici ve zarar verici tıbbi aletler de bu yerlerde bulunduğu da bilinerek faaliyet gösterilmelidir. Bu yönüyle bakıldığında yoğun bakım ünitelerine giriş-çıkışlar kamera ile kontrol altında tutulmalı, mümkünse manyetik kartlarla sağlanmalıdır. Ekonomik imkânları kısıtlı olan kurumlarda megafon ile konuşularak veya zile basılarak bu yerlerin giriş-çıkışı sağlanmalıdır (Thompson, Hamilton, & Caden, 2012). USGEK'e göre bu bölgeler üçüncü derecede güvenlik hassasiyeti olan yerler olduğundan bu yönde tedbirlerin sağlanması gerekmektedir (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012). Ayrıca hastaları bekleyen ziyaretçiler için de kurumun fiziki yapısı müsait olmak koşuluyla bir bekleme alanı belirlemeli, böylece ziyaretçiler daha rahat kontrol altında tutulabilmelidir. Yine bu yerlerde bulunan çalışanlar, hastaların şahsi eşyaları ve medikal malzemelerin güvenliği için bu kısımlarda bulunan depo ve dolapların kilitli tutulması, anahtarlarının yetkili şahıslarda bulundurulması gerekmektedir (Thompson, Hamilton, & Caden, 2012).

2.2.7.2.Hastane İçinde Bulunan Hediye Eşya Dükkânları

Hastane içinde hizmet veren bu yerlerde ufak tefek hırsızlıklar çok yoğun yaşanmaktadır. Bu tür ticari yerlerde yapılacak her türlü nakit işlemler, paranın alınması, bir yerden bir yere taşınması mutlaka kurumda bulunan güvenlik birimine danışılarak yapılmalıdır (IAHSS, 2012; International Association for Healthcare Security and Safety, 2012). Bu yerlerde genel fiziksel tedbirler alınarak yeterince güvenlik sağlanabilir. Ayrıca bu tür ticari yerler hastanelerde görünebilir, açık yerlerde olmalı, kurum içinde kör nokta denen yerlere kurulmamalıdır. Bu tür durumlarda hırsızlığa ve diğer güvenlik tehditlerine karşı açık hale gelirler. Bu yerlerde alarm sistemleri kurularak, kamera kontrolleri yapılmalı ve kasada bulunan personel kendini güvende hissederek çalışmalıdır. Fazla nakit akışı yapılması tehlike oluşturacağı için bu tür yerlerde akıllı kart sistemleri ile donanmış para kasaları bulundurulmalıdır (IAHSS, 2012; International Association for Healthcare Security and Safety, 2012).

2.2.7.3.Genel Bakım Üniteleri

Bu ünitelerde genel tedavi amaçlı, klasik yatan hastalar bulunmakta, çoğunlukla bu tür hastaların bir güvenlik sorunu oluşturmaları beklenmemektedir. Her şeye rağmen bu yerlerde yatan hastalar da beklenmedik, ani tepkiler göstererek güvenlik tehdidi oluşturabilirler. Özellikle bu bölümler yoğun tehdit altında olabilecek hemşirelerin bulunduğu yerler olarak hastaların veya diğer ziyaretçilerin üzerinden kolayca atlayarak sağlık personeline saldırabilme ihtimaline karşı yeterince yükseklikte engellerle korunması gerekmektedir. Burada görev yapan hemşirelerin takip edebilecekleri ve hastaların göremeyeceği bir kamera takip sistemi olmalıdır. Öte yandan hemşirelerin acil durumlarda yardım çağırabilmeleri için ellerinin altında bir alarm sisteminin bulunması gerekmektedir (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012). Ayrıca burada bulunan uyuşturucu nitelikteki ilaçların hemşireler gibi temel sağlık personeli tarafından suiistimal edilmemesi içinde bu ilaçların muhafaza edildiği ve kayıt altında tutuldukları bir sistemde uygulanmalıdır. Kamera takip sistemleri ile hastaların bölümde yaptıkları kayıt altına alınarak hastanede ortaya çıkan kaybolma, kaçan hasta, şiddet olayları ve hırsızlık gibi konuların takibi sağlanmalıdır (Sells, 2000).

2.2.7.4.Doktor, Diş, Tıp klinikleri

Farklı klinikler hem hastane içerisinde hem de hastane dışında doktorların ve diş hekimlerinin hastalarla ilgilendikleri yerlerdir. Bu yerlerde hastanın ve çalışan doktorların can güvenliği, klinik içinde bulunan değerli tıbbi cihaz, malzeme ve nakit paranın içinde bulunduğu değerlerin mal güvenliği söz konusudur (American Dental Association, 2003). Bu yerlerde de güvenlik olayları yaşanabilmektedir. Genellikle bu yerlerde çalışanlara yönelik şiddet olayları çıkmasının nedenleri:

- Uzun bekleme süreleri,
- Kliniklere tedavi için gelen hasta sayısındaki yoğunluk oluşturmaktadır. Özellikle bu yerlere yanında 3-4 veya daha fazla ziyaretçi ile gelen, çocuklu, bebekli rahatsız etme eğilimi olan ziyaretçilerle gelen hastalar ortamın gerilmesine neden olmaktadır (Colling & York, HHS, 2010),
- Maddi değeri olan malzeme, alet ve nakit paranın olması, yoğun bir güvenlik takibi altında olmaması buraların hırsızların hedefleri içerisinde bulunan mekânlar haline getirilmesine (American Dental Association, 2003) neden olmaktadır.

Bu tür yerlerde güvenlik risklerinin azaltılabilmesi için;

- Klinik içinde silah gibi kullanılma ihtimali olan araç ve gereçler hastaların ulaşamayacağı şekilde muhafaza edilmesi,
- Gerekli durumlar için ayakla basılan veya masa altı acil durum düğmelerinin bulundurulması,
- Saldırı anında nelerin yapılması gerektiğinin önceden bilinmesi,
- Sağlık personelinin imkân olduğu sürece ve özellikle de saldırma ihtimali olan hasta ile yalnız bırakılmaması,
- Günün sonunda bütün personelin aynı anda klinikten çıkmaya çabalaması,
- Klinik içinde ve çevresinde fiziki güvenlik tedbirlerinin (kilitleme, hırsız alarm sistemleri, ışıklandırma, vb) alınması,
- Klinik içinde fazla miktarda nakit para tutulmaması, şayet tutuluyorsa da güvenli bir kasada tutulması gibi temel tedbirler alınarak güvenlik riskleri azaltılabilecektir (American Dental Association, 2003).

2.2.7.5.Çocuk Bakım Yerleri/ Çocuk Kreşleri (Child Development Centers)

Sağlık kuruluşları kurum bünyesinde bu yerleri çalışanlarına yardımcı olmak ve çalışanlarının motivasyonlarında artış sağlamak bu tip bakım birimleri bulundurmakta ve çalışmalarına hizmet sağlamaktadır. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki özellikle çocukları kurum içerisinde bakılan çalışanlar kendilerini daha huzurlu hissetmekte ve iş motivasyonları da artmaktadır (Kossek & Nichol, 1992). Bu tip merkezlerde çocuklara verilecek hizmetin kaliteli sayılabilmesi için mutlaka buraların güvenli ve emniyetli olması gerekmektedir. Bu yerlerde çocuklarının emniyette olduğunu düşünmek çalışan ebeveynleri için daha önemlidir çünkü bunun sonucunda daha rahat ve etkili çalışabileceklerdir (Vandell & Wolfe, 2000). Ancak, burada bulunan çocukların güvenliğini sağlamak öncelikli olarak bu birimlerde çalışan veya çalışacak olan personelin iyi seçilmesi, seçilen personelin de özgeçmişlerinin çok iyi incelenmesi ile sağlanır. Ayrıca burada hizmet veren personelin belli aralıklarla adli sicil kayıtlarının güncellenmesi gerekmektedir. Bu yerlere giriş-çıkışların kısıtlanması, giriş kapılarının sürekli kapalı, kilitli tutulması, girişlerin sadece yetkili personel ve aile üyelerine yönelik giriş hakkı tanınması gerekmektedir. Ayrıca bu yerlerden çıkış serbest olmasına rağmen çıkışı sağlayan düğme veya kolların çocukların kaçmasını veya çıkmasını engellemek amacıyla onların ulaşamayacakları bir seviyede olması veya bu duruma uygun güvenlik

tedbiri alınması gerekir. Gün içinde bu mekânlarda bulunan çocuklar görevli personel tarafından çok iyi izlenmelidir. Özellikle çocuklar ailelerine verilirken personel çok dikkatli davranmalıdır. Bu yerler kamera takip sistemleri ile sürekli izlenmeli bu yerlere yapılan giriş-çıkışlar uzaktan kilitlenebilmelidir. Acil durumlar olduğu zaman içeride bulunan personel ve çocukların nereye ve nasıl taşınacağı da belli olmalıdır (Colling & York, HHS, 2010).

2.2.7.6.Ticari ofisler , Kasalar, Tahsilât Vezneleri

Paranın bulunduğu yerin güvenliği paranın güvenliğini belirleyen önemli bir konudur. Dolayısıyla özellikle nakit para akışının bulunduğu hastane içinde bulunan yerler güvenliğe dikkat edilmesi gereken yerlerdir. Paranın ve kıymetli eşyanın hastaneler içinde bulunduğu yerler her ne kadar dışarıdan soygun ve hırsızlık amaçları için gelenlere hedef olması yönüyle ciddi tehdit altında olsalar bile esas tehlikeyi hastanede çalışan ancak buralar için kötü duygular besleyen kişiler oluşturmaktadır. Zaten içeride olan ve sistemi iyi bilen kişilerle baş etmek çoğu zaman daha zor olabilmektedir. Bundan dolayı hastanenin içinden ve dışarıdan yapılacak güvenlik ihlallerinden kaynaklanacak olan her türlü hırsızlığa karşı korunması gerekmektedir (Sells, 2000). Para ve kıymetli eşyaların konulduğu veya bulunduğu yerler kamera takip sistemleri ile izlenerek kontrol altında tutulmalıdır. Paranın alınması, verilmesi ve bir yerden bir yere taşınması gibi bütün işlemler mutlaka evraklarla imza altına alınarak yapılmalıdır. Paraların herhangi bir yerden başka bir yere sevk edileceği zaman iki kurum personeli tarafından veya güvenlik personelinin korumasında yapılması gerekir. Eğer para uzak bir yere taşınacaksa mutlaka bu duruma uygun bir araç görevlendirilmelidir. Çantayı taşıyan görevli personel taşıdığı çantanın tam içeriği hakkında bilgiye sahip olmamalıdır. Taşınan çantalar en az ikili kitleme sistemi ile kontrol altına alınarak taşınmalıdır. Eğer hastaneler güvenlik personeli ihtiyacını kurum dışından karşılıyorsa, alınan personelin özellikle para taşıma konusunda yeterli bilgisi olmaması ve polisinde destekçi olmaması durumu bu konularda zafiyet oluşmasına neden olmaktadır (Colling & York, HHS, 2010, s. 557). Yine para alış-verişinin olduğu vezne gibi personelin bulunduğu yerler korunaklı ve kurşungeçirmez olmalıdır. Yine bu yerlerde emniyetli olan bir güvenli oda bulundurulabilir. Ayrıca kasa ve vezne gibi yerlerde personelin cüzdan, çanta gibi kişisel eşyalarını güvenlik riski oluşturmamaları için bu yerlere yakın bölgelerde personelin şahsi eşyalarını bırakacağı birer kilitli şahsi dolapları bulunmalıdır. Burada çalışan personel her şeyi imza karşılığında devir alıp devir etmelidir. Yüklü miktarda para girişi

veya çıkışı olacağı zaman ilgili birimlerin yetkili amirleri de bilgilendirilmelidir. Hastaların kıymetli şahsi eşyalarının bulundurulduğu yerler mutlaka dikkatle korunmalı ve hasta eşyaları ile ilgili süreç ve adımlar dikkatle takip edilmelidir (ASIS International, 2009).

2.2.7.7.Çamaşırhane ve Çarşaf Kontrolü

Hastane güvenliğinden bahsedip çamaşırhane ve hastane çarşaflarından bahsetmemek önemli bir olguyu görmezden gelmek demektir (von Eiff, 2012). Hastanelerde kullanılan çarşafların kontrolünü yapmak veya bunların düzenli olarak kontrolünü sağlamak ciddi ve zor bir iştir. Bundan dolayı çamaşırhaneye gelip giderken çamaşırların kontrolünü yapmak ve kayıp olanların tespitini yapmak çok zordur. Hastanelerde kayıp olan çamaşırlar ve sürekli kullanıldığından dolayı sayısı artan çamaşırlar hastanelere ciddi mali yükler getirmektedir. Hastanelerde bulunan çamaşırlar ve çarşaflar sadece çalınmak suretiyle kaybolmazlar. Bazen çarşafın iyice yıprandığını düşünen sağlık personeli çarşafı bir yere yolluk olarak koyabilir, bazen bez olarak kullanır ve bu şekilde değişik amaçlar için kimseye bilgi vermeden orada kullanılmış olurlar. Çarşafların sağlık personeli tarafından yanlış kullanımı da çarşafların israf edilerek çarşaf maliyetini arttıran konulardan birisidir. Bu yönüyle bakıldığında hastane içinde kullanılan çarşafların işlevselliğinin devam edip etmediğinin ancak sorumlu personel tarafından karar verilmesi gereken bir konu olduğu ortaya çıkmaktadır. Doktor ve diğer sağlık hizmet veren personelin klinik ve ameliyathane elbiseleri de hastanede ciddi kayıpların yaşandığı ve personelin suiistimal ettiği alanlardandır. Sağlık kurumlarında çarşaf ve personel kıyafetlerinin kayıt altına alınıp işaretlenerek, çamaşırhanelere gelen ve giden temiz ve kirli çamaşır sayıları kayıt altına alınarak kayıplarda yaşanan problemlere yönelik çözümler bulunabilir. Çamaşırların kullanımının kontrol altında tutulması için mesai saatleri dışında çamaşırhanenin veya çamaşırların bulunduğu yerlerin mutlaka kilitli tutulması gerekmektedir. Mesai sonrası ihtiyacı karşılamak için ortalama bir sayıda çamaşır ve personel kıyafeti bir çamaşır arabasına konularak personelin hizmetine sunulur (Colling & York, HHS, 2010). Yine 24 saat hizmet veren çamaşırhanelerin yangın alarm sistemleri ve hırsızlığa karşı kamera kayıt sistemleri sürekli kontrol edilmelidir (Sells, 2000).

2.2.7.8.Laboratuvarlar

Sağlık kurumları içerisinde hizmet veren, bağımsız olarak ulusal ve yerel olmak gibi çok farklı amaçlarda hizmet veren birçok laboratuvar vardır. Bunlar toplum sağlığı alanında hizmet verdikleri gibi, kanser ve benzeri hastalıkları inceleyen ve araştıran özel amaçlı yerlerde olabilirler. Bu laboratuvarlarda güvenliği söz konusu olan sadece çalışanlar değil, çalışılan konularla ilgili bilgilerin ulusal veya uluslararası terörizm tehdidi olması, bireysel veriler çalışılıyorsa kişilerin bilgilerinin ve verilerinin yetkisiz veya kötü niyetli kişiler tarafından kullanılması söz konusudur. Bu yönüyle bakıldığında laboratuvarlar hem toplumları, hem de bireyleri ilgilendiren tehditleri barındıran ve mutlaka fiziksel, teknik ve sanal güvenlik tedbirlerinin çok sıkı alınması gereken yerlerdir. Özellikle laboratuvarlarda kayıt altına alınan veya deneylerden sonra elde edilen bilgiler ulusal düzeyde diğer bilgi kullanıcılarının paylaşımına açılırken, mutlaka yeterli fiziksel ve dijital güvenlik tedbirlerinin alınmış olması gerekmektedir (Jenkins, 2011). Elde edilen bilgilerin ticari amaçlar için kullanılması kişi mahremiyetine neden olduğu gibi, soğuk savaş dönemlerinde ülkeler için biyolojik tehlike gibi stratejik güvenlik tehditleri de oluşturabilmektedir. Özellikle mikrobiyoloji laboratuvarları bütün toplumu etkileyecek düzeyde biyolojik menşeli silahların üretildiği yerler haline gelmesi buraların ciddi bir güvenlik stratejisiyle korunması anlamına gelmektedir (Klietmann & Ruoff, 2001).

2.2.7.9.Yemekhane ve Mutfaklar

Hastanelerde bulunan yemekhane servisleri operasyonel olarak değerlendirilen servislerdir (Srinivasan, 2008). Bu yerlerde bulunan malzemeler yapılarına göre soğuk hava depoları gibi yerlerde muhafaza edilirler. Hastaneler yapıları ve verdikleri hizmetlerden kaynaklanan durumlarından dolayı sürekli olarak çalışanlarına ve özellikle de hastalarına yemek ve diğer beslenme desteğinin sağlandığı yerlerdir. Özellikle yatan hastalar ve bu hastaların yanında refakat eden şahıslara bir tür otel hizmeti sağladığından dolayı burada yemek sunma hizmeti zorunlu bir durum haline gelmektedir (Colling & York, HHS, 2010). Yemek hizmetleri verilebilmesi için yapılan malzeme alımından, bu malzemelerin sağlıklı ve güvenli bir şekilde korunması, kullanılması ve en sonunda gerekli yerlere ulaştırılması gibi ortaya çıkabilecek birçok risk faktörü vardır. Yemekhanelerde bulaşık yıkayan personelden, diyetisyene kadar farklı birçok çalışan söz konusudur (Sells, 2000). Bu çalışanların ve yemekhanelerin, içinde bulunan malzemelerin kontrolleri belirli bir politikaya, sistematığe oturtulmadığı zaman hırsızlık,

çalınan eşyanın satılması, başka amaçlarla kullanma gibi birçok güvenlik riski ortaya çıkabilecektir. Hastane yemekhaneleri ve yemek malzemelerinin bulunduğu yerler, burada bulunan çalışanlar hastaneye yönelecek olan biyolojik terörist saldırılara da maruz kalabilir. Ayrıca gelen malzemelerin teslim alınması, bunların depolandığı yerlerde tutulması ve kullanımı belirli bir yazılı talimatı olmalı ve yapılan her şeyin kayıt altına alma şeklinde yapılması gerekmektedir. Hastanede bulunan diğer bölümlerde de olduğu gibi bu bölüme giriş çıkışların kontrol altında olması, yetkisiz ve zamansız girişlerin mutlaka önüne geçilmesi gerekmektedir. Ayrıca hastalar tarafından tüketilmeyen ve tekrar kullanılma ihtimali olan malzemelerin depolara geri dönüşü sağlanarak suiistimallerin önüne geçilmesi gerekmektedir (Srinivasan, 2008).

2.2.7.10. Psikiyatri Bölümleri

Araştırmalar hastanelerde ve özellikle de psikiyatri bölümlerinde sağlık personeline yönelik olan şiddet eğilimlerinin azaldığını göstermektedir. Akıl hastalarının şiddet eğilimi sadece sağlık çalışanlarına yönelik olmamaktadır. Bu hastalar başta kendileri olmak üzere diğer hastalara da tehdit oluşturabilmektedir (Needham, Nijman, Palmstierna, Almvik, & Oud, 2011). Güvenliğin sağlanmasında bu hastaların kabulü yapılırken risk değerlendirilmesinin çok iyi, etkin, modern yollarla yapılması gerekir. Bunun öncesinde yeterli sayıda, yeterli eğitimi almış sağlık personeli, kurum içinde yapılan her şeyin çok iyi takip edilip değerlendirilmesi, bu hizmetin verildiği çevrenin iyi tasarlanması gerekmektedir. Bütün bunların yanında burada çalışan güvenlik personelinin de bu hastaların özellikleri ve tutumları konusunda eğitim almaları, bu hastaların yol açtığı güvenlik olayları konusunda eğitilmeleri gerekmektedir. Bu eğitimler ara ara yapılacak tatbikat ve kontrollerle pekiştirilmeli, güvenlik personeli ile sağlık personeli arasında çok iyi bir koordinasyon kurulmalıdır. Ayrıca gelişen teknoloji ve radyo frekans sistemleri ile hastalar ve çalışanlar kapalı devre kamera sistemleri ile takip edilirken, kapılarda bulunan fiziki ve elektronik sistemler, hastaların üzerinde bulunan elektronik bileziklerle hastalar sürekli kontrol altında tutulmalı ve izlenmelidir (Sells, 2000).

2.2.7.10.1. Psikiyatri Bölümü ve Fiziksel Çevresi

Psikiyatri bölümleri hastanelerin tıbbi tedavi verdiği ve en az acil servisler kadar güvenlik emniyeti gerektiren bölümlerdir. Bu bölümlerde amaç hastanın iyileştirmesi olmasına karşılık bu tedavi verilirken hastanın ve çalışanların güvenliğinin korunması da önemlidir. Bu bölümler verdikleri hizmetlere göre belli özelliklere ve tiplere ayrılırlar da

güvenlik her zaman unutulmaması gereken bir unsur olarak unutulmamalıdır. Bu bölümler tasarlanırken hastaların kendilerini sosyal ortamlarından ayrılmış hissetmeleri için her türlü unsur dikkate alınmalıdır ama bunlar yapılırken güvenlik göz ardı edilmemesi gereken bir konudur (Baker, Lewelyn, & Sivadon, 1959). Akıl hastaneleri gibi ayakta tedavi hizmetinin verildiği bölümlerinde hastanın kaygı düzeyini arttırmayacak şekilde tasarlanması gerekir. Her şeye rağmen yapılan kamera ve diğer elektronik takip sistemleri ile hastalar ve doktorlar gibi değer sağlık personeli takip edilmelidir. Sağlık personeli için panik butonları olmalı ve gerektiğinde sağlık çalışanları bunu rahatlıkla kullanabilmelidir. Hastaların tedavi gördüğü yerler ve psikiyatri bölümleri arasında engelleyici bariyerler olmalıdır. Sağlık personelinin devamlı olarak bulunduğu yerler kilitli veya manyetik koruma kilitleri ile yetkisiz girişleri engelleyici şekilde olmalıdır. Sağlık personeli olabilecek her şeyi göz önünde bulundurarak fiziki saldırıya neden olabilecek her türlü kesici ve delici aleti olabildiğince ortalık yerde tutmamalıdır (Sells, 2000). Gözden kaçmaması gereken bir konu da özellikle akıl sorunu olan yatan hastalar için veya ayakta tedavi gören ve kliniğe gelen hastalar için çevrelerinde bulunan elektrik bağlantıları, cam malzemeli eşyalar gibi tehlike oluşturacak bütün güvenlik risklerinin olabildiğince azaltılması ve güvenli hale getirilmesi gerekmektedir.

2.2.7.11. Çalışanlar ve Hastalar

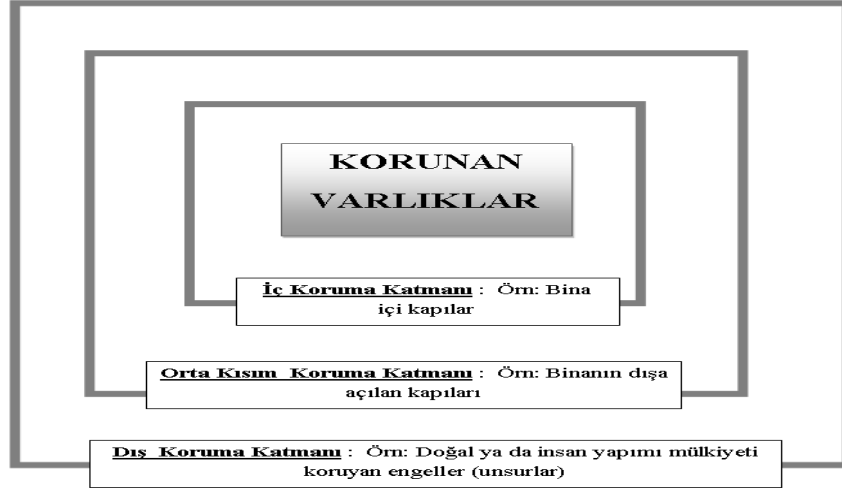
Aslında eğitimli bir personel bakış açısı burada hastalara verilen hizmetin kalitesini arttırarak hem hastaların güvenlik risk değerlendirilmesinin etkin yapılmasını hem de olabilecek güvenlik olaylarının zararlarının azaltılmasını sağlayacaktır. Bu bölümlerde çalışan sağlık personelinin sayısı, kalitesi ve aldığı eğitimler yadırganmaması gereken önemli etkenler olarak değerlendirilir. Ayrıca doğası gereği hasta ve tedavi uzmanı ilişkisi içinde verilen sağlık hizmetinde hastanın ve sağlık personelinin güvenli bir ortamda ve mesafede bulunması önemli bir konudur. Her zaman en yetenekli ve tecrübeli sağlık personeli en sorunlu hasta ile ilgilenmektedir. Bu tür personelin sayısının mutlaka devamlı olarak verilecek eğitimlerle arttırılması gerekmektedir (Baker, Lewelyn, & Sivadon, 1959).

2.2.7.12. Güvenlik Hassasiyeti Olan Yerler ve Alanlar

Güvenlik hassasiyeti olan yerler/alanlar ifadesi KAK tarafından hastaneler içinde güvenlik riskinin yüksek olan alanlar/yerler için geliştirilmiştir. Güvenlik hassasiyeti olan yerlerin bulunduğu çember KAK'a göre en içeride kalan özel alanlardır (Roll, 2006).

Hastane ve çevresinin korunması konusunda AEGK (2009) tarafından yapılan bir sınıflandırma aşağıda bulunan şekilde gösterildiği gibi ifade edilmiştir;

Şekil 36 Hastane Koruma Katmanları



Kaynak : ASIS. (2013). About ASIS. 10 19, 2013 tarihinde ASIS Foundation: <https://www.asisonline.org/About-ASIS/Pages/default.aspx> adresinden alındı

Şekilden de anlaşılacağı gibi binanın korunması içten dışa ve dıştan içe şeklinde üç katmandan oluşmaktadır. Aslında en içte bulunan katmanın yeterli korunması en dış katmanın güvenliğini sağlamaktan geçmektedir. Ayrıca ayrı katmanlar içinde bile olsa hastane bina güvenliği bir bütünlük gerektirmektedir.

Güvenlik açısından bakıldığı zaman bu alanlar iki ayrı kategoride ele alınmaktadır. Can güvenliğinin tehdit olabileceği yerler olarak yeni doğan üniteleri, akıl sağlığı hastalarının yattığı bölümler, acil servisler, hastane binasına uzakta olan ıssız park alanları, hatta yoğun bakım üniteleri, diğeri ise mal güvenliği problemleri yaşanabilecek yerler eczaneler, bilgilerin kayıt altına alındığı ve saklı tutulduğu yerler, bilgisayarlar, bilgi işlem odaları, deneylerin yapıldığı laboratuvarlar, nakit para gibi finansal işlerin toplandığı kasaların olduğu ödeme vezneleri gibi yerlerdir. Örneğin; genellikle paraların bulunduğu yerlere silahlı bir saldırıda bulunulabilirken, deneysel araştırmaların yürütülebileceği laboratuvarlarda genelde sadece mal kaybı yaşanması daha olası bir durumdur. Yine sağlık kuruluşlarının kendi kapasitelerine ve etkinliklerine göre bu tür güvenlik olaylarının olma olasılığı değişkenlik arz etmektedir. Ayrıca yeni ameliyathaneler ve yoğun bakım bölümleri de güvenlik hassasiyeti olan yerler arasındadır (Department of Police, Security and Outside Services, 2011). Özellikle, bu bölümlerde çalışan sağlık personeli hem hasta yakınları tarafından hem de özellikle adli nedenlerden gelen, uyuşturucu ve alkol etkisi altında olan hastalar tarafından şiddete maruz kalabileceği yerlerdir. Güvenlik hassasiyeti olan yerler hakkında detaylı bilgiye

USGEK'in 09.01 Nolu 'Güvenlik Hassasiyeti Olan Alanlar' yönergesinde (bkz EK-7) bulunabilir.

Hastanelerde en genel güvenlik hassasiyeti olan üç önemli yer vardır. Bunlar acil servisler, yeni doğan, bebek servisi ve eczanelerdir. Bu yerlere ortaya konulan diğer yereler de eklenmektedir.

KAK'a göre akredite olmuş kuruluşların güvenlik hassasiyeti olan yerleri için güvenlik yönetim planlarını tasarlamış olmaları gerekmektedir. Bu planlamanın üç temel unsuru vardır. Bunlar alana özel bir güvenlik giriş kontrol planı, hasta, çalışan ve ziyaretçilere ve onların ortaya çıkaracağı tehlikeleri azaltan alana özel risklere göre yapılan oryantasyon ve eğitimler, kritik olay müdahale planıdır (Colling & York, HHS, 2010).

2.2.7.12.1. Pediatri – Yeni Doğan Bölümleri ve Çocuk Kaçırma

KAK çocuk kaçırma ve yanlış ebeveyne yanlış çocuğun verilmesi gibi olayları sentinel olaylar içine almıştır. Ülkemizde de bu tür durumların yaşandığını medya yoluyla öğrenmekteyiz. Yine Amerikan Ulusal Kalite Forumu 2002'de yaptığı 28 önemli hastane olayında çocuk kaçırmalarını 'hastanede olmaması gereken' olay olarak nitelendirmiştir (Rabun, 2009). Çocuk kaçırma olaylarında özellikle yabancı şahısların kendilerine ait olmayan bir çocuğu kaçırmaları ile ilgili günümüzde ciddi bir azalma olmuştur. Buna rağmen halen riskli olarak sayılan anne odaları, doğum sonrası anne ve bebeklerin alındığı odalar, yeni doğan yoğun bakım odaları, pediatrik servisler halen güvenlik boyutlu olarak önemli yerler (Sells, 2000) şeklinde ifade edilir. Genellikle çocuk ya da bebek kaçırma eğilimi olan şahıslar 12-50 yaşlar arası, çocuk doğurabilen anne ve anne adayları, (genellikle) çocuğun kaçırıldığı ortamlarda yaşayan, kendine güveni olmayan, takıntılı, (genellikle) evlilik ilişkisinde sorun yaşayan, boşanma durumu olan, çoğunlukla da herhangi bir suç geçmişi olmayan fakat yalan söyleyip manipülasyonlar yaparak aldatabilen bayanlardır (Rabun, 2009). Ayrıca çocuğunu kaybetmiş olan veya herhangi bir nedenden dolayı hiç çocuğu olmayan, kaçırma olayını planlayan, ilgili çocuk bölümünde sürekli dolaşan sağlık personelinin aşına olduğu ve çocuğa (daha) iyi bir bakım sağlayacağını düşünen bireyler çocuk kaçırma planı yaparlar (Colling & York, HHS, 2010, s. 511). Çocuk bölümleri, yeni doğan üniteleri ve kadın doğum bölümlerinde meydana gelen kaçırma olaylarının önüne geçmek iyi bir planlama, kurum ve bölüm personelinin, anne ve babaların eğitimi, bu bölümlerin uygun ve etkin bir biçimde fiziki

elektronik tedbirlerin alınarak korunması aynı zamanda takip altında bulunması gerekir. Ayrıca bu konudaki en iyi önlem burada bulunan güvenlik personelinin etkin bir biçimde çalışması ile sağlanabilir.

Planlama yapılırken mutlaka çoklu bilim bakış açısı yaklaşımı olan bir planlama yapılmalı ve unutulmamalıdır ki çocuk kaçırma sık görünmese de sürekli görülebilen bir olay olduğu (Rabun, 2009) bilinmelidir. Çocuk kaçırma olaylarının yaşandığı bölümler yapılırken temel olarak üç türlü planlama söz konusudur. Bunlar sırasıyla;

- Engelleyici (koruma amaçlı) planlama (kaçırmayı önleyici tüm unsurlar),
- Müdahale planlaması (Pembe kod, Acil Olay müdahale planları),
- Müdahale sonrası planlamadır (müdahalenin bittiğinin ve neden olan olayların risk analizinin yapıldığı planlamalar) (Rizk, Kayle, & Mekawi, 2009) şeklinde ifade edilir.

Kaçırma olaylarını engelleyici nitelikte kurumun bebeği koruyucu bir planının olması gerekmektedir. Ayrıca sağlık personeli herhangi bir durum karşısında acil olay müdahale planını devreye sokmalıdır. Koruyucu tedbirler içerisinde en etkili ve önemli yollardan birisi çocuk/bebek doğar doğmaz, bebeğin kimliğinin tespit edilip kayıt altına alınması yolu ile olur (Rabun, 2009). Bebeğin kayıt altına alınarak, tanımlama ve kimlik tespiti;

Genellikle anne ve çocuğa dört yönlü bilezik (four-band) takılarak yapılır, bu bebeğin ayağına ve koluna, annenin koluna ve diğer önemli şahsın koluna bilezik takılarak uygulanmaktadır. Yine bazı sağlık kurumlarında en az bir yıl geçerliliği olabilecek antikor testi de yapılırken, DNA testi yapan sağlık kurumları da bulunmaktadır. Bu bölümde çalışan personele özel tanımlayıcı, diğer bölümlerden ayrıştırıcı bir kimlik kartı verilmelidir. Özellikle bebek taburcu edilirken aile bireyinin kimliği tespit edilerek tutulan kayıtlara göre karşılaştırılma yoluyla taburcu işlemi yapılmalıdır (Rizk, Kayle, & Mekawi, 2009). Hastanelerde çocuk ve bebek kaçırımlarının önüne geçmek için çocuğun etrafında bulunan sağlık personeli, yakınları mutlaka eğitilmelidirler. Personel kurumda ve bu tür bölümlerde ilk sırada güvenliği temin edip sağlayacak kişidir. Bu yönüyle çalışan personelin devamlı güvenlik konularında bilgilendirilerek, sürekli eğitime tabi tutulması gerekmektedir (Sells, 2000; Rabun, 2009). Özellikle doğum öncesi süreçlerde anne ve babanın güvenlik konuları ile

bilgilendirerek eğitilmesi gerekmektedir. Serviste ve tedavi sürecinde aileye hizmet verecek olan sağlık personelinin aileye kendini iyi tanıtmaması ve onlarla iyi bir iletişime girmesi gerekmektedir. Ailelere “bilmeniz gereken konular” başlığı altında bölümde buldukları sürece dikkat etmeleri gerek konuları belirten bir bilgilendirme el notu veya kitapçığı verilerek okumaları istenmelidir (Rabun, 2009). Fiziki ve elektronik güvenlik unsurları koruyucu tedbirler içinde olup düzenli uygulandığı takdirde kaçırılma olayları en aza inecektir (Rizk, Kayle, & Mekawi, 2009). Çünkü çocuk kaçıran şahıslar bebeğin kaçırılacağı yeri önceden tespit edip ziyaretler gerçekleştirerek güvenlik açıklarını tespit eder ve planlamalarını buna göre yaparlar (Burgess, Carr, & Nahirn, 2008). Uygulanan bu güvenlik unsurları giriş-çıkışlarda katı bir güvenlik uygulaması yapılması, giriş-çıkışların kısıtlanması, bebek (ve annenin) olduğu yerlerde kamera takibinin mutlaka yapılması şeklinde olur (York, 2010). Alarm sistemleri sürekli kontrol edilirken, alarm durumunda neler yapılacağı mutlaka belirtilmiş olmalıdır (Rabun, 2009) . Çocuk kaçırmak amacıyla bu servislere giriş-çıkış yapan şahıs veya şahıslar kendilerine sağlık personeli aşına olduğundan bu servislerin giriş çıkışları çok büyük önem taşımaktadır (Burgess, Carr, & Nahirn, 2008). Bu servislerde bütün giriş ve çıkışlar çok sıkı bir şekilde takip edilmelidir. Bu yerlerde yapılan bütün giriş ve çıkışlar güvenlik personeli, bölümde bulunan danışma personeli veya bölüm sekreterlerinin kontrolleri altında ayrıca kayıtla yapılmalıdır. Kapılar sürekli kapalı ve dışarıdan girmeye karşı kilitli durumda tutulmalı, kendiliğinden kapanan sistemlerle çalışmalıdır (Sells, 2000). Kamera takip sistemleri işlenecek suçların engellenmesi ve suç işlenirse de suçlunun tespiti ve takibinin yapılması için gerekli delil ve kanıtları sağlar. Elektronik takip sistemlerde bebekler için güvenli alanlar/odalar oluşturulmaktadır. Bu sistemler genelde etkin ve pahalı sistemlerdir. Fakat kullanıcılardan kaynaklanan sıkıntılardan dolayı bu sistemlerde de sorunlar çıkabilmektedir.

Yapılacak kritik (güvenlik) olaylarına müdahale planının bütün kurumu içine dâhil eden ve herkesi ilgilendiren bir plan olması, yapılacak olunan planda kolluk kuvvetleri ve medyanın da bilgilendirilme yoluna gidilmesi daha geniş ve etkili bir sonuç ortaya çıkacaktır. Genelde UKİM ve USGEK bu planın uygulanması için ‘pembe kod’ kullanılır (Rabun, 2009). Yapılacak bu planda bütün personelin plandaki rolleri ve yapacağı her şey yazılı olarak bildirilir.

KAK'ın pediatri bölümleri için belirtilen net bir tatbikat planı yoktur. Sağlık kurumları sadece belli bir zamanda değil, her zaman tatbikat uygulamaları yapmalı, yapılan bu tatbikatlarda eksiklikler sürekli değerlendirilmeli ve güvenlik ile ilgili eksikliklerini gidererek kendilerini geliştirmelidirler (Sells, 2000).

2.2.7.12.2. Acil Servis Güvenliği

Şiddetin toplumla olan etkisi inkâr edilemeyecek bir büyüklüğe ulaşmıştır. ABD'de travmadan kaynaklanan ölümler dördüncü sırada gelen önemli ölüm nedenleri arasındadır. Şiddetin hem fiziki hem de psikolojik maliyetleri vardır ancak aşırı kalabalık olan acil servislerde meydana gelen şiddet olayları kaçınılmazdır (Bunney, 2001). Acil servisler çok yoğun güvenlik desteğine ihtiyaç duyan bölümlerdir, bu bölümler günün her saatinde, haftanın her günü ve dünyanın her yerinde hizmet veren çalışanlarının şiddet tehdidi ve riski altında olduğu, çalışanlarının mutlaka korunması gerektiği yerlerdir (Deák, 2011). Acil servislerde olay çıkaran kişiler birkaç başlıkta ele alınabilirler. Özellikle aşırı dozda ilaç / uyuşturucu kullanmış hastalar, silahla ya da bıçakla yaralanmış bir şekilde hastaneye gelen hastalar, akli sorunu olan hastalar, uyuşturucu ve alkol alarak hastaneye gelen hastalar, sağlık personeli ve hasta ilişkileri ile görevli güvenlik personelinin genellikle müdahale ettiği/etmek zorunda kaldığı yerlerdir. Bu alanlarda çalışmanın ciddi ve önemli olması bu bölümlerde sürekli güvenli personelinin bulundurulmasını gerekli kılmıştır (Gillespie & Gatesa, 2011).

Acil serviste hastayı ilk karşılayan birim olarak triyaj personelinin hastaların şiddete eğilimleri olup olmadığı ve şayet varsa da ne kadar zararlı olabilecekleri gibi önemli görevleri söz konusudur. Çünkü buraya gelen hastaların kayıpları, acıları, kaygıları ve korkuları söz konusudur. Bu durumlar şiddeti tetikleyen unsurlar olarak bilinmektedir. Acil servislerde hastayı ilk karşılayan personel ile triaj bölümünde görevli sağlık personeli hastayı daha kuruma ilk girerken gözlemleyebilecek konum ve yerde bulunmalıdır. Aynı zamanda bu personel hastaya kolayca hizmet verip yönlendirebilecek ve güvenlik kameraları da bu personelin iyi olarak algılandığı/takip edildiği bir yerde olmalıdır (Sands, 2007).

Acil servise gelen hasta tipolojisi çok farklıdır, hastanelerin acil servislerine her türlü kişilikte, her türlü rahatsızlığı olan çok farklı insanlar gelmektedir. Bu farklı hasta tipolojisi hastanelerde bulunan acil servislerde her türlü güvenlik olayının yaşanmasına

neden olmaktadır. (Sands, 2007). USGEK'in acil serviste alınması gereken tedbirler ve yapılması gereken düzenlemeler ile ilgili yönergesi (bkz EK-9) bulunmaktadır.

Acil servislerde genellikle araç park etme yerleri ile ambulans hasta indirme yerleri birbirilerine yakın olduğundan ambulanslara ait olan yerler bariyerlerle ayrılmalıdır. Ayrıca park alanından acil servisi gösteren yönlendirici tabelalar olmalı, araç park alanları iyi bir biçimde aydınlatılmalıdır. Kötü ve zayıf aydınlatılmış yerler her zaman sağlık personeli için tehdit oluşturabilmektedir (Deák, 2011). Akşam ve gece saatlerinde aydınlatma ve yönlendirme levhaları hastaların kolaylıkla hastaneye ulaşabilmelerini sağlayabilecek netlikte olmalıdır (ASIS International, 2009). Acil serviste hasta girişinin yapıldığı yerlerde araçların park edilmesini engelleyen tabelalar, bariyerler ve fiziki engeller konulmalıdır.

Acil servislerde yaşanan çoğu güvenlik olayları daha hastalar servise ilk giriş yaptıkları alanlarda yaşanır. Hastalar acil servislere genellikle arkadaş, akraba ve hatta bazen aralarında düşmanlık olan insanlarla birlikte gelebilirler. Bu şekilde gelen hastalar her zaman güvenlik tehdidi ortaya çıkarabilmektedir (Sands, 2007). Acil servise gelen insanların öncelikli olarak kendilerini görmeleri, önceliğe sahip olan kişi olarak işlemlerinin aksatıldığı, yeterince önemsenmediğini düşünmeleri, sağlık personeli ile aralarında oluşan iletişim eksiklikleri bu kişileri potansiyel tehlike şekline dönüştürebilir. Acil servislerde tansiyonu düşürecek, olası muhtemel güvenlik risklerini azaltacak en önemli yerlerden birisi bekleme yerleridir. Özellikle bekleme yerlerinde tuvalet, havalandırma sistemi ve dışarıyı arayabilecek telefon bulundurulmalıdır. Acil servislerde uzun bekleme süreleri, gergin bir şekilde bekleyen ziyaretçiler güvenlik problemlerine yol açabilmektedir (Roll, 2006). Acil servislerde yaşanan problemlerin en büyük nedenlerinden birisi de hasta yakınlarına yeterli ve zamanında bilgi verilmemesidir. Bilgi verilmemesi hasta yakınlarının merak ve endişeyle gelen gerginliğin devam etmesine neden olur. Kendisine açık ve yeterli bilgi verilen hasta yakınlarının gerginliğinin azalacağı düşünülmektedir.

Acil servislerde hastaların ilk karşılandığı triyaj bölümlerinin fiziksel yapılarından kaynaklanan gecikmeli müdahaleler sonucunda şiddeti tetikleyici nedenler ortaya çıkabilmektedir. Bu yönüyle triyaj ve hasta kabul masaları önemli güvenlik risklerinin oluşabildiği yerler olarak kabul edilir. Trijaj bölümlerinde en çok yaşanan olaylar genellikle sözlü saldırı olayları olmakla beraber, bu durum fiziksel saldırıya da dönüşerek

darp ile sonuçlanabilmektedir (Crilly, Chaboyer, & Creedy, 2004). Bu yerlerde hizmet veren personelin güvenliği için hasta, hasta yakını ve hizmet veren sağlık personeli arasına fiziki, psikolojik bir bariyer olan camekânlı korumalarla bariyerler oluşturulur

Acil servislerde tıbbi müdahale yerlerinin yerleşimi personelin rahat ve güvende çalışabilmesi için tasarlanmalı, ihtiyaç olması durumunda da diğer bölümlerle rahat koordinasyon kurabilecek şekilde tasarlanması gerekmektedir. Özellikle yapısal olarak yeniden, etkili bir biçimde tasarlanmış acil servis yerleşimleri, daha etkin hazırlanmış yönlendirme işaretleri olası bütün riskleri azaltacaktır (Chan, ve ark., 2014). Acil servislerde bölümün güvenli olmayan yapısal oluşumu, yetersiz aydınlatma, eksik iletişim kanallarının olması bu bölümleri güvenlik risklerine karşı açık hale getirmektedir (Sanson & Tavernero, 2011). Acil servislerde ayakta tedavi olmak için gelen hasta ve ambulans ile gelen hastaların girişleri genellikle aynı yerden yapılmaktadır. Ambulansların giriş yaptığı yerler de kartlı veya megafonla çağrı yapılan, video sistemi ile kontrol edilen girişler yolu ile yapılması gerekmektedir. Yine manyetik kartlar kullanılarak bu girişlerden sadece yetkili personel girebilmelidir (Sanson & Tavernero, 2011). Hastalara müdahale yapılan odalar genellikle hastaların genel girişlerine kapalı olsa da sağlık hizmeti veren personelin acil servise giriş yaptığı hastane içinde bulunan diğer noktalar yetkisiz girişler olmasına sebep olmaktadır. Dolayısıyla acil servislere sağlık personelinin giriş yaptığı diğer girişlere de mutlaka güvenlik personelinin istihdam edilmesi gerekir. Her ne kadar acil servis girişleri ayakta tedavi gören hastaların girişlerine sürekli açık bulunsa da bu kapılar ani ve acil durumlar için içeriden kilitlenebilir şekilde düzenlemelidir. Acil servisin dışında, acil servisle bağlantısı olan yerlerde mutlaka güvenlik personeli bulundurulması gerekmektedir (Colling & York, HHS, 2010).

Acil servislerde bulunabilecek bir sessiz oda / sözlem odası daha çok akıl sağlığı yerinde olmayan, şiddet eğilimi olan hastaların diğer güvenlik tedbirleri ile kontrol altına alınmadığı zaman uygulanan ve hastanın güvenli bir odada gerektiğinde ilaç yardımıyla tutulduğu ve tıbbi müdahalenin yapıldığı yerlerdir (Metzner, Tardiff, & Lion, 2007). Bu yerler hastaların kendilerine ve çevrelerine zarar verebilme ihtimali olan keskin ve zararlı araçlardan arındırılmış ortamlar olarak ifade edilebilir (Sells, 2000). Bütün sağlık personelinin bu odalarla ilgili olarak eğitilmesi gerekmektedir (Sanson & Tavernero, 2011). Bu odalara konulan bütün hastalar ilgili doktorun ve sağlık personelin sorumluluğu

altında olduğundan, süreç içinde ölümcül sonuçlarda oluşabileceğinden çok dikkatli davranılması gerekir. Nitekim 1998 yılında ABD’de bulunan Hartford Courant adlı gazetenin yayınladığı bir araştırmaya göre 142 hasta bu odalara konulduktan sonra yaşamlarını yitirmişlerdir (Bunney, 2001).

Hastaneler acil servislerde çalışan ve sürekli risk altında olan personel için güvenli ve rahat çalışabilecekleri ‘güvenli oda’lar sağlamakla yükümlüdür (Sanson & Tavernero, 2011). Acil servislerde bulunan bu odalarda ani ve beklenmedik acil güvenlik olayları olduğu zaman hasta, doktor, bazen de ziyaretçinin içine kilitlenerek korunma iş ve işlemlerinin yaşıldığı odalardır. Bu odalarda telefon veya telsiz iletişimi olmakla beraber odalar merkezi bir konumda olan güvenli yerler olmalıdır. Tehdit oluşması durumunda hasta, sağlık çalışanı veya her ikisi de bu yerlere sığınarak işlerine devam edebilirler. Çoğunlukla aşırı gürültülü ve kalabalık alanlarda çalışan sağlık personeli özellikle psikiyatrik vakalar veya duygusal olarak sıkıntı yaşayan hastalar için dış etmenlerden arındırılmış fakat kamera takip sistemleri ve görevli güvenlik personelinin de kontrolü ile bu yerlerde bu hastalara daha rahat müdahale etme olanağı bulunmaktadır (Strike, Spence, Links, & Bergm, 2008).

Artık hemen her sağlık kurumunda ve acil servislerde 24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmaktadır. Acil servislerinin sürekli açık olması ve bu servislere kontrolsüz yapılan girişler güvenlik risklerini arttırmaktadır. Özellikle güvenlik personelinin aşırı çalıştırılması ve acil servislerde hastane yönetimlerince yeterli sayıda güvenlik personeli bulundurulmaması, ayrıca da artan ateşli silah taşıma olayları güvenlik zafiyetini arttırmaktadır (Jones & Lyneham, 2001). Bu serviste güvenlik personeli bulunsa bile ortaya konulan nedenlerden dolayı güvenlik personelinin tek başına etkin olmasının beklenilmesi düşünülemez. Acil servis gibi ortamlarda güvenliğin bulunması güvenlik vakalarında azalma olmasını sağlamış bunun tersi durumlar veya güvenlik personelinin yetersiz olma durumlarında güvenlik vakalarında bir artış yaşanacağı bilinmektedir (Gillespie & Gatesa, 2011). Acil serviste çalışan güvenlik personeli insan psikolojisini çok iyi bilmeli ve travma tedavisi hakkında da yeterince bilgiye sahip olmalıdır. Ayrıca güvenlik personeli şiddete yol açacak nedenleri iyi bilmeli, bu nedenleri engelleyici şekilde davranmalıdır. Özellikle güvenlik olaylarında şiddet eğilimi olan veya duygusal olarak kontrolü kaybetmiş hastalar, akıl hastaları ile iletişim kurabilecek ve tansiyonu düşürecek tekniklerin olduğu iletişim teknikleri, yakın savunma teknikleri,

güvenlik politikaları ve prosedürleri hakkında eğitim verilmelidir (Bell & Palmer, 1981). Yapılan bu eğitimler sonrasında güvenlik personeli yaşanan olaylarda iletişimin dilini kullanarak tansiyonu düşüren oluşabilecek muhtemel güvenlik olaylarının önüne geçebilen (Gillespie & Gatesa, 2011) bir tavırda hareketlerinin sağlanması gerekir.

Sürekli artan acil servis hastaları ve buna paralel olarak artan şiddet olaylarına karşı güvenlik personelinin sürekli eğitilmesi, müdahale tekniklerinin geliştirilmesinin yanında kurumlarda etkin ve yeterli müdahale planlarının hazırlanması, bunları da yazılı hale getirmek gerekmektedir (Bell & Palmer, 1981). Acil servislerde yaşanan güvenlik olaylarında çalışan sağlık ve güvenlik personelinin nasıl davranacağı, kimin müdahale esnasında ne rol alacağı net bir biçimde belirtilmelidir. Aksi takdirde personel ve güvenlik elemanları arasında anlaşmazlık olur, olaya yeterli ve zamanında bir müdahale gerçekleşemez. Yaşanan güvenlik olaylarında genellikle hemşire ve doktorlar hastalarla uğraşmak zorunda kalırken, güvenlik personeli hasta yakınları ve ziyaretçilerle uğraşırlar. İhtiyaç olması durumunda sağlık personeli hastanın kontrol altında tutulması için güvenlik personeline destek isteyebilir. Özellikle çevre ve sağlık personeli için tehdit oluşturan, personelde korkuya yol açan risk grubu hastalar için destek istenilmesi normal ve gereklidir. Sağlık personeli bu durumda olan / olabilecek hastaları iyi gözlemlemelidir (Chan, et al., 2014). Acil servislerde çalışan güvenlik personeline bir büro veya oda sağlanmalıdır. Güvenlik açısından sağlanan bu odanın acil servis hizmetinin verildiği yerden uzak olması gerekmektedir. Bu odada bütün servisin izlenmesi, kayıt işlemleri ve yapılacak olan bütün telefon görüşmeleri yapılmalıdır. Güvenlik hizmetinin bir merkezden izlenmesi, yönetilmesi ve kontrol altında tutulması gerekir.

2.2.7.12.3. Hastane Eczaneleri

Hastane eczaneleri, ayakta tedavi gören hasta, yatan hasta ve yapılacak olan ameliyatlara gerekli tıbbi malzeme ve ilaç sağlamak için çalışan yerlerdir. Burada sürelerine göre üç kısım ilaç bulundurulur. Bunlar sırasıyla hızlı tükenen (altı aya kadar tüketilmesi gereken ilaçlar), yavaş tükenen ilaç gruplarıdır. USGEM'e göre hastane eczaneleri beşinci seviyede güvenlik gerektiren ve özel güvenlik hassasiyeti olan, yalnızca yetkili personelin girebileceği fiziksel ve elektronik güvenlik tedbirleri ile korunması gereken yerler içine girmektedir (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012). Hastanelerde bulunan eczaneler hem sağlık çalışanlarının hem de hasta ve yakınlarının sürekli uğramak durumunda olduğu yerlerdir (Srinivasan,

2008). Dolayısıyla da hastane eczaneleri hem çok sayıda farklı amaçlarla kullanılan ilaçların olduğu, hem de bu ilaçların maliyetleri ve satışlarından kaynaklanan maddi değerlerinden dolayı yüklü miktarda paranın bulunduğu yerlerdir. Bu yönüyle ele alındığında eczaneler de hastanede ciddi güvenlik olaylarının yaşandığı yerlerdir. Eczanelerde sağlık personeline olacak şiddetten alınan ilaçların alım, satım ve dağıtımında personel tarafından yapılabilecek usulsüzlükler, bünyesinde barındırdığı uyuşturucu ilaç ve maddi değeri olan para, sağlık malzemesinin gerek kendi personeli gerekse de dışarıdan gelen şahıslar tarafından hırsızlık gibi tehditler sayılabilmektedir (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012). Eczanede çalışan her şahıs güvenli olamayacağı gibi buraya bir şekilde gelen her temizlik personeli, doktor, hemşire gibi sağlık personeli de iyi niyetli kişiler olmayabilir. Dolayısıyla başta eczane çalışanları olmak üzere buraya gelen diğer çalışanlar da güvenlik zafiyetine sebep olabilir ya da yol açabilirler. Hastane içindeki eczaneler saldırılara karşı daha hassas bir duruma gelmişlerdir. Bu durumun önüne geçmek için en güzel önlem fiziksel güvenlik tedbirlerinin artırılmasıdır. Güvenlik tedbirleri arasında cam ve pencerelerin korunması, eczanelerin kilit ve koruma amaçlı konan alarm sistemleridir. Çok değişik tedbirler alınmasına karşın eczaneler yapılan bütün silahlı saldırıları önleyecek donanıma sahip olmayabilir (Gilson, Ryan, & Joranson, 2004).

Sınırlı ve kontrollü giriş çıkış yapılması gereken yerlerden birisi de hastane eczaneleridir (Blackwell, 2006). Eczaneler tasarlanırken dışarıdan kolaylıkla girilebilmeye karşı bariyerlerin düşünülmesi gereken yerler olarak özellikle camlar, çatılar, tavanlar gibi yerlerden sızmalara karşı korunaklı hale getirilmelidir (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012). Eczanelerde kapılar çok iyi bir kilitleme sistemine sahip olmalıdır. Sağlık personelinin maddi değeri olan veya uyuşturucu niteliği olan ilaçlara ulaşması çok olay olduğundan eczanelere personelin yaptığı girişler kayıt altına alınmalı ve kamera takip sistemleri ile kontrol altına alınmalıdır (Buzzeo & Neal, 2013). Hastanelerde bulunan eczaneleri kapıları yeterince güvenli, kendisi kapanan, kapanınca da kendini kilitleyen sistemler bunların yanında, özellikle hastane içinde veya dışında ilaçların depolandığı yerler hem fiziki hem de kamera takip sistemleri ile kontrol altında tutulabilen emniyetli ve güvenli yerler olmalıdır (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012). Eczanelere yapılan giriş-çıkışlar yedeği de olan ikili güvenlik sistemleri uygulanarak yapılmalıdır. Örneğin, çalışanın kimlik kartını kullanması ayrıca kapıda şifreyi tuşlayarak

girmesi veya yine çalışanın bir kimlik kartı ve bunu destekleyen biyometrik sistemlerle kontrolü gibi... Eczaneye girme yetkisi olmayan diğer hastane çalışanları ve şahısların eczaneye girmeleri ciddi bir şekilde kısıtlanmalıdır. Eczanelerde herhangi bir güvenlik tedbirine karşı sessiz alarm sistemleri bulunmalı, tehlike anında bunlar görevliler tarafından harekete geçirilmelidirler. Yine eczane personelinin mutlaka güvenlik eğitimi alması, eczane ve çevresinde güvenlik takibi yapıldığının belirtildiği yazı ve levhalar olmalıdır (New Jersey Division of Consumer Affairs, 2013).

Çalışma sistemi olarak 24 saat çalışma sisteminde çalışan eczaneler olduğu gibi çalışma saatleri dışında kapalı olan ancak ihtiyaç halinde geçici olarak açılan eczaneler de bulunmaktadır. Özellikle sürekli olarak açık olmayan eczanelerin, mesai saatleri dışında da hizmet vermesi gerekiyorsa bu yerlere ihtiyaçtan dolayı giren sağlık personeli mutlaka yanında bir güvenlik personeli bulundurma şartıyla mekana girmelidir. Böylesi bir durumda eczaneye giren personelin mutlaka kimlik bilgilerinin ve aldığı malzemenin kaydı yapılmalı veya not edilmelidir. Alınan bu ilaçlar ve alındıkları miktar daha sonrasında eczane çalışanı tarafından kontrol edilmelidir (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012).

İlaçların depolanması veya zamanı geçmiş ilaçların değiştirilmesi, iade edilmesi gibi durumlarda her türlü işlemin dijital ve belgeli olarak kayıt alınması bu tip durumlarda olabilecek kötü niyetli kullanımların önüne geçebileceği (Buzzeo & Neal, 2013) düşünülmektedir. Sağlık kurumları bu tür güvenlik tehdit durumlarının önüne geçebilmek için çok farklı takip ve kayıt sistemi geliştirmişlerdir. Örneğin, parmak izi alarak, biyometrik sistemlerle kayıt ve takip yaparak çalışan sistemler bilgisayar programları yardımı ile ilaç giriş çıkışları kontrol altına alınır / alınmaya çalışılır. Hazırlanan uygulamalar ilaç hassasiyeti programları düzenlenmiş, bu programlar program I'den program V'e kadar sınıflandırılır. Bu şekilde güvenlik zafiyetlerinin ve ilaçların kaybolmasının önüne geçilmeye çalışılır. Evraklarda yapılan her türlü sahtecilik yolu ile çok çeşitli ilaç suiistimallerin yapıldığı bilinmektedir. Özellikle hasta olmamasına rağmen şahıslar için yazılan reçeteler, şişirilen dozlar, ilaç miktarları veya başkaları adına yazılan reçeteler bu suiistimallerden sadece bir kaçıdır. Reçeteler üzerinde oynama yapılarak ilaç alma en yaygın kullanılan yollar içerisinde (Gilson, Ryan, & Joranson, 2004) .

2.2.7.13. Yerleşke Dışı Güvenlik Konuları

Klasik hasta hizmeti, hastaların kontrol altına alınabildiği hastane mekanlarına gelerek sağlık hizmeti alma şeklinde olurken, günümüzde artık sağlık çalışanları aynı hizmeti hastane dışında bulunan vatandaşlara verirken bunun yanında tamamen kontrolsüz olan ortamlarda da vermektedirler (Sells, 2000). Günümüzde sağlık çalışanları bu tür hastane dışı ortamlarda oluşabilecek, tahmini ve karşı koyması güç güvenlik olayları ile karşı karşıya kalmaktadır (National Institute for Occupational Safety and Health, 2012) .

Sürekli büyüyen ve gelişen sağlık kurumları hizmetlerini verdikleri merkezi sağlık yerleşkelerinde yeterince hizmet veremediği zamanlarda hastaneye ait ancak hastaneden bağımsız çalışabilen yerler de verebilmektedir, bu yerler de hastanede güvenliğe ihtiyaç duyulan çevreleridir. Bu yerlerde hemen her türlü özel tedavi veya farklı tedaviler verilebilmekte, genellikle hastaneden bağımsız özel amaçlı kurulan yerler olabilmektedir. Bu yer mekanlarda çoğunlukla genel hastane hizmetleri verilmezken, diğer özel hizmetler verilebilmektedir. Yine sağlık kurumuna ait bir bölüm yer olmasına rağmen hastanenin muhasebesi, insan kaynakları bölümü, hastane deposu gibi hastanenin esas ol(a)mayan destekleyici hizmet bölümleri de hastane binası/yerleşkesi dışında bir yere taşınabilmektedir. Böylesi durumlarda hastane personeli iki bina arası gidip gelmesi nedeni ile güvenlik zafiyeti de ortaya çıkabilmektedir.

Yerleşke dışı kavramı gerek merkez binaya çok yakın bir yerde olsun gerekse de kilometrelerce uzakta kurulu bir yerde olsun, bu yerlerin güvenliği hastanenin güvenlik anlayışıyla bir bütün olarak ele alınmalıdır. Hastanelerin merkezinde bulunan ortamlarının dışında kalan bu yerler genellikle güvenlik açısından kendi kaderlerine bırakılmakta ancak ciddi bir güvenlik olayı vuku bulduğu zaman önem kazanmaktadır. Yerleşke dışı konulardan birisi de hastanenin bulunduğu yerde olabilecek afet gibi acil durumlarda ilaç (International Association for Healthcare Security and Safety, 2012) ya da diğer sarf malzemelerinin tamamen elden gitmemesi için bunların hastane dışında güvenli bir yerde saklanarak riskin azaltılmasıdır (Vellani, 2006). İyi bir şekilde korunmayan, sıkı güvenlik tedbirleri alınamamış bu yerleşke dışı yerlerde her zaman hırsızlık, gasp, kundaklama gibi güvenlik riskleri yüksek düzeyde olacaktır. Yerleşke dışı yerler içinde hareketli araçlı hizmet veren sağlık birimleri önemli bir konu olarak da ele alınması gerekir.

Yerleşke dışı sayılan ve sağlık hizmeti veren diğer binalarda giriş-çıkışların kontrolü ve bu yerlerde kayıt işlemlerinin yapılması, sağlık hizmeti veren bu birimin etrafı ve bina içinin kamera takip sistemleri ve alarmlarla izlenerek koruma altına alınması da (Sells, 2000) önemli konulardandır. Ayrıca kurum içinde ve dışında gezici güvenlik devriyeleri veya bu devriyelerin gelişen teknolojinin de desteğiyle sanal devriyeler aracılığı ile desteklenmesi kurumun güvenliğinin sağlanması konusunda destek sağlayacağı düşünülmektedir. Sürekli güvenlik personeli bulundurması gerektirmeyen bu yerlerde sözleşmesi olarak alınan güvenlik personeli, bu yerlerde belli zamanlarda görevlendirebilir, bu yol ile tedbirleri alınabilir.

2.2.7.14. Evde Sağlık Hizmetleri

Evde bakım hizmetleri ile evde sağlık hizmetleri birinden farklı konulardır. Evde verilen sağlık hizmetleri sağlık personelinin hastanın kendine ait olan ortamlarında sağlık tedavisini devam ettirerek sağlık hizmetlerini yerine getirme durumudur. Bu hizmetin hastaya ait bir ortamda veriliyor olması, hastane dışında ve gözden uzak bir ortamda verilmesi bazı durumlarda hastalar için güvenlik riskleri oluşturabilmekte iken bazen de sağlık personeli için de aynı riskler söz konusu olmaktadır. Çünkü bu alanlar her türlü güvenlik riskinin olduğu, sağlık çalışanlarının koruma altında olamadığı güvensiz yerler olabilmektedir (National Institute for Occupational Safety and Health, 2012). Ancak bu yerlerde güvenlik tehdidi altında olan sadece sağlık çalışanı değil aynı zamanda bakım görmekte olan hastadır (McKee & Healy, 2000).

2.2.7.15. Park Yerleri

Kuruma dışarıdan gelen her türlü ziyaretçi ve hasta yakını araçlarını para vermeden, sorunsuz bir şekilde park etmek isterler. Yine hastane çalışanları, özellikle de doktorlar araçlarını en ön ve en rahat yere kolayca park ederek, araçlarını güvende tutmak isterler. Bu kadar ayrıcalığa rağmen hastanelere olan talep gün geçtikçe artmakta, bu da hastanelere daha fazla aracın gelmesine neden olmaktadır (Sells, 2000). Bütün bu durumlar göz önünde bulundurulunca hastanelerin gerek kurum sınırları içinde olsun gerekse de kurum dışında park alanı olarak kullanılan yerler halen ve giderek artan bir problem olarak devam edecektir. Suç tehlikesinin sezilmesi ve buna göre tedbir alınması durumu kurumun dış çevresi sayılabilecek olan ancak yine de kurum sınırları içerisinde olan araç park yerleridir. Kurumlara yönelik olan tehditler bina içerisine girmeden önce kurum sınırları içerisine araçlarla, genellikle park alanları gibi yerlere

girerek ilk girişlerini yaparlar. Çoğu hastanede araç park yerleri ya binanın altında veya üstünde bir yerde, açık bir alanda olmaktadır (ASIS International, 2009). Hastanelerin sağladığı araç park etme yerleri ister çok katlı bir karmaşık halde olsun isterse de geniş bir alana yayılsın, bu yerler sağlık kurumlarına gelen ve çalışanlar için en korkutucu yerler olagelmiştir.

Parklara araçlar konulurken bu yerlerde ciddi mal ve cana yönelik tehdit olduğundan çok etkin güvenlik tedbirleri almak gerekmektedir. Bu tedbirler, park içinde dolaşan güvenlik devriyeleri, çalışan veya hastalara destekçi olan güvenlik görevlileri, park aydınlatmasını sağlayan ışıklar, kamera takip sistemleridir. Bütün bu araçlar kullanılarak park içinde güvenlik sağlanmaya çalışılmalıdır. Park alanlarında görev yapan güvenlik personeli, bir şekilde buraya gelen hastaların, hasta yakınlarının, ziyaretçilerin ve hatta çalışan personelin baskısına maruz kalabilir. Bu durumun yönetilmesi etkili düzenleme yapılarak kuralların etkin bir şekilde yerleştirilmesi yolu ile sağlanabilecektir. Park yerleri, özellikle çalışan personel için, nöbet değişimlerinde büyük problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu yerlerin mutlaka her şeyin net bir şekilde görülebileceği bir şekilde ışıklandırılması, kamera takip sistemleri ile de izlenmesi gerekmektedir. Bu tedbirler yasal olmayan giriş ve davranışların azalmasına neden olabilecektir (ASIS International, 2009).

Güvenlik amaçlı kurulan kamera takip sistemleri genellikle kurumlar için en pahalı sistemlerdir. Bu sistemler olay faillerinin bulunması için önemli araçlar olarak kullanılabilir (Rich, 2003). Sağlık kurumlarına takılan kamera takip sistemleri çoğunlukla giriş-çıkışlar, merdivenler, bekleme yerlerine konulur. Sağlık kurumları, maliyeti olduğundan dolayı bütün park alanları veya her bir kata kamera koymayı maliyetli görürler. Ancak uygulamada ortaya konulan bu eksiklikler güvenlik zafiyeti oluşturmaktadır. Böylesi durumlarda sadece araçların giriş-çıkışları görülebilmekte, bina içinde gelişebilecek diğer güvenlik olayları kesinlikle izlenememektedir (FirstHealth of the Carolinas, 2010) adli olayların çözümü aracı olarak kullanılmaktadır.

Aydınlatma özellikle geç saatlerde, insanların uzak olduğu durumda, hastane merkezine uzak mesafe de bulunan park alanlarının aydınlatılması caydırıcılık sağlaması açısından önemli (ASIS International, 2009) bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda kamera sistemlerinin etkili olabilmesi için aydınlatma önemli bir konudur. Özellikle gece yaya geçiş yollarının iyi aydınlatılması hastaneye daha kolay ve güvenli

ulaşılmasını sağlayacak, kötü niyetli insanları caydırıcı bir unsur olacaktır (Rich, 2003). Günümüzde yüzlerin tanınabilmesini sağlayan aydınlatma sistemleri yeni bir konu olmasına karşın güvenlik zafiyetlerini azalttığı için özellikle araç park alanlarının giriş noktalarında kullanılması etkili bir yöntem olarak da kabul edilmektedir. Yine aydınlatma yapılırken oluşabilecek gölgeler de göz önünde bulundurularak aydınlatma ve kamera takip sistemleri yerleştirilmelidir (IESNA Security Lighting Committee, 2013). Park alanlarına konulan veya asılan işaret levhaların araçların park etmesini yönlendirme, nereye park edeceklerini gösterme, güvenlikle ilgili durum ve uyarıları yapma gibi işlevleri bulunur. Bu levhalarda yaşanabilecek olaylara karşı güvenlik sağlama, herhangi sıkıntılı bir olay yaşandığında nasıl davranılacağı, nerelerin nasıl aranacağını gösterme gibi bilgiler verilir.

Parklara yapılan giriş-çıkışlarda kartlı kontrolleri ve otomasyon olan sistemler uygulanabilir. Bu sistemlerde araç giriş-çıkışları kontrol altına alınarak güvenlik sağlanmaya çalışılır. Park alanlarına yapılan giriş ve çıkışlar bu yerlere konan kamera takip sistemleri ile kontrol altında tutulabilirler (Witherspoon, 2013).

2.2.8. Mal ve Malzeme Güvenliği

Sağlık kurumlarında ilaçlardan, kullanılan temel tıbbi malzemelere, hastalar için kullanılan çarşafılara ve tıbbi müdahale yapılırken kullanılan iğneden en pahalı alete kadar, ayrıca burada bulunana ve sağlıkla alakası olmayan her türlü malzeme bulunmaktadır (Sells, 2000). Aslında sağlık kurumlarında en önemli unsurlardan birisi olan hastane mallarının ve malzemelerinin korunması, depolanması, güvenli bir şekilde dağıtılması ve suiistimallerden uzak tutulması önemli ekonomik açıkların kapanmasını, hastanelerin daha az zarar görmesini sağlayacaktır (Toba, Tomasini, & Yang, 2008). Bu durum ekonomik açıdan sağlık kurumlarını maliyetlerin düşmesiyle rahatlatmasına neden olacaktır. Yine mal güvenliği sağlanmış bir kurum hem çalışanlarına hem de buraya gelen şahıslara emniyet ve huzur hissi verecektir. Bu bölümde genel olarak hastane mallarının güvenlik bakış açısıyla depolanması, dağıtımı ve kullanımı ile ilgili genel bilgiler ortaya konulacaktır.

2.2.8.1.Eşya/Malzeme Yönetimi

Hastaneler için en önemli konulardan birisi ihtiyaç olması durumunda yeterli oranda malzemenin, zamanında ve doğru yerde bulunduracak şekilde sistemin işliyor olabilmesidir (Bridges, Zeh, Naaman, & La, 2011). Sağlık kurumlarında malzeme

yönetimi ile ilgili farklı birçok bakış açısı vardır. Güvenlik tedbirlerinden dolayı malzemelerin satın alınması, teslim alınması, depolanması, donanımların kayıt altına alınması ve sayılarının tespiti, malzemenin ihtiyaç duyulan bölümlere dağıtılması, elden çıkarılacak ve zayi olan malzemelerin tespiti önemli güvenlik noktalarıdır. Bundan dolayı malzemelerin bulunduğu bu yerler kurum malzeme müdürünün sorumluluğundadır, bu yerlerin korunması ve sağlıklı olarak işlenmesi güvenlik bakış açısı, yaklaşımları gerektirmektedir.

2.2.8.1.1. Satın Alma ve Mal Kabulü

Sağlık kurumlarına sadece ilaç ihtiyacı yönüyle bile bakılsa devamlı tedarik edilmesi gereken çok miktarda ilaç ihtiyacı olduğu görülecektir (Sells, 2000). Sağlık kuruluşları çok fazla malın, ürünün ve donanımın alındığı yerler olduğu için bu yerlerde çok sıkı kayıp eşya engelleme programları uygulanmalıdır. Aksi takdirde bu alanlara gelen malzemelerin sağlıklı bir biçimde dağıtılıp kullanılması mümkün olmayacaktır. Sağlık kurumlarında mal alım ve satımı yapan personel ile bu ürünlerin hastane içinde dağıtımını yapan ekipler farklı kimselerden oluşmalıdır. Bu yerlerde sorumlulukların ayrılması gibi bu yerlerin bölümlerinde sürekli olarak rotasyon yapılması da güvenliğe çok ciddi faydalar sağlayacaktır. Bu şekilde ürün ve konusunda elzeme suiistimali ortaya çıkabilecek sıkıntılar azalacaktır.

2.2.8.1.2. Malzemenin Depolanması

Hastanelerin malzeme depolanmasının merkezi bir yerde yapılması güvenilirlik ve takip açısından önemli bir konudur (Bridges, Zeh, Naaman, & La, 2011). Bundan dolayı olabilecek afet ve acil durumlara karşı hastane depolarının tamamının bir yerde değil de farklı merkezlerde olması konusu ayrı bir güvenlik tedbiri konusu olarak ifade edilebilir. Sağlık kurumlarında depolanmaların yapıldığı yerlerde meydana gelen hırsızlıklar servislerde ve dağıtımın yapıldığı yerlerdeki hırsızlık oranına göre daha az miktarda olmaktadır. Bunun sebebi büyük miktarda donanım ve malzemenin bulunduğu bu yerlerde daha fazla güvenlik bulundurulması/bulundurulduğu algısının bulunmasıdır. Bu yerlerde mümkün olabildiğince güvenlik tedbirlerinin artırılması, kamera takip sistemlerinin yoğun olarak bulundurulması, mümkünse bu yerlere giriş yapabilecek pencerelerin bulunmaması veya bu pencerelerin girilemeyecek kadar küçük veya çok iyi korunması gerekmektedir, bu yerlere girişlerin yapıldığı kapıların olabildiğince güvenli olması gerekmektedir. Kapıların açılmasının mümkün olduğunca az olması

sağlanmalıdır. Depolarda bulunan ve ciddi güvenlik tehdidi oluşturan malzemeler bulunur. Bu malzemeler hastalar için kullanılan şırıngalar, boş çek defterleri, kuruma ait fatura defterleri, tedavide kullanılan çamaşır ve bezlerdir. Depolar depo personeli haricinde herkesin girişine kapalı olmalıdır. Sadece yetkili depo personeli giriş yapabilmelidir. Mesai sonrasında hizmet veren depo girişleri kapalı tutulmalı, buraya yapılacak olan girişler en az seviyede tutulmalıdır. Depolardan mesai saatleri dışında alınacak malzemelerin alınması için talep formları hazırlanmalı, bu formların doldurulması, kayıt altına alınması özenle yapılmalıdır. Mesai dışında alınacak malzemelerin alınma kaydı, depolara yapılacak olan girişler mutlaka güvenlik personeli tarafından veya güvenlik personelinin kontrolü altında yapılmalıdır (Colling & York, HHS, 2010).

Hastane malzemelerinin alımı, dağıtımı, kullanılması, arta kalan ve bozulan malzemenin geri gönderilmesi yapılırken sağlık personelinin bunu kayıt altına allara hesap verebilmesi güvenli bir hastane anlayışının yerleşmesinde önemli bir konudur. Sağlık kurumlarında donanımların teslim alınması, kayıt altına alınarak kayıt numarası verilmesi, ürünlerin amortisman plan ve tablosunun hazırlanması, malzeme ve ürünlerin talep edilen bölümlere gönderilmesi sıradan olması gereken bir süreçtir. Burada sıkıntılı olan konu bir bölüme gönderilen bilgisayarın ilgili bölüme teslim edildikten sonra depo bölümünün haberdar edilmeden malzemenin başka bir bölüme aktarılmasıdır. Bunun için bilgisayar destekli, barkotlu sistemler ve diğer elektronik takip sistemleri kullanılarak malzemelerin ne zaman, kime, nereye gönderildiği kayıt altına alınarak takip edilmelisi gerekir (Bridges, Zeh, Naaman, & La, 2011).

2.2.8.1.3. Dağıtım

Depolardan son kullanıcıya yapılan dağıtımlar genellikle yerinde teslim edilerek yapılmaktadır. Ayrıca depo personeli tarafından yerleşke dışında bulunan kullanıcılara belge ve imza karşılığı talep ettikleri malzeme ve ürünler teslim edilir. Eğer alınan malzeme veya donanım alıcı tarafından kontrol edilerek ve sayılarak alınmazsa bu durum açıkça sahtecilik ve suiistimale kapı açmak demek olur. Dağıtım sırasında kullanılan elektronik takip sistemleri bu yapılan işin güvenilirliği ve takip edilebilirliği süreçlerini daha da kolaylaştıracaktır (Bridges, Zeh, Naaman, & La, 2011).

2.2.8.1.4. Malzemelerin Elden Çıkarılması

Sağlık kurumlarında ömrünü yitirmiş, ihtiyaç fazlası, kullanılmadan önce farklı yerler arasında taşımaldan veya uzun süre beklemeden kaynaklandığı için deforme olmuş malların elden çıkarılması durumu ortaya çıkacaktır. Elden çıkarmaların yapılması için mutlaka bu faaliyetlerin yetkili ve sorumlu kişiler tarafından yapılması gerekmektedir. Yapılacak bütün bu işler için yol ve yöntemler belirlenmeli ve bütün bu işlemler yazılı talimatlara uygun olarak yapılmalıdır. İhtiyaç fazlası olan ürün ve malzemeler öncelikle merkez depoya götürülmeli ve burada ihtiyacı olabilecek diğer bölümlerin kullanımına sunulmalıdır. Ayrıca kurum olarak elden çıkarılması düşünülen malzeme ve donanımlar yine kurum idaresi tarafından herkese açık sunum politikaları ile satışa sunulmalıdır. Böylece kurum çalışanları arasında bulunan anlaşmazlıkların önüne geçilmiş olur (Buzzeo & Neal, 2013).

2.2.8.2.Hastanelerde Bulunan Temel Malzeme Grupları

Hastaneler sürekli malzeme ihtiyacı olan, yapılan müdahalelerin acil olması nedeniyle sürekli ihtiyaç fazlası stok malzeme bulundurulması gereken yerlerdir. Hastanelerde tıbbi malzeme ve alet bulundurulması hastanenin temel işlevlerinin yürütülmesi için esas teşkil eden bir konudur. Aynı zamanda örgüt yapısında birçok sosyal yapıyı barındıran hastanelerde özellikle de yatan hasta ve ameliyathaneler başta olmak üzere birçok gıda malzemesinin, nevresim ve yatak gibi temel ihtiyaçların hastanenin büyüklüğüne ve verdiği hizmetin ihtiyacına göre sürekli karşılanması gerekmektedir (Colling & York, 2010). Klinik ve laboratuvar gibi yerlerinde temel büro ihtiyaçlarının olduğu ve temel kırtasiye sarf malzemelerinin de etkin ve yoğun olarak kullanıldığı yerlerdir. Bu malzemelerin gerek alınması ve gerekse de korunup yerli yerinde kullanılması hastane yöneticileri ve ilgili personelin en temel görevidir. Kimyasal tehdit riski olan bazı ilaçların ve tıbbi ürünlerin insan sağlığına zarar verilmeden kullanılması, güvenli olarak korunması, gerektiğinde de imha edilmesi unutulmaması gereken bir konu olarak dikkat edilmelidir. Hastanede kullanılan malzemeler birçok farklı sınıflandırmaya ayrılabilir, ancak çalışmada daha kolay anlaşılabilmesi için hastanede kullanılan bu malzemeleri genel olarak tıbbi olan ve tıbbi olmayan nitelikte malzemeler şeklinde ele alınmıştır.

2.2.8.2.1. Tıbbi Malzeme ve Gereçler

Hastanelerde kullanılan malzemeler hastalıkların teşhisi, müdahalesi ve tedavisinde kullanılan malzemelerdir. Bu malzemeler genel olarak ilaçlardan başlamak gibi birçok farklı amaçla kullanılan ilaç ve malzemeye göre değişkenlik gösterir. Tedavi teşhiste kullanılan birçok elektro medikal olmak gibi çok farklı malzeme ve radyo terapilerde, elektronik görüntüleme sistemlerinde kullanılan birçok ilaç ve malzemede bu gruba girmektedir (The International Trade Administration, 2014). Bu malzemelerin kullanımında kayıt ve barkot sistemleri gibi elektronik destekli sistemler kullanılmazsa sağlık kurumları ciddi ekonomik zararlara uğrayabilir. Burada çalışan sorumlu personel gerektiği gibi eğitilmediği, takip edilmediği durumlarda bu malzemeler kötü niyetli çalışanlar için yasadışı yollarla elde edilen bir kazanç kaynağı olabilir.

2.2.8.2.2. İlaçlar, Temel Tıbbi Sarf Malzemeleri, Tıbbi Aletler

İlaçlar, tıbbi müdahale ve ameliyatlarda kullanılan, doktorlar ve diğer hekimler tarafından tıbbi amaçlı kullanılan sarf malzemeleridir (The International Trade Administration, 2014). İlaçlar kullanılan ara malzeme olarak suiistimale açıktır, sağlık personelinin ilaçları kendi menfaatine veya ticari amaçlar için başkalarına kullandırma gibi güvenlik riskleri bulunmaktadır. Kurumlarda toplu satın almalarından, depolama yerlerine, oradan da ilaçların dağıtımına kadar uygulanan bütün süreçler yazılı olarak belirtilmeli, bütün bu süreçler ile ilgili personel tarafından yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır. Ayrıca bu malzemelerin bulunduğu yerler sürekli denetlenmelidir (Sells, 2000). Sağlık personeli tarafından önemsenmeyen bir enjektör veya herhangi bir ilaç toplu olarak alımları düşünülüp maliyetlere vurulduğu zaman hastaneler için önemli bir ekonomik toplam değer ortaya çıkar. Hastane faaliyetleri sonrası arta kalan malzemelerin depolara gönderilmeleri veya kullanılmış malzeme ve ilaçların imha işlemleri ile ilgili standartlar ve süreçler yazılı olarak belirtilmiş olmalı, yapılan bütün işlemler tutanaklar tutularak bu süreçlere göre yapılmalıdır.

2.2.8.2.3. Basınçlı Tıbbi Gazlar

Sağlık tesislerinde hastaların tanı, tedavi ve uyutma gibi işlemlerinde kullanılan medikal amaçlı gazlardır. Hastanelerde sıklıkla kullanılan tıbbi gazlar şunlardır:

- Oksijen (O₂)
- Azotprotoksit (N₂O)
- Karbondioksit (CO₂)

- Medikal kuru hava
- Nitrojen (N)
- Helyum (He). Ayrıca bunların karışımından da oluşan gazlar mevcuttur (MEB, 2008).

Sağlık kurumlarının tedavi ve hastalara müdahalelerinde büyük önemi olan iki gaz türü vardır, bu gazlar oksijen ve azotlu oksijendir. Bunların uygun ve emniyetli bir biçimde korunması, güvenliğinin sağlanması önemli bir konudur. Ayrıca bu gazlarının kullanımının da yasal çerçevelere uygun yapılması gerekmektedir. Aksi durumlar güvenlik olaylarının yaşanmasına neden olmaktadır. Günümüz hastanelerinde bu gazların kullanımına olan yoğun talep bu gazın standartlara uygun olmayan şekilde, gayri meşru yollarla temin edilmesine sebep olmuştur. Bu durum ayrıca bir güvenlik açığı ve tehdidi durumunu oluşturmaktadır. Bu gazlarla ilgili yapılan bütün düzenlemeler uluslararası standartlara uygun olmalıdır (Evren, 2011).

2.2.8.2.4. Tıbbi Olmayan Malzeme

Hastaneler sosyal yaşam alanlarıdır, özellikle yatan hastaların bulunduğu bölümler otel gibi barınma, temel gıda ihtiyaçlarının karşılandığı yerler olarak ifade edilebilir. Malzemeler zamanında ve uygun bir biçimde sağlanması ve yönetimi hastanelerin daha kaliteli ve etkin bir hizmet vermesini sağlar. Özellikle 7/24 hizmet verme zorunluluğu olan hastanelerde bu durum, önemsenmesi gereken bir konudur (Algül, 2013). Hastanelerde tıbbi amaçlı olmayan ancak hastaların tıbbi süreçlerinde rahat etmelerini sağlamak, yaşamlarını devam ettirmek için çalışan personelin de ihtiyaçlarının karşılandığı yemek hizmeti bulunur. Bu yemek hizmetlerinin hazırlanması süreci için hastaneye gıda alınması, bu yemeğin insan sağlığına uygun ve son derece hijyenik şartlarda (hastaların sağlık durumundan dolayı) hazırlanması, ayrıca kişilere göre uygun şekilde ayarlanarak sunulması gerekmektedir. Ayrıca yatan hasta bölümlerinde çarşaf ve benzeri ihtiyaçlar da hastaneler için son derece yoğun bir konudur. Yine temel büro ve iletişim hizmetlerinin yerine getirilmesi için de temel kırtasiye ve büro sarf malzemeleri hastaneler için temini gereken malzemeler olarak ifade edilebilir (Sells, 2000). Bütün bu malzemelerin temini ve nasıl dağıtılıp kullanılacağı kurumlar tarafından belli bir yazılı talimata bağlanmalı, kurumlar tarafından bu alanlarda ihtiyaçları temin eden ve dağıtımlardan sorumlu olan personel görevlendirilmelidir. Kurumlarda bu mal ve malzemelerin tedarik edilmesi, kullanımı ile ilgili suiistimallerin önüne geçilebilmesi için

sürekli kontrol ve denetimler yapılmalıdır. Kurumlar bu şekilde, malzeme ve malların israfın önüne geçmiş olabilecektir.

2.2.8.2.5. Hasta Çarşafı ve Temel Yatak Malzemeleri

Hastane güvenliğinden bahsedip kurumda bulunan çarşaf, battaniye ve yastık gibi malzemelerden bahsetmemek mümkün değildir. Bu malzemeler hastanelerin direkt giderleri içinde sayılan önemli bir kalemi oluşturmaktadırlar (Bener, Balbay, & Delibalta, 2013). Günümüz hastanelerinde hastanelerin bu kalemlere yatırdığı para miktarları ciddi büyüklükte ortaya çıkmaktadır. Sürekli temin edilmesi zorunluluğu olan bu malzemelerin yanlış kullanımdan kaynaklanan israf, gerek sağlık personeli gerekse de çalışanlar tarafından çalınmaları hastanelere ciddi ekonomik maliyetler getirmektedir (Sells, 2000).

2.2.8.2.6. Gıda ve Mutfak Malzemeleri

Yemek hizmetleri denilince hastane çalışanları, hastalar ve ziyaretçilere verilen yemekler söz konusu olmaktadır. Yaşamı sağlayan gıdalar ve saklama koşulları güvenli değilse hastanenin güvenli bir yer olması söz konusu değildir (Özer, 2003). Hastanelerde malzemelerin temin edilme şekli, temin edilen malzemenin kalite ve sağlık olarak durumu, malzemelerin güvenli ve sağlıklı olarak depolanması, kullanılması, yemeklerin dağıtılması yemek hizmetleri ile güvenlik anlayışını karşılaştıran önemli konulardır. Yemekhanelerde yapılan yanlış ve sağlığı tehdit edici uygulamalar, malzemelerin temini sürecinde yapılan doğru olmayan miktarda alımlar veya fazladan para ödenmesi gibi durumlar, malzemelerin kasıtlı olarak israf edilmesi, kendi menfaatleri yönünde alım sürecini kullanması tehdit oluşturan durumlardır, bütün bu konular ile ilgili yemekhaneler ve bu yerlerde çalışan personelin sürekli takip edilmesi gerekmektedir (ASIS International, 2009).

2.2.9. Bilgi Güvenliği

Günümüz kurumlarında bilgi çok etkili bir konu haline gelmiştir. Artık her şey elde edilen bilgiye ve onun gücüne bağlı olarak önemsenmekte ve değer kazanmaktadır. Özellikle günümüzde bilgi sürekli gelişen teknoloji ve iletişim kanalları ile elden ele dolaşmaktadır. Bunun insanoğlu için bir avantaj olması yanında kötü niyetli birey ya da kurumlar tarafından kullanılması bilginin bir tehdit araç ve faktörü olmasına neden olan araç haline gelmesi sonucunu doğurmuştur. Bu kadar yaygın olarak ulaşılabilen ve kullanılan bilgi artık çok ciddi tehditleri ve güvenlik hassasiyeti olan bir unsur haline gelmiştir. Kurumların sahip oldukları bilgiler mülkiyete zarar verme, sahtecilik, sabotaj,

yangın, çalınma veya üçüncü şahıslarla bilginin paylaşımı gibi birçok risk tehdidi altındadır. Özellikle dijital ve elektronik yollarla kayıt altına alınan bilgiler sistemlere yapılan saldırılar, gönderilen casus kodlar ve değişik virüslerle çok rahat yetkisiz kişilerin ulaşımına açık hale gelebilmektedir. Bilgi güvenliği hem insanlar için hem de kurumlar için önem taşımaktadır (ISO/IEC 17799:2005, 2005). Sağlık kurumlarında bulunan bilgilere bakıldığında kişilerin şahsi bilgilerine kolaylıkla ulaşılarak kişisel bilgilerin güvenliği zedelenecek ve kişisel bilgiler korumasız hale gelmektedir. Sağlık kurumlarına bakıldığı zaman da kurum için hem bir itibar kaybı olur hem de kuruma ait bütün özel veriler başkaları ile paylaşılarak kurum hukuki açıdan zor durumda bırakılır. Ayrıca yapılabilecek bir virüs saldırısıyla kurumun bütün kayıtlı bilgileri bir anda yok olma tehdidi altında bulunur Tüm bu yönleri ile kurumun her tür önlemi alan bir yapıda örgütlenmesi önemli bir konu olarak belirtilmiştir.

2.2.9.1.Sağlık Bilgi Yönetimi

Hastaneler ve sağlık sistemleri hastaların kişisel bilgilerin güvenliğini ve bilgilerini korumakla sorumludurlar (Washington State Hospital Association, 2010). Hastaların tıbbi kayıtları, bilgileri ve hastanenin yaptığı bilimsel çalışmalar özel bakış açısıyla güvenlik anlayışı ve yaklaşımı gerektiren önemli bir güvenlik alanıdır. Teknolojinin tam oturmadığı veya ulaşmadığı daha önceki zamanlarda hastalarla ilgili tüm bilgi ve kayıtlar evraklara yazılmaktaydı. Hastaların bilgileri elden ele gönderilen evraklarla bireyler tarafından paylaşılmakta iken daha sonra bu işlemler telefon veya faks yoluyla paylaşma şeklinde bilgi paylaşımına doğru gidilmiştir. Teknolojinin de yardımıyla dijital ve elektronik sistemler arttıkça bilginin paylaşılma hız ve paylaşılan bilginin miktarı artmıştır. Fakat bu yollarla paylaşılan bilgilerin korunması, güvenli olarak saklanabilmesi günümüzde ayrıca bir güvenlik konusu olarak karşımıza çıkmıştır. Bu konular günümüz modern hastaneleri için en önemli dikkat edilmesi gereken konular içinde yerini almaktadır.

1996 yılında ABD’de GÜTASSK’ın devreye girmesiyle kanun tam anlamıyla anlaşılmasa da bilgi paylaşımı ile ilgili algılarda büyük değişimler yaşanmıştır (Washington State Hospital Association, 2010). Hastaya ait şahsi tıbbi bilgileri ve kayıtlarının güvenliliğinin sağlanmasında esas sorumluk bilgiyi üreten ve yöneten sağlık hizmetini sağlayanlar, kurum ve kişiler (özel haklarından sorumlu kişiler ve Tıbbi Bilgi Yönetimi (TBY)) sorumludurlar.

TBY yöneticisi çok sıkı güvenlik tedbirleri aldığı gibi görev yapan sağlık personelinin de yerlerinde, doğru ve emniyetli bir şekilde çalışmalarını da sağlaması gerekmektedir. Alınacak güvenlik tedbirleri şunları içermelidir;

- Yasal bir süreç içerisinde yer alan veya yasal süreçten dolayı maddi yükümlülük getirebilecek olan hastaların tıbbi bilgi kayıtlarının ayırt edilmesi, bu bilgilerin TBY sorumluları tarafından güvenli bir ortamda depolanması,
- TBY ve tıbbi hizmet veren personelin mesai sonrası bilgilere ulaşabilmeleri için güvenliği koruyucu talimatlar geliştirilmesi,
- Fotokopi makinesi gibi çoğaltma ve kopyalama işi ile uğraşan / işten sorumlu olan bölüm personeline çok sıkı güvenlik tedbirleri uygulanması,
- Bilgisayar destekli kayıt sistemlerinde riski azaltacak koruyucu emniyet sistemleri yerleştirilmesi,
- Tıbbi kayıt yapan personele şahsi bilgileri açıklama süreçlerini ve bu süreçlere nasıl uyacakları, bunun yanında bilgi paylaşımı konularında güvenlik tedbirlerini yazılı bir belgeyle yeminli ifade alınması
- Operasyonel olan ve olmayan zamanlarda tıbbi kayıtlara sınırlı giriş sağlanması,
- Kayıtların tutulduğu yerlerde yerden tavana kadar engelleyici bir duvar bulunması ve/ya hırsız alarm sistemlerinin bulundurulması,
- Tıbbi hizmetlerin verildiği yerlerle tıbbi kayıtların bulunduğu yerlerin fiziki olarak bir birlerinden ayrı yerlerde bulunması ve ayrı tutulmasıdır (Colling & York, HHS, 2010, s. 549) gibi faaliyetleri yerine getirmelidir.

2.2.9.2.Bilgi Teknolojileri

Özellikle 2007 yılından sonra büyük ve hızlı teknolojik gelişmeler sağlık kuruluşlarında ve hastanelerde bilgi güvenliği alanında ciddi önem verilmesi gereken hassas bir konu haline gelmesini sağlamıştır. Hastanelerde bilgi denildiği zaman hastaların kişisel kart ve banka bilgileri, bütün vatandaşlık bilgileri, tıbbi bilgiler, hastaneye ve çalışanlara, yapılan bilimsel çalışmalara ait bütün kayıt ve bilgiler girmektedir. Bu konunun bu kadar geniş bir alanda yayılması konunun çok ciddiye alınmasını zorunlu kılmıştır. Sonuçta hastanelerde çalışan bilgi işlem personeli ve güvenlik personeli arasında ‘beraber çalışma’ zorunluluğu kavramını ortaya çıkarmıştır. Güvenlik personeli sağlık kurumunda fiziki güvenlik tedbirlerini alırken, bilgi işlem

personeli de destekleyici dijital program ve yollarla sistemin güvenliğini sağlamaktadır. Özellikle sağlık kurumlarında kablosuz ve WiFi⁴⁸ uygulamaları bilginin suiistimal edilme olasılığını kolaylaştırmıştır. Bu durumun engellenmesi için gerekli yazılım ve fiziksel koruma tedbirleri alınmalıdır. Hastanelerde bilgi yönetimi süreçlerinde değerlendirilmesi gereken bütün dijital verilerin korunması için güvenlik yazılımı programları kaçınılmaz şekilde kullanılması gereken amaçlardan biri haline gelmiştir. Hazırlanan bu yazılım programlarında kullanıcılar sınıflandırılarak her kullanıcının yetkisine göre bilgilere ulaşması sağlanmakta ve sonuçta güvenlik açısından önemli olan bilgiler korunmuştur (Roderick Chapman, 2004).

2.2.10. Güvenlik Olaylarının Takibi ve Tespiti

Sağlık kurumları ve hastanelerde çok farklı bölümlerde bulunan farklı gruptaki hastalar farklı güvenlik tehditleri oluştururlar. Bunun yanında hastanelerde olan güvenlik olayları için geliştirilecek güvenlik tutumları da farklılık gösterir. Hastanelerde oluşan bazı güvenlik olayları adli bir durum aldığı veya hastanede bulunan güvenlik personeli gerekli ve yeterli etkinliği sağlayamadığında mutlaka kolluk kuvvetleri ile koordinasyon sağlanıp onlarla işbirliği yapılarak olaylar daha hızlı ve etkin bir biçimde çözümlenmelidir. Güvenlik olaylarında yeterince koordinasyon sağlanmalı gerektiğinde Emniyet ve Jandarma gibi kolluk kuvvetleri ile de iletişime girilmelidir (İnanıcı, Çolak, & Özaslan, 2004).

2.2.10.1. Kolluk Kuvvetleri ile Koordinasyonun Sağlanması

Güvenlik olaylarında kolluk kuvvetleri ile koordinasyon sağlamak problemleri bir konu olarak devam etmektedir (Roland & Verdier, 1999). Bu durum, hastanede hizmet veren güvenlik personeli ile kolluk kuvvetleri arasında yeterince ilişki kurulup koordinasyon sağlanamaması biçimde mevcuttur. Bu durum çoğunlukla, bazı ülkelerde kolluk kuvvetlerinin ek iş olarak güvenlik hizmeti vermesi, kolluk personelinin güvenlik personelinin görevlerinde yeterli olmadığını ve standartları düşürdüklerine inanmaları, karşılıklı saygı ve iletişim eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Ancak kolluk kuvvetleri ile koordinasyon kurmak önemli bir konudur (İnanıcı, Çolak, & Özaslan, 2004).

ABD’de sınırlı da olsa aylık olarak karşılıklı görüşmeler yapıldığı, kolluk kuvvetlerinden yasal hak ve durumlarla ilgili bilgilerin paylaşıldığı ve eğitim alındığı

⁴⁸ Wi-Fi, Wireless Fidelity'nin kısaltılmış halidir ve kablosuz ağlar üzerinden verinin transferi için oluşturulmuş bir standarttır. (Turkcell Superonline).

bilinmektedir (Colling & York, 2010, s. 361). Sağlık kurumlarının işe aldıkları personel güvenlik tehdidi oluşturabilen kişilerden olabilir. Çoğu sağlık kurumu şahısları işe almadan önce şahıslar hakkında özgeçmiş ve referans araştırması yapar. Yapılan araştırmalara göre sağlık kurumları genellikle işe personel alırken diğer sağlık kurumlarından, özellikle de kolluk kuvvetlerinden şahıslar hakkında bilgi alma eğiliminde olurlar. Aynı zamanda çoğu sağlık kurumu çalışanlarının bilgilerini kolluk ile paylaşarak kolluk kuvvetlerine destek olmuşlardır. Bu yönüyle yapılan bilgi alış verişi kurumlar açısından gelecekte oluşabilecek risklerin önüne geçilme sonucunu ortaya çıkaracaktır (Sumner, 2007). Hastanelerde kolluk kuvvetleri ile nasıl iletişim sağlanacağı konularını da içeren talimatların hazırlanması şiddetti azaltma ve önüne geçmek için yardımcı olacaktır. Ayrıca hazırlanacak olan bu talimatların düzenli olarak uygulanması güvenlik olayları da dikkate alınarak güncellenmesi daha etkin bir sistem geliştirilebilmesi açısından önemli olacaktır (WorkSafe BC, 2005).

2.2.10.2. Hastane Tarafından Polis Yardımı Talep Etme

Genelde sağlık kurumları 24 saat güvenlik personeli bulunduruyorsa çok fazla polis yardımı talep etmezler. Sağlık kurumları kendi idari durumlarını ve kurumlarını düşünerek güvenlik olaylarını polisle çok fazla paylaşmak eğiliminde değillerdir. Ayrıca polis yardımına gerçekten ihtiyaç olup olmadığına karar verilebilmesi için idarenin konu ile ilgili mutlaka bilgisi ve kontrolü olması gerekmektedir ve bunun bir elden yapılması sağlanmalıdır. Ancak sağlık kurumlarında oluşan acil durumlarda genellikle polis müdahalesi zorunlu hale gelmektedir. Yardıma ihtiyaç duyulması durumunda en yakın kolluk kuvveti birimine veya daha önceden bildirilmiş, koordinasyonu sağlanmış olan kolluk birimine haber verilmelidir (Iowa Department of Administrative Services - Human Resource Enterprise, 2010). Yardıma ihtiyaç olup olmadığının sağlık çalışanı tarafından önceden tespiti ve bekletmeksizin yardım istenmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanları ve güvenlik personeli engellenemeyecek tehdit durumlarında nasıl davranacaklarını bilmeleri, ihmal edilmemesi gereken bir konudur. Özellikle psikiyatri bölümlerinde yatan hastaların oluşturduğu güvenlik tehditleri dikkate alınmalı, hastaların başka yerlere taşınmaları durumlarında da sağlık personeli polis ile irtibata geçerek emniyeti sağlayabilmelidir. Bu durumlar için polis ile doğrudan irtibatı sağlayan kodlarla polisi arayabilecek yapı bulunmalıdır (Victorian Government, Department of Health, 2010).

2.2.10.3.Hasta ve Çalışanlarla Polisin İletişimi

Sağlık kurumlarında güvenlik konuları haricinde sağlık personeli ve hastaların iletişime geçmeleri pek mümkün görünmemektedir. Polis adli bir durum söz konusu olmadığı sürece, hasta veya çalışanlarla görüşme eğiliminde değildir. Hasta ile görüşmek isteyen kolluk kuvvetlerinin öncelikli olarak, hastane personeli ve hastanın doktoruyla görüşmesinde fayda bulunur. Polisin çalışanlarla görüşme talebi söz konusu ise, o zaman hastane idaresi veya insan kaynakları bölümü ile görüşülerek çalışanla, normal çalışma ortamının dışında bir yerde görüşülmelidir (Duke University Police Department, 2013). Sağlık çalışanları ciddi ölüm ya da yaralanma olayları olan/olma riski taşıyan çalışma ortamlarından hemen güvenli bir yere ayrılmalı ve polise yardımcı olacak ve olayların daha da ilerlemesini engelleyecek şekilde bilgi vermek için onlarla iletişime geçmelidir (Victorian Government, Department of Health, 2010).

2.2.10.4.Acil Müdahale Odaları

Polisin en çok olaylara müdahale ettiği yerler acil müdahale odalarıdır. Çünkü bu yerlerde bıçaklanma, yaralanma, adam öldürme, cinsel suiistimal gibi adli olaylar çok sıklıkla meydana gelmektedir. Bu yerlerde olan veya gelen, olayların adli olay olarak kabul edilmesi hastane güvenlik personelinin değil, acil serviste çalışan sağlık personelinin sorumluluğunda olmalıdır. Gelen hastaların özel eşyaları eğer hastanın şuuru açık ise onun kontrolünde, değilse mutlaka kayıt altına alınarak farklı bir yerde muhafaza edilmelidir. Acil servis ve hastanelerde güvenlik olayları sıklıkla ve yoğun bir şekilde yaşanıyorsa polisin olaylara kolaylıkla müdahale edebilmesi için polise hastane ve servis içinde oda gibi bir yer tahsis edilmelidir. Hastaneler için önemli bir problem de kolluk kuvvetleri tarafından tedavi olması için getirilen ve daha sonra hastanede sahihsiz kalan hastalardır. Bu hastalara müdahale edildikten sonra, ne yapılacağıının bilinmemesi ve gelen bu hastaların yanlarında kolluk kuvveti olmamasın durumundan hastanede sorun çıkartmaları, hastanelere ve acil servislere ciddi bir yük getirmektedir (Colling & York, HHS, 2010, s. 365). Polisin eşlik etmesi ile hastanelere gelen hastaların kabul ve uzun bekleme sürelerinden dolayı polislerin bu hastaların başında güvenlik personeli gibi durması kolluk kuvvetlerinin devam eden asayiş işlerini aksatmaları anlamına da gelmektedir. Sonuçta polisin dışarıda devriye görevlerini aksatması toplum için ayrı bir risk durumunu ortaya çıkarabilir. Bu yönüyle bakıldığında acil servislere gelen polis personelinin sağlık personeli tarafından da çok oyalanmaması, ilgili iş bitiminde

görevlerine kolay ve hızlı dönebilmelerini sağlamak gerekmektedir (Provincial Human Services and Justice Coordinating Committee, 2013).

2.2.10.5.Soruşturma ve İnceleme Faaliyetleri

Temel görevi korumak olan güvenliğin aynı zamanda ihtiyaç duyulması veya bir suçun araştırılması amacı ile kurumda inceleme yapması gibi bir görevi de söz konusu olabilmektedir. Yapılan bütün bu tür çalışma sonuçta kurumun güvenliğinin uzun süreli olarak sağlanması ve devam ettirilmesini amaç edinir. Sağlık kurumlarında soruşturma ve incelemeler genelde bu işlerin yapıldığı kurumların yapılarına göre hem ticari hem de güvenlik açısından bilgi toplama yoluyla, hem de elde bulunan bulguların değerlendirilerek güvenlik açısından kurumun iyileştirilmesini ve koruyucu tedbirler alınmasını sağlar. Kurumlarda hem suç işleme eğilimi olabilecek kişiler hem de bu yerlerin olabileceği yerler sürekli incelenmelidir. Bu yerlerde saldırma, şiddet, mal hırsızlığı gibi her hangi bir suç olayı işlenip işlenmediği incelenir (Sennewald, 2003). Ticari amaçla yapılan araştırma ve incelemeler genellikle kolluk kuvvetlerinin yaptıklarından çok daha kapsamlı ve işlevsel faaliyetlerdir. Tipik bir kolluk tatbikatında işlenen olay sonucu kurumda yapılan ihmaller, bu olaya sebep olanlar ve bu kişilerin geçmişleri incelenip, irdelenir ve bir daha bu şekilde bir olay nasıl olmamalı ve nasıl daha emniyetli olunur gibi konulara yönelik çalışma yapılır (Arata, Perimeter Security, 2006).

Etkin ve bilimsel bir inceleme için farklı alanda çalışan uzmanların bir ekip oluşturarak çalışmaları gerekmektedir (Çetin V., 2014). Sağlık kurumlarında meydana gelen güvenlik olayları çoğunlukla olayın olduğu kuruma özel olaylardır, bu olaylar çok fazla farklı ortamda gelişen olaylardır. Ayrı kurumlarda olan incelemelerin yapılabilmesi, yapılırken nasıl ve ne derinlikte, hangi sıklıkta yapılacağı daha çok o kurum felsefesi, yapılan incelemelerin amacına uygun olarak belirlenir. Ayrıca inceleme o sağlık kuruluşunda çalışan beyaz yakalılar ile ilgili ise, ya da yapılmakta olan inceleme daha yukarıda bulunana idarecilere ile ilgili yapıyorsa oluşan bu durum incelemenin yönünü belirler. Bu durumlara ilave olarak yapılan inceleme ve araştırmaların kurum dışı ve içerisinde kurumu ne kadar etkileyeceği de ayrıca önemli bir konudur.

Günümüz hastaneleri ve sağlık kuruluşları yapısal olarak farklı özellikler (mikro cerrahi merkezleri, tüp bebek merkezleri gibi) taşımaya başladıklarından güvenlik personelinin incelemesi gereken güvenlik olayları da farklılaşmaktadır (Sells, 2000). Hastane ve diğer sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen inceleme ve araştırmalar çok farklı

nedenlerden, çok farklı bölümlerde, çok karmaşık olaylar olabilir. Örneğin, risk yönetimi birimi sağlık kurumuna tedavi için gelen hastaların tedavi ile ilgili şikâyetlerini, sosyal güvenlik sigortaları ile ilgili konuları, hastalara uygulanan tıbbi müdahaleleri ya da KAK tarafından öngörülen incelemeleri yapabilir (Colling & York, HHS, 2010, s. 408).

2.2.10.6. Güvenlik Sağlama Amaçlı Polis İncelemesi

Hastanelerde yapılacak inceleme ve soruşturmalar hastanenin verdiği çok farklı tıbbi hizmetlerin sayısının çokluğu kadar farklı güvenlik durumları oluşturabilir. Sağlık kurumlarında işlenen ve yine bu kurumlar tarafından suç olarak algılanmayan ancak yine de işlenmeye devam eden birçok suç çeşidi bulunmaktadır. Genellikle kolluk kuvvetlerinin bir unsuru olan polislere soruşturma ve inceleme için başvuru olan olaylardan çok daha fazlası zaten sağlık kurumlarında gerçekleşmektedir. Çünkü polis daha çok olay merkezli bir bakış açısı taşıırken hastane güvenlik personeli daha çok güvenliği proaktif (engelleme) bir bakış açısıyla görmektedir (Sells, 2000). Bazen polisin yaptığı incelemeler ile hastane güvenliği tarafından yapılan incelemeler bir biriyle aynı amaçta buluşur ya da başka amaçları içerdiğinden çakışabilir. Bu iki birim tarafından oluşturulan ikili farklı yaklaşımın ortadan kaldırılması için sağlık kurumunda hizmet veren güvenlik bölümünün mutlaka kolluk kuvvetleri ile koordineli çalışması gerekmektedir (Colling & York, HHS, 2010, s. 409).

3. BÖLÜM : YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yöntemi ve Modeli

Çalışmada nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Nitel araştırmalar sosyal bilimlerde araştırma yapılırken kullanılan araştırma metotlarından birisidir. “Nitel araştırma gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlanmaktadır” (Yıldırım & Şimşek, 2008, s. 39). Nitel araştırma insanların yaşam tarzlarını, öykülerini, davranışlarını, örgütsel yapıları ve toplumsal değişmeyi anlamaya dönük bilgi üretme süreçlerinden biridir (Strauss & Corbin, 1990). Bu yönüyle bakıldığında “nitel araştırmanın, insanların olaylara dönük öznel bakış açılarını keşfetmeyi hedeflediğini ve bu nedenle nicel araştırmadan daha üstün olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla nitel araştırmayı insanın, kendi sınırlarını çözmek ve kendi çabasıyla biçimlendirdiği toplumsal sistemlerin derinliklerini keşfetmek üzere geliştirdiği bilgi üretme yollarından birisi olarak tanımlamak mümkündür. Nitel araştırmanın bir diğer temel özelliği ise, bilginin inşa edilmesi sürecinde izlediği yoldur. Nitel araştırma, bilgiye tümevarım yöntembilimini kullanarak ulaşmaya çalışmaktadır.” (Özdemir, 2011)

Hastane güvenliği konusuna bütünsel bir yaklaşım sağlamak amacıyla yapılan çalışmamız bu alanda yapılmış betimleyici bir çalışmadır. Nitel veri toplama teknikleri kullanılan çalışmada öncelikli olarak alan yazın araştırması yapılmış, çalışmanın ikinci bölümünde ise sistematik gözlem tekniklerinden olan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ve anket tekniği kullanılmıştır. “Nitel araştırmalarda en sık kullanılan veri toplama yöntemleri en genel anlamda görüşme ve gözlemdir. Bu yöntemler, örneklem büyüklüğü üzerinde önemli sınırlılıkları beraberinde getirmektedir. İlk olarak; görüşme ve gözlem verilerinin toplanması için gereken zaman, enerji, organizasyon ve para örneklemin sınırlı tutulmasını gerektirir. İkinci olarak gözlem ve görüşmeler yoluyla elde edilen verilerin yoğunluğu ve çokluğu da bu seçimde rol oynar. En az Yarım saatten başlayıp birkaç saate yayılabilecek bir görüşme kasetinin yazıya dökülmesi, yazıya dökülen bu görüşme metninden veya veriden araştırma problemine ilişkin anlamlı temaların çıkarılması, nitel araştırmalarda yaygın olarak karşımıza çıkan bir çalışma biçimidir.” (Yıldırım & Şimşek, 2008, s. 39)

Çalışmanın alan yazın taramasında çalışmaya esas olan ABD sağlık güvenliği alanında yapılan yapısal, yasal ve kurumsal çalışmalar ve uygulamalar incelenmiş ve ülkemizde kullanılan kaynak ve veriler incelenmiş hastane güvenliği tarihsel ve kavramsal olarak sınıflandırılmış ve incelenmiştir. Veriler toplanırken alanda yazılmış temel eserler, yasalar, kurumların kullandığı genelge ve yönetmelikler taranmıştır. Ayrıca ülkemizde bulunan konu ile ilgili yasa ve genelgelerde incelenmiş, konu ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı örgüt olarak incelenmiş ve hastane güvenliği konusunda ilgili olduğu düşünülen yasa, genelge, yönetmelik ve bakanlık birimleri incelenerek ABD sistemi arasında bir karşılaştırma yapılmaya çalışılmıştır.

Nitel araştırmalarda kullanılan görüşme tekniğinin belirleyici özelliği araştırma öznelerinin anlam dünyalarını ve görüşülen kişilerin bakış açılarını ortaya çıkarma olmaktadır. Bu nedenle nitel görüşmede, görüşülenlerin anlam dünyalarını, duygu ve düşüncelerini anlamak, nicel görüşmelerden farklı olarak yüzeysel değil daha derin bilgi edinmek esastır (Erkuş, 2009, s. 87). Yarı yapılandırılmış görüşme hem sabit seçenekli cevaplama hem de ilgili alanda derinlemesine gidebilmeyi birleştirir. Analizlerin kolaylığı, görüşülene kendini ifade etme imkânı, gerektiğinde derinlemesine bilgi sağlama gibi avantajları bulunur. (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz, & Demirel, 2009). Çalışmanın nitel araştırma tekniği olan yarı yapılandırılmış görüşme için de 35 ucu açık soru hazırlanmıştır. Sorular “kavramsal, sistem, aktörler, uygulama” başlıklarına göre sınıflandırılarak konunun ülkemizde işleyen durumu incelenmiştir. Bu sorular İzmir ve Manisa da bulunan 10 hastane yöneticisi ve güvenlik yöneticisine sorulmuştur. Görüşmeler elde edilen veriler yasal izinler ve kişilerin onayı alınarak not tutma ve ses kaydı yapılmak suretiyle toplanmıştır. Daha sonra alınan bu cevaplar doğrultusunda verilerin analizi yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Nitel araştırmacıların birincil kaygısı, nicel araştırmacılarda olduğu gibi belirli bir evrene sağlam genellemeler yapmak değil, bir evrende olması olası çeşitlilik, zenginlik, farklılık ve aykırılıkları çalışmalarına dâhil ederek bütüncül bir resim elde etmektir. Nitel araştırma çalışılan konuyu derinlemesine ve tüm olası ayrıntıları ile incelemeyi amaç edinmektedir (Yıldırım & Şimşek, 2008, s. 107). Nitel araştırmada kuram geliştirme süreci birbirini takip eden bir dizi işlem basamağından oluşmaktadır. Sürecin en önemli basamaklarından birini örneklem seçimi oluşturmaktadır. Nitel araştırmada kullanılan

örneklem modeline “amaçlı örneklem” ismi verilmektedir. Olasılık kuramına dayalı olarak geliştirilmiş olan nicel örneklem yaklaşımlarının aksine amaçlı örneklem modelinde temel amaç, araştırmanın konusunu oluşturan kişi, olay ya da durum hakkında ve belirli bir amaç doğrultusunda derinlemesine bilgi toplamaktır (Maxwell, 1996).

Çalışmamızın evreni İzmir ve Manisa’da bulunan 10 ayrı hastanede görev yapan hastane yöneticileri ve eğer hastane içinde varsa güvenlik amirleri olarak kabul edilmiştir. İzmir ve Manisa’da bulunan ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı olarak çalışan 10 ayrı kamu hastanesinde yapılması planlanmış, bunun ile ilgili olarak çalışmanın belirlenen kamu hastanelerinde yapılması için Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nden ayrı ayrı çalışma izni için başvurulmuştur. Burada konumuza odaklanmak için amaçlı bir örneklem olması düşüncesiyle sadece hastane yöneticileri ve varsa hastane güvenlik amirleri ile görüşme yapılmıştır. Hastanelere en genel bakış açısı ile bakabilecek ve çalıştıkları kurumları güvenlik konusunda etkin olarak değerlendirebilecek kişiler olarak bu iki grup düşünülmüştür.

3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

Çalışmamızda literatür araştırması bölümünde güvenlik konusu öncelikli olarak; can, mal (eşya), mülk (bina, arazi) konuları kapsamında kavramsal olarak ele alınmıştır. Çalışmada ele alınan kavramların büyük bir bölümü birbirinden bağımsız olarak ülkemizde farklı çalışmalarda ele alınan kavramlar (Bahçeci & Sağkal, 2011; Çırpı, Merih, & Kocabey, 2009) olmasına karşın bütün bu kavramların bir bütünlük içinde ele alınması ilk olacaktır.

Çalışmamızda öncelikli olarak hastane güvenliğinin tam olarak anlaşılmasının sağlanması için kavramsal düzeyde konuların incelenmesi ve anlatımı yapılmış, tarih içinde hastaneleri gelişimi ve şekillenmesi, hastane güvenliğinin bu gelişim içinde kendi evrimi anlatılmıştır. Öncelikli olarak yönetim, hastane, hastane yönetimi, risk ve risk yönetimi, güvenlik ve hastane güvenlik yönetimine kavramsal açıklama getirilmiştir. Özellikle kavramsal anlamda yanlış olarak bilinen güvenlik ve emniyet kelimelerine açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Çalışmamızın temel kavramlar bölümünde hastane güvenliğini oluşturan iç ve dış unsurlar, hastane de oluşabilecek güvenlik tehditleri ele alınmıştır. Hastane güvenliğinin şekillenmesini sağlayan kurumsal kültür, yönetici

tutumları, çalışan motivasyonu gibi iç unsurlar güvenlik bakış açısıyla incelenmiştir. Ayrıca yukarıda da ifade edildiği gibi özellikle ABD hastanelerinde güvenlik kavramının yerleşmesi ve bu konunun hem kamu hem de gönüllü kuruluşlar tarafından denetlenip belirli standartlara bağlanmasında önemli bir yeri olan kurumlar hakkında ülkemize gelecekte bir örnek olabilmesi düşüncesiyle bu kurumlara genel olarak değinilmiştir. Çalışma konuları araştırılırken bu konuda ülkelerinde belli standartlar getirmiş İngiltere, Kanada, Avustralya ve özellikle de Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve bu ülkelerde yapılan düzenlemeler, yasal denetleyici, standart getirici kurumlar konu edilmiştir. Hâlihazırda dünyamızda hastane güvenliği konusunda gerek alınan yasal tedbirler ve uygulamalar gerekse de kurumsallaşma açısından en ileri düzeyde olan ülke olarak ABD kabul edilebilir. Hatta ABD’de hizmet veren bazı kuruluşlar uluslar arası da standart geliştirme, denetleme ve yönlendirme hizmetleri (IAHSS, 2006; ASIS International, 2009) vermektedirler. Bu yönüyle çalışmamıza esas olan kurum ve konular daha çok ABD sistemi örnek alınarak ortaya konmuştur. Hastane güvenliğinin şekillenmesi ve belirli bir standarda ulaşmasında etkin rolü olan ABD’li kurum ve kuruluşlar ayrıca bu çalışmada ele alınmıştır. Yine aynı bölümde hastanede güvenlik konusunun basit bir şiddet konusu olmadığını vurgulamak amacıyla şiddet (fiziksel ve psikolojik olmak gibi her yönüyle), cinayet, hırsızlık, adam kaçırmaya, rehin alma gibi şahıslara yönelik işlen suçlar, mülkiyete zarar verilmesi, sabotaj, soygun, devlet malını kötüye kullanma ve faydalanma, rüşvet gibi mülkiyete ve mala yönelik olan suçlar, terörizm ve bombalama gibi toplum ve kurumları hedefine alan güvenlik riskleri de anlatılarak hastane güvenliğinin birçok risk unsurunu içinde barındıran bir konu olduğu vurgulanmıştır.

Çalışmanın literatür bölümünün son bölümünde başta şahıs güvenliği konusu altında sağlık çalışanlarının ve hastaların güvenliği hem can hem de mal boyutuyla ele alınarak ortaya konulmuştur. Sağlık personelinin maruz kalabileceği güvenlik tehditleri, bu tehditler karşısında yapılması gerekenler çalışmada ele alınsa bile sağlık çalışanlarının da hastalara ve diğer çalışanlara karşı birer risk unsuru olabileceği göz önünde bulundurulmuştur. Bu yönüyle sağlık personelinin işe alım sürecinden kurum içinde alacağı sürekli güvenlik eğitimleri anlatılmıştır. Hastalar ve yakınlarının oluşturdukları güvenlik riskleri, özellikle de risk grubuna giren hastalara karşı nasıl davranılacağı ve risk durumlarının nasıl azaltılacağı konuları işlenmiştir. Daha sonra hastane içi ve dışı olmak üzere bina, bina içinde güvenlik hassasiyeti olan bölümler, hastane dışında bulunan ancak bir şekilde hastaneye bağlı olan yerlerde oluşabilecek risk konuları hastane bölümleri

dikkate alınarak alınabilecek tedbirler belirtilmiştir. Bu bölümün sonunda ise çoğu kişi tarafından ihmal edilen ancak hastanelere ve dolayısıyla da topluma ciddi maddi yükümlülükler getiren malzeme ve eşya güvenliği, günümüzde teknolojinin de yaygınlaşmasıyla riske açık hale gelen bilgi güvenliği konularına açıklık getirilmiştir. Yine bu bölümün sonunda hastane güvenliği ve kolluk kuvvetlerinin iletişimi hastane güvenliğini tamamlayan bir unsur olarak anlatılmıştır. Çalışmanın bu boyutunda hastane ve hastane özelinde güvenlik konusu kamu kurum ve özel işletmelerde farklı boyutlarla ele alınarak ülkemizde bulunan mevcut durumda hastane güvenliği konusu değerlendirilerek, kavramsal, örgüt yapısı ve düzeni olarak ortaya konulmuştur.

Çalışmanın uygulama bölümünde nitel araştırma tekniklerinden olan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile İzmir ve Manisa'da bulunan ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı olarak çalışan 10 ayrı kamu hastanesinde yapılması planlanmış, bunun ile ilgili olarak çalışmanın belirlenen kamu hastanelerinde yapılması için Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden ayrı ayrı çalışma izni için başvurulmuştur. Sağlık Bakanlığının karmaşık yapısından dolayı çalışma yapılacak hastanelere ulaşmanın bu kadar güç olması çalışmanın süresini beklenenden daha uzun bir gerçekleşmesine neden olmuştur. Ayrıca çalışmanın planlandığı hastanelerde hedef kitle olan yöneticilerin bütün yasal izinler alınmasına karşın çalışmaya katılmada isteksiz oldukları görülmüş, özellikle bazı yöneticilerin iş yoğunluğu veya başka nedenlerden dolayı çalışmaya katılmama yönünde bir tavır sergiledikleri ayrıca çalışmanın aksamasına neden olmuştur. Yine görüşme yapılan yöneticilere çalışma ile ilgili yeterli bilgi sunulmasına rağmen yapılan çalışma için söz konusu mülakatların bireysel bir yönetici performansı olarak yöneticiler tarafından algılanması verdikleri bilgilerde sınırlamalara gittikleri de ayrıca gözlemlenmiştir. Çalışmaya söz konusu olan kişiler bu hastanelerde görev yapan hastane yöneticileri, güvenliğin yönetim olarak bağlı bulunduğu Sağlık Hizmetleri ve Otelcilik Yöneticileri ve güvenlik amirleridir. Konu ile ilgili evrenin genişliği düşünüldüğünden araştırmanın örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi ile örneklem belirlenmiştir. Çalışmanın örneklemi 10 kurumda görev yapan hastane yöneticileri ve hastanede güvenlik amirleri olmak üzere toplam 20 kişiden oluşmuştur. Hastane güvenliği konusuna en genel bakış açısı ile bakabilecek ve çalıştıkları kurumaları güvenlik konusunda etkin olarak değerlendirebilecek kişiler olarak bu iki grup düşünülmüştür. Bu kişiler

üniversitenin etik izni ve gerekli yasal izinler alındıktan sonra aranmak suretiyle aranıp görüşmeyi kabul eden yöneticilerden görüşmeler için randevu alınmıştır. Alınan randevu sürecinde bazı yöneticiler randevularına uymadıkları için süreç aksamış hatta bazı yöneticilere ulaşılamamıştır. Görüşmeler esnasında ilgili kişilere her türlü gizlilik ve kişisel bilgilerin saklanması konusunda bilgi verilmiştir. Görüşmeler yöneticilerin görev yaptıkları makam odalarında ve yüz yüze yapılmıştır. Yapılan mülakatlarda soru-cevap yöntemi uygulanarak 34 farklı soru sorulmuştur. Bu sorular yöneticilerin hastane güvenliği konusuna kavramsal bakışları (9 Soru) , yasal ve yapısal olarak sistemsal bilgilerini (5 Soru), hastane güvenliği sürecinde bulunan aktörler (11 Soru) ve aktif uygulamalar (9 Soru) olarak 4 ayrı grupta sınıflandırılarak sorulmuştur. Görüşmeler 30 dakika ile 1 saat arası sürmüştür. Sorulan sorulara alınan cevaplar daha önceden çoğaltılmış formlara not alınarak veya kabul eden yöneticilerin ses kayıtları alınarak kayıt altına alınmıştır. Çalışma ilk defa yapıldığı için ve yöneticilerin tutumlarının herhangi bir şekilde yönlendirilmemesi için sorular yorum yapılmadan direkt olarak sorulmuş, ancak ihtiyaç duyduklarında yöneticilere açıklayıcı bilgiler de verilmiştir. İlgili formlar doldurulduktan sonra sorular;

- Kavramsal olarak hastane güvenliği,
- Yasal ve yapısal olarak Kavramsal olarak hastane güvenliği,
- Hastane güvenliğinde rol alan aktörler,
- Hastanelerde hastane güvenliği uygulamaları olarak sınıflandırılarak bu çerçevede değerlendirilmişleridir.

Katılımcıların verdiği cevaplar incelenerek ülkemizdeki mevcut durum ile ABD’de ifade edilen durum karşılaştırılmış ve ülkemizde bulunan sistematik ihtiyaç ortaya konmaya çalışılmıştır. Batılı ülkelerde olan kavramsal, sistem(yapısal ve yasal şekil), aktörler(yönetici, çalışan, hasta ve ziyaretçiler)” ve uygulamalar ile konu ile doğrudan ilgisi bulunana hasta yöneticilerinin verdiği cevaplara bakılarak ülkemizde bulunan mevcut olan durum da karşılaştırılmıştır. Ülkemizde hastane güvenliği konusuna olan bakışa açısı yukarıda ifade edilen başlıklar altında incelenmiştir.

4. BULGULAR VE YORUMLAR (Manisa ve İzmir Çevresinde Bulunan Hastane Yöneticilerinin Hasta Güvenliğine Bakışlar)

Çalışmamızın evreni İzmir ve Manisa’da bulunan ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı olarak çalışan 10 ayrı kamu hastanesinde yapılması planlanmış, bunun ile ilgili olarak çalışmanın belirlenen kamu hastanelerinde yapılması için Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nden ayrı ayrı çalışma izni için başvurulmuştur. Sağlık Bakanlığının karmaşık yapısından dolayı çalışma yapılacak hastanelere ulaşmanın bu kadar güç olması çalışmanın süresini beklenenden daha uzun bir gerçekleşmesine neden olmuştur. Ayrıca çalışmanın planlandığı hastanelerde hedef kitle olan yöneticilerin bütün yasal izinler alınmasına karşın çalışmaya katılmada isteksiz oldukları görülmüş, özellikle bazı yöneticilerin iş yoğunluğu veya başka nedenlerden dolayı çalışmaya katılmama yönünde bir tavır sergiledikleri ayrıca çalışmanın aksamasına neden olmuştur. Yine görüşme yapılan yöneticilere çalışma ile ilgili yeterli bilgi sunulmasına rağmen yapılan çalışma için söz konusu mülakatların bireysel bir yönetici performansı olarak yöneticiler tarafından algılanması verdikleri bilgilerde sınırlamalara gittikleri de ayrıca gözlemlenmiştir. Çalışmaya söz konusu olan kişiler bu hastanelerde görev yapan hastane yöneticileri, güvenliğin yönetim olarak bağlı bulunduğu Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Yöneticileri ve güvenlik amirleridir. Konu ile ilgili evrenin genişliği düşünüldüğünden araştırmanın örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi ile örneklem belirlenmiştir. Çalışmanın örneklemine 10 kurumda görev yapan hastane yöneticileri ve hastanede güvenlik amirleri olmak üzere toplam 20 kişiden oluşmuştur. Hastane güvenliği konusuna en genel bakış açısı ile bakabilecek ve çalıştıkları kurumları güvenlik konusunda etkin olarak değerlendirebilecek kişiler olarak bu iki grup düşünülmüştür. Bu kişiler üniversitenin etik izni ve gerekli yasal izinler alındıktan sonra aranmak suretiyle aranıp görüşmeyi kabul eden yöneticilerden görüşmeler için randevu alınmıştır. Alınan randevu sürecinde bazı yöneticiler randevularına uymadıkları için süreç aksamış hatta bazı yöneticilere ulaşılamamıştır. Görüşmeler esnasında ilgili kişilere her türlü gizlilik ve kişisel bilgilerin saklanması konusunda bilgi verilmiştir. Görüşmeler yöneticilerin görev yaptıkları makam odalarında ve yüz yüze yapılmıştır. Yapılan mülakatlarda soru-cevap yöntemi uygulanarak 34 farklı soru sorulmuştur. Bu sorular yöneticilerin hastane güvenliği konusuna kavramsal bakışları (9 Soru), yasal ve yapısal

olarak sistemsal bilgilerini (5 Soru), hastane güvenliği sürecinde bulunan aktörler (11 Soru) ve aktif uygulamalar (9 Soru) olarak sorular dört ayrı grupta sınıflandırılarak sorulmuştur. Görüşmeler 30 dakika ile 1 saat arası sürmüştür. Sorulan sorulara alınan cevaplar daha önceden çoğaltılmış formlara not alınarak veya kabul eden yöneticilerin ses kayıtları alınarak kayıt altına alınmıştır. Çalışma ilk defa yapıldığı için ve yöneticilerin tutumlarının herhangi bir şekilde yönlendirilmemesi için sorular yorum yapılmadan direkt olarak sorulmuş, ancak ihtiyaç duyduklarında yöneticilere açıklayıcı bilgiler de verilmiştir. İlgili formlar doldurulduktan sonra sorular;

- Kavramsal olarak hastane güvenliği,
- Yasal ve yapısal olarak Kavramsal olarak hastane güvenliği,
- Hastane güvenliğinde rol alan aktörler,
- Hastanelerde hastane güvenliği uygulamaları olarak sınıflandırılarak bu çerçevede değerlendirilmiştir.

Çalışma etiği çerçevesinde atılımcılar ve çalıştıkları kurumlar gizli tutulacağına verdikleri cevaplardan doğrudan yapılan alıntılar üst hastane yöneticileri için D1, D2, D3 şeklinde idari ve mali işler müdürü veya aynı düzeyde yetkili olan sağlık hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürleri M1, M2, M3... gibi ve güvenlik amirleri içinde G1, G2, G3 ... kodlarla ifade edilecektir.

4.1. Kavramsal Olarak Hastane Güvenliğinin Yöneticiler Tarafından Değerlendirilmesi

Çalışmada daha önce de ifade edildiği gibi ülkemizde “emniyet” ve “güvenlik ” kavramları arasında anlamsal olarak bir belirsizlik bulunmaktadır. Yöneticilere bu iki kavram arasında bir farklılık olup olmadığı sorulduğunda üç yönetici bu iki kavram arasında bir farklılık olmadığını ve aynı anlamları içerdiğini belirtirken diğer bütün bireyler bu kavramların farklı anlam içerdiklerini belirtmişlerdir. Örneğin D2 güvenlik ve emniyeti “ *Bunlar iki farklı kavramlardır. Güvenlik denilince özel güvenlik elemanları, bina güvenliğini sağlamak, ancak emniyet ise Sağlık Bakanlığının kalite ve çalışma yönergesinde belirtilen uygulamalar.*” olarak tanımlarken M1 “*Herhangi bir fark yoktur. İkisi de aynı anlamlarda kullanılır.*” şeklinde ifade edilmiştir. M7 ise “*Bu kavramlar farklıdır. Hastane emniyeti daha kapsayıcı ve kolluk kuvvetlerini ilgilendirir*” şeklinde belirtilmiştir. Yöneticilerin bir kısmı emniyet kelimesinin daha geniş bir anlam taşıdığı için güvenliği de kapsadığını ifade

etmişleridir. Bu iki kavram arasındaki kavramsal farklılığı ortaya koyarken yöneticilerin net ifadeler ortaya koymakta güçlük çektiği görülmüştür. Yöneticilerden sadece ikisi çalışmamızda ifade ettiğimiz gibi bu iki kavramın tanımlamasını açık bir şekilde yaptıkları görülmüştür.

Hastanedeki güvenlik ile hastanede verilen hizmetlerin kalitesi arasında bir ilinti olup olmadığı sorulduğunda iki katılımcı dışında bütün katılımcılar bu iki kavramın birbiri ile ilintisinin mutlaka olması gerektiğini ifade etmişlerdir. D1 **“Güvenli bir hastane aslında kaliteli bir hastanenin veya kalite unsurunun en önemli öğelerindendir”** şeklinde belirtilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu kalite kavramının genel ve bütün hizmetleri kapsayıcı olduğunu ve hastanede sağlanan güvenliğin kaliteyi tamamlayıcı bir faktör olduğunu ve güvenlik olmadan kalitenin tam olmayacağını ifade etmişleridir. Bazı yöneticiler “güvenli bir hastanede hasta devamlılığı yüksek olur ve çalışanlar kendilerini güvende hissettikleri zaman daha kaliteli hizmet sunarlar.” gibi ifadelerle güvenliğin kaliteyi belirlemedeki rolüne dikkat çekmektedirler. Yalnızca iki katılımcı güvenlik ve kalite arasında herhangi bir ilintinin kurulamayacağını ifade etmiştir.

Katılımcılardan ülkemiz ve gelişmiş ülkelerde hastane güvenliği konusunu karşılaştırmaları istendiğinde katılımcıların büyük bir kısmı bu konu ile ilgili olarak diğer ülkeler ilgili olarak herhangi bir bilgileri ve tecrübeleri olmadığını ifade etmişlerdir. D1 ülkemizi diğer gelişmiş ülkelerle karşılaştırırken **“Yurt dışı daha önemsiyor, proaktif yaklaşım var. Alternatifli ve kurumsal yaklaşım var. Bizde kaderci anlayış hakim. Türkiye’de çalışanlar arasında kuşak farkından dolayı algılama farkı var”** ifadesi ile ülke olarak bizim kurumsallıktan ve proaktif yaklaşımlardan uzak olduğumuzu ifade etmiştir. Gelişmiş ülkeleri inceleme veya gözleme imkânı bulunan katılımcılar hastane güvenliği konusunda gelişmiş ülkelerde özellikle bina tasarımları ve fiziki düzenlemelerin bu konuya dikkat edilerek yapıldığını, çalışanları hastane güvenliği konusunda eğitildiğini ve hastane güvenliği konusunda bilinçli bireyler oldukları ifade etmişlerdir. Ayrıca gelişmiş ülkelerde hastane güvenliği uygulamalarının sistematik olduğu ve uygulamalarda çok katı davranıldığını ve bize göre çok ileride olduklarını ifade etmişlerdir. Konu hakkında bilgisi olan katılımcılar ülke olarak bizlerin gelişmiş ülke standardında olmadığını ancak iyileşme eğiliminde olduğumuzu ifade etmişlerdir.

Ülkemizde hastane organizasyonu içerisinde güvenliğin var olup olmadığı ve varsa yeterli görüp görmedikleri katılımcılara sorulmuştur. Katılımcıların hepsi hastane organizasyonu içerisinde güvenliğin olduğunu ve üç katılımcı da bunun yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Örneğin M8 “**Hastanelerin organizasyonunda güvenliğin yeri oldukça vardır. Ülkemizde bu konulara son yıllarda ağırlık verilmektedir**” şeklinde belirtmiştir. Diğer katılımcılar hastane güvenliği konusunda özellikle güvenlik personelinin ayı olarak yetersizliği, yasal düzenlemelerin güvenlik personeli yeterince desteklememesi, güvenlikten sorumlu personelin yeterince eğitim alması ve ücretlerinin az olmasından güvenlik hizmetinin kalitesinin düşmesi ve yöneticilerin bu konuyu yeterince önemsememesi gibi eksiklikleri ifade etmişleridir. M3 “**Var. Hizmet alımı var. Ama bu yeterli değil. Kişiler yeterince mevcut hizmeti sağlayamıyor. Gelen personel yeterli değil. Hukuki eksiklikler söz konusu....**” şeklinde bir ifade ile güvenliğin daha iyi bir hale gelebilmesi için öncelikle Bakanlığın ve hastane yönetimlerinin bu konuya daha etkin bir şekilde eğilmesi, kurumlarda yeterli sayıda güvenlik personeli sağlanması, bu personelin ücretleri ve eğitimlerinin artırılması ve yasal olarak mevzuatların daha etkin ve destekleyici hale getirilmesi, çalışanların mutlaka güvenlik sürecine dâhil edilmesi ve hastane tasarımlarının güvenlik bakış açısıyla yapılması ile hastanelerde daha etkin bir güvenlik sağlanacağı kanısında oldukları ifade edilmiştir. Ayrıca bazı yöneticiler bu konunun daha yeni konuşulmaya başladığına dikkat çekmiştir. Örneğin, D2 “**Hastane güvenliği konusu ülkemizde daha yeni konuşulan bir konu. Şuanda fiilen beklentileri karşılamamaktadır.**” şeklinde belirtmiştir.

Katılımcılara hastanelerde güvenliğin önemli unsurları sorulduğunda, hastanelerin tasarımları ve yerleşke yapıları ve hastanelerde çoklu olan giriş-çıkış yerleri, güvenlik personelinin sayısı ve niteliği, hastane güvenliğinin izlenebilirliği (kamera takip gibi sistemlerle), yönetimin verdiği kararların arkasında durması, hasta ve yakınlarına yönelik sağlık çalışanlarının tutumları ve çalışanların bu konuda eğitimi, hastane güvenliğinin bir takım oyunu olduğu, can ve mal güvenliği konuları olduğunu ifade etmişlerdir. Verilen bu cevaplarda genel olarak katılımcıların bina tasarımları, personel eğitimi ve güvenlik personeli sayısı ve niteliği üzerinde yoğunlaştıkları görülmektedir. Bazı katılımcıların şu ifadeleri kullandığı dikkat çekmiştir. D1 “**Hasta ve hasta yakınlarına karşı takınılan tutumlar ve çalışanların bu kişilere yaklaşımları...**” G1 “**Yönetimin vermiş olduğu kararların arkasında durmasıdır...**” demiştir.

Katılımcılara can ve mal güvenliği konusunda genel olarak ne anladıkları sorulmuştur. Katılımcıların ikisi can güvenliğini çalışanlar, hasta ve hasta yakınları dâhil hastanede herkesin canına yönelik oluşabilecek tehditler olarak tanımlarken, yöneticilerin büyük bir kısmı bu kavramı daha çok sağlık personeline yönelik “hastane dışından” şeklinde ifade ettikleri ve hasta veya hasta yakınından çalışana yönelik sözlü ve/ya fiziki saldırı olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların ikisi de sadece hastaya yönelik olarak uygulanan şiddet olarak can güvenliğini ifade ederken bir yönetici de yanlış ilaç kullanımı, hasta düşmeleri gibi hasta emniyeti konularını hasta güvenliği riskleri olarak açıklamıştır.

Mal güvenliği denilince bir kısım katılımcılar bu konuyu özellikle saldırgan hasta veya yakınlarının hastaneye zarar vermesi olarak tanımlamışlardır. Örneğin **M4** “*Mal güvenliği yapılan hırsızlıklar ve hastaların hastane malına zarar vermeleri...*” şeklinde bir ifade kullanmıştır. Ayrıca bazı katılımcılar hastane içinde yine hasta ve/ya yakınlarının sebep oldukları hırsızlıkları mala yönelik tehditler olarak ifade etmişlerdir. Bu hırsızlıkların daha çok yatan hastalar bölümünde olduğunu ifade etmişleridir. **M2** “*Can güvenliği, çalışan, hasta ve hasta yakınlarının güvenliğidir. Mal güvenliği kamuya ait bütün mal ve malzemenin korunmasıdır.*” ile hastanenin ve içinde bulunan hasta, personel ve kuruma ait her şeyin korunması şeklinde belirtirken, **M9** da “*Hastanenin bulunduğu bölge, alan ve sosyo-ekonomik durum güvenlik risklerinin artırıyor*” yorumu ile can ve mal yönelik tehditlerin hastanenin bulunduğu muhite göre değişkenlik göstereceğini ifade etmiştir. Çalışanların mal güvenliğine yönelik oluşturabilecekleri tehditler konusunda katılımcıların bir şey söylememişlerdir.

Hastanede en fazla güvenlik tehdidi altında olan kişiler katılımcılara sorulmuş, katılımcılardan sadece bir kişi hastanede bulunan herkes cevabını vermiştir. Katılımcılardan ikisi öncelikli tehdit altında olan grup olarak hastaları tanımlarken katılımcıların büyük çoğunluğu hastane çalışanları en çok güvenlik tehdidi altında olan bireyler olarak gördüklerini söylemişlerdir. Örneğin, **M6** “*Birinci derecede çalışanlar, ikinci sırada hastalar ve üçüncü sırada ise hasta yakınlarıdır.*” derken, **M5** “*Hastalardır. Kendilerini koruma düzeyleri yeterli değil. Daha çok maruz kalabilmektedirler...*” gibi bir ifade kullanmıştır. Bazı katılımcıların özellikle çalışanlar içinde acil personeli, güvenlik personeli ve poliklinik personelini belirterek ifade etmeleri dikkat çekmiştir. Güvenlik personeline dikkat çeken **M7** “*Güvenlik personeli. İhmal*

edilen güvenlik personeli yeterince korunamadıkları için ciddi risk altındadırlar. ..” gibi bir ifade kullanmıştır.

Hastanelerde bilgi konusunda katılımcıların genel olarak ne düşündükleri sorulduğunda katılımcıların bu konuyu çok önemli gördükleri ve bu konuyu doğrudan hastaların bilgi ve mahremiyetlerinin korunması şeklinde ifade etmeleri dikkat çekmiştir. Örneğin, M2 **“Önemli. Kişi mahremiyeti ve bilgileri bu kapsama girmektedir.”** şeklinde bir yorum yaparken, M12 de **“Kişisel bilgilerin korunması esas konudur.”** ifadesi ile buna benzer bir yorum yapmıştır. Bunlardan farklı olarak M9 **“Mevzuat yeterince tanımlanmamıştır...”** ifadesi ile yasal düzenlemelere dikkat çekmiştir. Hastanede bilgi güvenliği konusunda kurum ve çalışanların bilgilerinin önemini sadece bir katılımcı ifade etmiş diğer katılımcıların bu konuya eğilmedikleri gözlemlenmiştir.

Hastanelerde öncelikli olarak güvenlik gerektiren bölümler sorulduğunda katılımcıların çoğunun acil servisler, ameliyathaneler ve poliklinikler olarak ifade etmişlerdir. Örneğin, M1 **“Acil servisler, poliklinikler ve laboratuvarlar. Çünkü buralarda çok fazla insan devri daimi vardır.”** şeklinde belirtirken D2 **“Aciller 24 saat hizmet veriyor... Her türlü hasta var... Hastanenin ilk karşılama alanları da riskli bölgelerdir. ”** şeklinde bir açıklama ile duruma dikkat çekmiştir. Bir kısım katılımcılarda yoğun bakım ve psikiyatri servislerini de bu alanlar içinde gördüklerini ifade etmişlerdir. M5 **“Çocuk ve erişkin yoğun bakımları. Buralarda hastalar stabil oldukları için sürekli korunmaları gerekir.”** Derken, G1 de **“Ameliyathanelerdir. Hasta yakınlarının profilleri çok gergindir.”** şeklinde bir açıklama getirmiştir. Acil Servislerde riskin yüksek olma sebeplerini bu servislerin 24 saat hizmet vermesi, buraya gelen hastaların ve yakınlarının daha agresif davranışlar sergileyebildiklerini ve bu servislere gelen her hastanın kendisini tedavi önceliğinde görmesinden ve alkolizm ve uyuşturucu gibi kötü alışkanlıklar sonucunda ortaya çıkan sağlık veya adli sorunlar ile buraya gelen hastaların yüksek risk oluşturduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcılar günlük hizmet veren poliklinik servislerinde yoğun hasta sirkülasyonundan dolayı buralarda güvenlik risklerinin yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Ameliyathane veya yoğun bakımda bulunan hastaların yakınlarının sürekli bilgi almak istemeleri ve hastalarını ziyaret etmek istemeleri ve/ya hastalarında beklenmedik ölüm gibi ciddi sonuçların olmasından dolayı da bu bölümler riskli yerler olarak ifade edilmişlerdir. Psikiyatri servisleri de bulundurdıkları riskli hasta kapasitesinden dolayı güvenlik tehdidi altında olan bölümler olarak ifade edilmiştir. Bir

katılımcı hasta bilgilerinin saklandığı yerlerin risk düzeyi yüksek olan yerler içinde olması gerektiğini ifade ederken katılımcılardan sadece bir kişi laboratuvarların yoğunluktan dolayı risk oluşturabileceklerini ifade etmiştir.

4.2. Yasal ve Yapısal Olarak Kavramsal Olarak Hastane Güvenliğinin Yöneticiler Tarafından Değerlendirilmesi

Yapılan mülakat görüşmelerinde katılımcılara öncelikle hastane güvenliğini düzenleyen ve denetleyen kutum, yasa ve yönetmeliklerin olup olmadığı, hastanelerinde bunların hangilerine göre düzenlemeler ve denetlemeler yapıldığı ve ayrıca kurumların kendilerinin düzenlediği ve hazırladığı kuruma özel yönergelerin bulunup bulunmadığı sorulmuştur. Bazı katılımcıların konu ile ilgili yaklaşımları;

M11 *“Sağlık bakanlığı ve çalışan mevzuatı kullanılır...”*.

M2 *“Kurumsal düzenlemeler de var. Hizmet alımında yönetmelikler baz alınarak şartnameler hazırlanıyor. Ama iç düzenlemeler de yapılabilir.”*

M3 *“Teknik şartnameler ve Sağlık Bakanlığının yönetmeliklerini göre sağlanmaktadır.”* şeklindedir.

Katılımcılar kurumun iç düzenlemelerinde Sağlık Bakanlığının sorumlu ve yetkili olduğunu ve güvenlik personeli bulundurma konusunda da İçişleri Bakanlığının 5188 kanuna göre bulundurduklarını ifade etmişlerdir. Sağlık Bakanlığının kanunlarca sınırları belirlenen hükümlere göre hazırlanmış olan yönetmelik ve yönergelerine göre hastanenin iç standartlarının özellikle ilgili Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu standartlarına göre belirlendiği ve bunlara göre denetlendiğini genel olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca güvenlik personeli ile ilgili denetimlerin belirli sürelerde Emniyet müdürlükleri tarafından kontrol ettiklerini ifade etmişlerdir. Çalışma yapılan kurumlar özellikle güvenlik hizmeti alımı yaptıkları zaman bağlı buldukları Kamu Hastaneleri Sekreterliğinde oluşturulan komisyonlara katıldıklarını ve teknik şartnamelerde kendi kurumlarının ihtiyaçlarını karşılayabilecek özel maddeleri de teknik şartnamelere yerleştirdiklerini ifade etmişlerdir. Ancak, kurumların kendi içlerinde kuruma özel olarak hazırlanmış güvenlik yönergelerinin bulunmadığını ifade eden katılımcılar güvenlik konularında daha çok genel yönetmelik ve yönerge kriterlerini bağlı kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bazı yöneticiler kuruma özel yönergeler hazırlamayı düşündüklerini ifade etmişlerdir. Yöneticilerin bazı ifadeleri şu şekildedir;

M9 “*Hastanenin verdiği hizmete göre bakanlığı standartlarına uygun yönetmelikler var. Bunun dışında özel bir çalışma yok.*”

M8 “*Mevzuatı baz alan yönergelerimiz var. Mevzuatın dışında herhangi belirlenmiş özel bir kriter uygulanmamaktadır.*”

Katılımcılara hastanede güvenlik olaylarından sorumlu olan yönetici bulunup bulunmadığı, güvenlik olaylarını kimlerin takip ettiği ve can, mal, bina ve bilgi güvenliğinden kimlerin görevli olduğu sorusu sorulmuştur. Katılımcıların verdiği bazı cevaplar şu şekildedir;

M7 “*İdari ve Mali işler müdürü takip eder ve sorumludur. Güvenliği de bunun altında hizmet veren özel güvenlik şirketi ve burada görevlendirilen güvenlik amiri takip eder.*”

M12 “*Var. Sorumlu yönetici, güvenlik amiri, vardiya şefi ve güvenlik personeli...*”

M10 “*Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği müdürü ve güvenlik amiri takip eder...*”

M3 “*Genel olarak her birimin bir sorumlusu vardır. Başhekimlik ve Sağlık Otelciliği müdürü Otelcilik Müdürünün koordinesinde bunlar takip edilir.*”

M1 “*Bilgi işlem birimi ve malzeme ve ayniyat birimi bağımsız olarak çalışmaktadırlar. Güvenlik birimi güvenlik olaylarını kamera ile takip eder.*”

Katılımcıların tamamı doğal olarak hastane yöneticisinin en üst yönetici olarak bütün bu konulardan sorumlu olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca kurumun güvenliğine hastanelerde şayet varsa Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Otelcililiği Müdürler ve onların altında hizmet veren ve hizmet alımı yoluyla çalışan güvenlik amirlerinin bulunduğu ifade edilmiştir. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürlerini bulundurmayan kurumlarda ise İdari ve Mali İşler Müdürlerinin ve yine onların altında hizmet veren ve hizmet alımı yoluyla çalışan güvenlik amirlerinin güvenliğe baktığını ifade etmişlerdir. Bu müdürlerin genel olarak kurumun bütün güvenliğinden sorumlu yönetici olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca kurum içinde sorumlu durumda olan ayniyat sorumlularının da

kurum mal ve malzemesinin güvenli bir şekilde kullanımı ve takibinden sorumlu olduklarını ifade etmişlerdir. Bilgi işlem sorumlularının da kurumun doğrudan bilgi güvenliğinden sorumlu olduğunu ifade etmişlerdir. Güvenlikten sorumlu olan esas yöneticilerin bilgi güvenliği konusunda çok fazla bir sorumlulukları olmadığını ifade etmişlerdir.

4.3. Hastane Güvenliğinde Rol Alan Aktörlerin Yöneticiler Tarafından Değerlendirilmesi

Katılımcılara hastanede can güvenliği öncelikli olarak risk altında olan çalışanlar sorulmuş, katılımcıların büyük çoğunluğu acil servis çalışanlarını söylemişlerdir. Bunun sebebi olarak ta bu bölüme gelen hasta ve/ya yakınlarının daha gergin olduklarını ve risk durumları diğer bölümlerde olan bireylere göre daha yüksek kişiler olduğu için bu bölümlerde çalışanların fazla tehdit altında olduklarını belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar özellikle acillerde ilk karşılayan hastane personeli olan güvenlik personeli ve ilk kayıt personelinin nispeten daha fazla risk altında olduklarını ifade ederken katılımcılardan D2 *“Tabipler ve yardımcı sağlık personeli. Direkt temas söz konusudur. Dolayısıyla daha fazla risk altındadırlar.”* ve D1 *“Hemşireler, güvenlik personeli ve hasta kabul personeli... Hasta ile birebir temastalar ve tedavi süresince en sık karşılaşılan personel risk altında olan personeldir.”* şeklindeki tespitinde hasta ile birebir teması fazla olan hekim ve hemşire gibi çalışanların daha fazla risk altında olduklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar bölüm belirtmeden genellikle güvenlik personelinin en fazla risk altında olduğunu ifade ederken, diğer bazı katılımcılarda hastane kayıt kabul personeli hastanede *“ilk karşılaşılan personel olduğu için en çok risk altında olan gruptur”* şeklinde yorumlar yapmışlardır. Bir katılımcı hastane içinde çalışan her bir bireyin aynı derecede risk taşıdığını ifade etmiştir.

Hastane içinde en riskli bölümler sorulduğunda ise acil servisler bütün katılımcıların verdiği cevaplar içinde yer almıştır. Daha önce de belirtildiği üzere katılımcılar, burada 24 saat hizmet verilmesi ve buralara gelen hastaların fiziksel ve ruhsal olarak durumlarının daha olumsuz olması bu yerleri riskli kıldığını ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcıların yarısı özellikle hasta popülasyonunun yoğun olduğu günlük klinik hizmeti veren polikliniklerinde önemli güvenlik tehdidi altında olduğunu, bunun da hasta ve yakınların aşırı talepkar olması ve çok bekleme süreleri ve yeterli hizmeti alamadıklarını düşünmeleri olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca M4 *“Acil, kadın doğum*

ve çocuk yoğun bakım servislerinde görev yapan personeller. Sağlık personeli hasta ve yakınlarından gelebilecek sözselsel ve fiziksel güvenlik tehdidi altındadırlar.” ifadesi ile ameliyathane ve yoğun bakım servisleri önlerinde bulunan hasta yakınlarının gergin ve tedirgin bekleyişlerinin bu bölümleri riskli alanlara çevirdiklerini ifade etmişlerdir. Bir katılımcı hastanelerde bulunan laboratuvarların gözden kaçtığını ama buralarında riskli bölgeler olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların çalışanların kişisel mahremiyetleri ve eşyalarının güvenliği konusunda verdikleri cevaplara bakıldığında genel olarak kurumların imkanlarının optimum seviyede kullandıklarını ve çalışanlara kilitli dolaplar ve odalar sağladıklarını ve bunun nispeten yeterli olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Örneğin, M7 **“Güvenlidir. Çalışanlara şahsi dolaplar sağlanır. Çalışanlar buralarda eşyalarını koruma altına alırlar.”** şeklinde bir ifade kullanmıştır. Katılımcılar bu imkânların her zaman daha da artırılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca M1 **“Herkes kendisi sağlamalı. Çalışanların güvenliği için alınan tedbirler yeterlidir.”** şeklinde bir yorum yaparak çalışanların da kendi eşya ve mahremiyetlerini gözeterek güvenliğe katkıda bulunmaları gerektiğinin ifade etmiştir.

Çalışanların güvenliği konusunda en çok yakındıkları konular sorulduğunda katılımcılar farklı cevaplar vermişlerdir. Örneğin;

M3 **“Güvenliğin olaylara geç müdahale etmesinden yakınıyorlar.”**

D2 **“Güvenliğin müdahalesi ve çalışma şekli ile ilgili şikâyetler var...”**

D3 **“Sözlü ve fiili şiddet konularından şikâyetçi olmaktadır.”**

M9 **“Hasta yakınlarının saldırılarından...”** gibi ifadelerde bulunmuşlardır. Bir kısım katılımcılar çalışanlarının en çok hasta ve yakınlarının sözlü ve fiili saldırılardan şikâyet ettiklerini ifade ederken, bazı katılımcılar güvenlik personelinin olaylara geç müdahalesi ve etkin bir şekilde müdahale etmemesinden şikâyetçi olduklarını ifade etmişlerdir. Bir kısım katılımcılarda çalışanlarının memnun olduğunu ve genel bir şikâyetleri olmadığını ifade etmişlerdir. Çalışanların şahsi eşyaları veya araçları konusunda şikâyetçi olmamaları dikkat çeken bir konu olmuştur.

Katılımcılara hastane içinde en riskli hasta grupları sorulduğunda farklı cevaplar alınmıştır. M2 nin **“Kendi öz bakımları dikkate alındığında başkalarına ihtiyaç duyan**

çocuk, yaşlı, psikiyatri, şuuru kapalı olan hastalardır.” ifadesi ile örtüşen cevaplar verem bir kısım katılımcılar yaşlı ve çocuk hastalar gibi öz bakımlarını yapamayan hastaları riskli grup olarak belirtirken, bazı katılımcılar da adli hastaları en riskli grup içinde saymışlardır. Ayrıca bazı katılımcılar sosyolojik nedenlere bağlı olarak ailevi bazı sorunlardan dolayı kadın doğum bölümlerinde bulunan hastalar risk düzeyi yüksek hastalar olduğunu belirtmişlerdir. Bir katılımcı ise uyuşturucu veya alkol gibi bağımlılığı olan hastaların riskli hastalar olduğunu ifade etmiştir. Yine bazı katılımcılar AMATEM hastaları ve psikiyatri hastalarının riskli gruptaki hastalar olduğunu ifade etmişlerdir. Burada katılımcıların farklı cevap vermeleri riski olan veya risk oluşturan hasta ayırımını tam yapmamalarına bağlanmaktadır.

Hastane çalışanlarının hasta ve/ya yakınlarının güvenliklerini tehdit etme riski var mıdır sorusuna katılımcıların iki farklı şekilde yanıtladıkları görülmüştür. Katılımcıların bir bölümü şu şekilde cevaplar vermişlerdir;

D3 “Olamaz. Çalışanlarımız çok empatiktir. Aksine güvenliğin artması yönünde katkı sağlamaktadırlar.”

M3 “Yoktur. Sıkıntılı çalışanlar hastalardan uzak alanlarda çalıştırılırlar. Bu şekilde risk minimize edilmeye çalışılmaktadır.”

M2 “Oluşturabilir. Hastalardan her türlü menfaat sağlama gibi...”

D1 “Vardır. Kötü niyetli çalışanlar mutlaka vardır. Bunun önüne geçilmesi zordur. Bu konuda detaylı bir çalışma yapılması gerekmektedir.”

Bu cevaplara bakıldığında çalışanlarının güvenli bireyler olduğunu ve hasta ve/ya yakınlarının güvenliğini artırma çabası ve eğiliminde olduğunu ifade ederken diğer katılımcılar çalışanlarının içinde bir kısım bireylerin hasta ve/ya yakınlarında her türlü menfaat sağlamak amacıyla suiistimallere sebep olabileceklerini ifade etmişlerdir. Bu tür çalışanlarını fark ettikleri veya daha önce bu tür olumsuz davranışları sergileyen çalışanları hastalarla birebir iletişime giremeyecekleri bölümlerde istihdam ederek bunun önüne geçilebileceğini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar da çalışanlarının bu davranışlarının önüne sürekli eğitimler yapılarak engellenebileceğini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar çalışanların sürekli idarenin takibinde olması gerektiğine inandıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcılara hastaların şahsi eşya ve mahremiyetlerinin güvende olup olmadığı, şayet yerli görmüyorlarsa ne tür tedbirler alınabileceği sorulmuş, katılımcılar iki farklı cevap vermişlerdir. Örneğin D3'in ifadesinde belirtildiği gibi **“Güvendedir. Gerekli imkanlar sağlanmaktadır.”** şeklinde düşünen katılımcılar hastaların şahsi eşya ve mahremiyetlerinin yeterli düzeyde güvende olduğunu ancak kalitede sınırlı olmadığını için bunun daha da iyi olabileceğini ve bunun içinde kurumun bütün imkânlarının kullanıldığını belirtmişlerdir. Diğer bir kısım katılımcılar ise M8 **“Şu anda hastalarımıza ait odalarda şahsi dolaplar bulunmamaktadır. Fakat gerekli tedbirler alınmaktadır. Gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır.”** ve M11 **“Servislerdeki odalarda muhafaza edilir. Herhangi bir kilitleme sistemi yok. Mutlaka odalara kilitli sistem konmalıdır. Odalardaki yoğunluğun azaltılması gerekmektedir.”** gibi ifadelerle hastaların şahsi eşya ve mahremiyetlerinin nispeten ya da çok az güvende olduğunu ve bunun artırılması için hastanelerde yatan hasta odalarında kalan hasta sayısının en aza indirilmesi gerektiği ve hastalara kilitli dolaplar verilmesi ve hastane yönetimlerinin bu konuyu önceleyerek önemsemesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Katılımcılara çalışanlarının güvenli bireyler olup olmadıklarını, şayet güvenli olmayan personel varsa bunu nasıl tespit ettikleri ve personelleri ile ilgili işe alırken ve çalışma esnasında güvenlik kriterlerinin neler olduğu sorulmuştur. . M8 **“Güvenlidir. Bize iş başvurusu yapanların CV'leri ve buradaki referanslar ve firmalarla görüşerek işe alımlar yapılmaktadır. Her hangi bir olumsuz bireyin girişi yapılmamaktadır.”** ve M12 **“Güvenli bireylerdir. Memur olarak alınanlar zaten sınav ve sicil bakımından denetlenerek gelir. Şirketlerden alınanlar ise sicil sorgulamaları yapıldıktan sonra alınmaktadır”** gibi ifadelerle katılımcıların bir kısmı çalışanlarını güvenli bireyler olarak belirtmiş, devlet memuru olarak görev yapan bireylerin yasalarla belirten kriterlere uygun kişiler olduğunu, sözleşmeli personellerinin de sözleşmelerde belirtilen kriterlere göre görevlendirildiğini ifade etmişlerdir. Diğer katılımcılar ise her çalışanlarının güvenilebilir olamayacağını **“kimseye kefil olunmaz”** gibi ifadelerle belirtmişlerdir. M4 **“Çoğunlukla güvenlidirler. Ama tamamen güvenilemez. Olaylar oldukça bu tür kişiler tespit edilir...”** şeklinde bir yorumda bulunmuştur. Güvenlik problemi oluşturan çalışanlarının genellikle sorumlu yöneticilerinin gözlemlenmeleri veya yapılan şikâyetlerle tespit ettiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların tamamı kurum olarak kendilerinin özel kriterleri bulunmadığını belirtmişlerdir.

Çalışanların sebep olduğu güvenlik olayları var mıdır? sorusuna katılımcılar farklı cevaplar vermişlerdir. Örneğin, M7 *“Yoktur. Böyle bir durum söz konusu değildir.”* ve M12 *“Çalıştığım süre boyunca çalışanların neden olduğu herhangi bir güvenlik olayı yaşanmamıştır.”* şeklinde düşünen birçok katılımcıların çalışanlarının neden olduğu herhangi bir güvenlik olayının olmadığını ifade etmişlerdir. Ancak M4 *“Hastalara sözlü ve fiziki saldırı var. Hastanede malzemeler taşınırken çalınmalar olabilmektedir. Çalışanların eğitim seviyeleri bunda etkili olabiliyor...”* ve M2 *“Yatan hasta servislerine yasak olan malzemelerin sokulması gibi...”* şeklinde düşünen diğer katılımcılar ise özellikle hastaların mallarını çalma veya hastaların can güvenliğini tehdit etme yönünde kötü durumlar olduğunu ifade etmişlerdir. Bu konu ile ilgili olarak katılımcıların detaylı bilgi vermektan kaçındıkları ayrıca gözlemlenen bir konudur.

Katılımcılara hastanelerde güvenlik tehdidi altında olan bilgilerin neler olduğu sorulduğunda bütün katılımcılar hasta bilgilerinin bu riski taşıdığını ifade etmişlerdir. Hasta bilgilerinin korunması için de çalışanların yönetmeliklerde belirtilen bütün uyarılara sıkı bir biçimde dikkat etmeleri ve hastaların bilgilerini herkesle paylaşmamaları gerektiğini ifade etmişlerdir. Kurum bilgileri ve çalışan bilgilerinin önemi konusunu sadece bir katılımcı ifade etmiştir. Diğer katılımcıların bu konuları ifade etmedikleri görülmüştür.

4.4. Hastanelerde Hastane Güvenliği Uygulamalarının Yöneticiler Tarafından Değerlendirilmesi

Hastanede güvenlik olaylarını nasıl tespit edersiniz sorusuna katılımcıların tamamı kamera takip sistemleri, kişiler tarafından dilek-şikâyet kutuları üzerinden yapılan geri bildirim ve şikâyetler üzerinden yapılan tespitler olarak belirtmişlerdir. M9 *“İhbar üzerine tespit ederiz . Gözlemleyerek görme şansımız az. Güvenlik amiri kameralarla güvenlik takibi yapar. Bu şekilde de tespitler yapılmaya çalışılır.”* Bazı katılımcılara bunlara ek olarak çalışanların bölüm sorumlularının gözlemlenmeleri sonucunda yapılan tespitler ve bir kısım katılımcılarda Bakanlığın uyguladığı kod sistemine göre tespit ettiklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcılar hastanede yaşanan güvenlik olaylarına müdahale planlarınız var mı sorusuna hastaneye özel bir müdahale planlarının olmadığını ancak Bakanlığın uygulamaya soktuğu pembe, mavi ve beyaz kodları uyguladıklarını ve bu kodlara göre görevlendirilen personelin güvenlik olaylarına müdahale ettiklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcılardan bir tanesi gece vardiyalarında ve hasta ziyaretleri zamanında güvenlik riskleri arttığından dolayı bu dönemlerde güvenlik personeli sayısının artırıldığını belirtmiştir.

Güvenlik olayları nasıl kaydedilir ve yaşanan güvenlik olayları nasıl değerlendirilir sorusuna katılımcılar farklı cevap vermişlerdir. D1 **“Kamera kayıtları var. Yazılı tutanaklar var. Hasta bildirim formları var. Haftalık değerlendiriliyor. Web sayfasına yapılan bildirimler günlük olarak değerlendiriliyor. Bu değerlendirmeler kalite yönetim birimi ve ilgili müdürlerle yapılır.”** cevabını verirken M12 **“Yaşanan günlük olayında eğer kod verildiyse verilen koda ait bildirim formu tutulur. Kodsuz bir olay olduysa tutanak düzenlenir. Daha sonra yazı işlerine kayda alınarak gerekli işlem yapılmak amacıyla kayda girer”** şeklinde cevap vermiştir. Katılımcılar çoğunlukla güvenlik olaylarının kameralarla kayıt altında tutulduğunu ve yaşanan olay şayet kodlu bir güvenlik olayı ise bakanlığın hazırladığı matbu forma göre raporlanıp kayıt altına alındığını ve adli olayların doğrudan kolluk kuvvetlerine devredildiğini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar yaşanan olaylar eğer kodlu olaylar değil ise bunlar için ayrıca tutanak tutularak işleme sokulduğunu ifade etmişlerdir. Tutulan bu kayıtlar ve raporlar için herhangi bir değerlendirme yapılmadığını ifade eden katılımcılar olmuştur. Diğer bir kısım katılımcılar yaşanan güvenlik olaylarının haftalık veya aylık periyotlarla hastane yönetimi tarafından değerlendirildiğini ve buna göre tedbirler alındığını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar özellikle yaşanan adli olayların doğrudan kolluk kuvvetleri bilgilendirilerek bu olaylar hakkında adli sürecin başlatılması sağlanır şeklinde yorum yapmışlardır.

Katılımcılara çalışanların kurum ve can güvenliği hakkında her hangi bir eğitim, seminer, yazılı ve sözlü bilgilendirme alıp almadıkları sorulmuş, katılımcıların tamamı kurumun eğitim biriminin bakanlıkça öngörülen standart eğitimleri eğitim personeli tarafından belirli periyotlarda verildiği ifade edilmiştir. Örneğin, M3 **“Var. Hasta ve çalışan güvenliğini eğitim hemşiresi veriyor. Bakanlığın uygulamaları takip edilmektedir.”** D2 **“Genel olarak hastanede bakanlığın öngördüğü eğitimleri verilir. Güvenlik personeline özel oryantasyon eğitimi verilmektedir. Bütün personele yönelik eğitimler de verilmektedir. ”** M9 **“Çalışanlara Bakanlık kodları ile ilgili eğitim verilmektedir.”** Katılımcıların çoğu kurumun kendine ait özel bir eğitim programı düzenlemediği ancak bazı katılımcıların özellikle güvenlik personellerine çalıştıkları

birimlere özel destek eğitimleri aldıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca bazı katılımcılar önemli güvenlik uyarılarını internet sitesi üzerinden çalışanlarına ulaştırdıklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların can ve mal güvenliğini nasıl koruyorsunuz sorusuna katılımcılar genellikle aynı cevabı vermişlerdir. Verilen cevaplarda hastaların can güvenliği Sağlık Bakanlığı ve bakanlığa bağlı Kamu Hastanesi Kurumu yönetmeliklerine göre belirlenen standartlara uygun olarak sağladıklarını ifade etmişlerdir. Bunun için de bölümlerde ve giriş-çıkışlarda güvenlik personeli bulundurulduğu, kamera takip sistemleri ile bütün hastanenin izlenmek yoluyla genel olarak güvenliğin sağlandığı ifade edilmiştir. Ayrıca bazı katılımcılar özellikle yatan hasta servislerinde çalışan hemşirelerin k-hastaların can ve mal güvenliğini takip ettiklerini ifade etmişlerdir. Diğer bazı katılımcılar ise hastalara kilitli dolaplar vererek veya hastaların özel eşyalarını emanete alma şeklinde eşyalarının korumaya alındığını ifade etmişlerdir.

Hastanede güvenlik personeli ve çalışanlar arasında koordinasyonun nasıl sağlandığı konusunda, katılımcıların tamamı çalışanların ve güvenlik personelinin genel olarak kendilerinin ve güvenlik amirinin sağladığını ifade etmişlerdir. Ayrıca, D2 ***“Koordinasyon var. Güvenlik personelleri bölümlerde stabil tutulmaktadır. İletişim artması için bu yöntem kullanılmaktadır.”*** şeklinde ifade edilerek hastane bölümlerinde devamlı aynı güvenlik personelinin bulundurulması şeklinde personel ile koordinasyonun kolaylaştırıldığını belirtmişlerdir.

Katılımcılar çalışanların güvenliklerini nasıl koruyorsunuz sorusuna genel olarak kurumun bütün imkânlarının çalışanların güvenliğini sağlanması için kullanılması şeklinde ifade etmişlerdir. Kamera takip sistemleri ve güvenlik personelinin bölümlerde ve/ya katlarda istihdam edilmek suretiyle çalışanların genel olarak güvenliğini sağlandığını ifade etmişlerdir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen “beyaz kod” uygulaması ile çalışanlar can güvenlikleri tehlikede olduğu zaman kendilerine çok kısa sürede ulaşıldığını ve yardım edildiğini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar ise çalışanların mahremiyetlerini ve eşyalarını korumak için kendilerine kurum tarafından özel odalar ve kilitli dolaplar verildiğini ifade etmişlerdir. Bir katılımcı ise hastanın çalışanın can güvenliğini ifade edebilme olasılığı olan bazı özel durumlarda güvenlik personelinin kendilerine eşlik ettiğini ifade etmiştir. Katılımcılar genel olarak çalışan güvenliğini yeterli bulmuşlardır.

Kurumda bulunan mal, malzeme ve ilaçların kötü niyetli çalışanlar tarafından kullanımının önüne nasıl geçersiniz sorusunun katılımcılar şu şekilde cevap vermişlerdir. Sağlık Bakanlığının uygulamaya koyduğu sistemlerin yeterli olduğunu ve bu sistemlerin etkin bir şekilde bu tür her türlü suiistimalin önüne geçildiğini ifade etmişlerdir. Mal ve malzemelerin takibinin 2008 yılında uygulamaya sokulan Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS)⁴⁹ ile çok iyi bir şekilde takip edilebildiğini ve malzeme kullanımının etkin kullanımı ve stoklarının⁵⁰ güvenli bir biçimde takip edilebildiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca bazı yöneticilerin kuruma ait bütün mal ve malzemenin barkot sistemi getirilerek takibinin yapıldığını ve izlenebilirlik oranlarının arttırıldığını ifade etmişlerdir. Ayrıca ilaçların fabrika üretiminden kullanımına kadar İlaç Takip sistemi (İTS)⁵¹ ile bütün ilaçların izlenebilir olduğu ve güvenli bir şekilde kullanıldığını ifade etmişlerdir. Ayrıca bütün ilaç ve malzemelerin fiziksel olarak ta odalarda ve depolarda güvenli bir şekilde kilit altında tutuldukları ifade edilmiştir. Özellikle malzeme ve ilaç talep formları ve bunların sayılarının takip edildiğini ayrı ifade etmişlerdir.

Katılımcılar bilgi güvenliğinin korunması konusunda Sağlık Bakanlığının hastane bilgi yönetim sistemleri (HBYS)⁵² alım kılavuzuna göre teknik şartnameler hazırlanmak yoluyla hizmet alımı yoluyla sağlandığını ifade etmişlerdir. Hazırlanan HBYS teknik şartnamesine⁵³ göre bilgilerin güvenli olarak korunması için her türlü tedbirin alındığını ifade etmişlerdir. HBYS sistemi içerisinde her türlü hasta bilgi güvenli bir şekilde korunmakta ve e-imza kullanım yoluyla yetkisiz kişilerin hasta bilgilerine ulaşımının güvenli bir şekilde engellendiğinin ve bilgilerin korunduğunu ifade etmişlerdir.

⁴⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Stok Yönetimi ve Taşınır Mal Uygulamaları konulu genelgesi, Erişim Adresi: <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/dcb08e3e94e14c47bda32c82077a3c7c.pdf> Erişim Tarihi: 02.01.2015

⁵⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Azami stok Miktarının Belirlenmesi ve Stok Yönetimi konulu genelgesi, Erişim Adresi: <http://www.sb.gov.tr/EN/dosya/1-48832/h/azami-stok-miktarinin-belirlenmesi-ve-stok-yonetimi-200-.pdf> Erişim Tarihi: 02.01.2015

⁵¹ 12 Nisan 2014 Cumartesi tarihli, 28970 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik konulu Resmi Gazete, Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140412-14.htm> Erişim Tarihi: 02.01.2015

⁵² Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) Alım Kılavuzu, Erişim Adresi:

<http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/784da26b8ce849ee8a87f56cd9f73062.pdf> Erişim Tarihi: 02.01.2015

⁵³ Sivas Kamu Hastaneler Birliği HBYS Teknik Şartnamesi, Erişim Adresi:

<http://skhb.gov.tr/icerikler/ihale/HBYS.pdf> Erişim Tarihi: 02.01.2015

4.5. Hastane Güvenliği konusunda Yöneticilerin Yaptığı Değerlendirmelerin Yorumlanması

Araştırmamız için hedef olarak seçtiğimiz çalışma grubunda bulunan yöneticilere yönlendirilen sınıflandırılmış sorular ile hastane güvenliğine kavramsal, yasal ve yapısal, hastane güvenliğinde rol alan aktörler, hastanelerde hastane güvenliği uygulamaları konusundaki düşünceleri incelendiğinde şu sonuçlar ortaya çıkmıştır.

4.5.1. Kavramsal Olarak Hastane Güvenliği

Çalışmaya katılan yönetici pozisyonunda bulunan çoğu birey “emniyet” ve “güvenlik” kavramının farklı olduğunu düşünse bile genellikle aynı anlamlarda kullanmakta ve bazen tam tersi anlamlarda vermektedir. Bu yönüyle bakıldığında ülkemizde çalışmamızda da ifade ettiğimiz gibi emniyet-güvenlik kavramları gerek akademik gerekse de yönetici düzeyinde tam olarak bilinmemektedir. Bu durum da hastane güvenliği konusunun hastane organizasyonu içerisinde tam anlaşılmasına neden olabilmektedir.

Katılımcıların çoğunlukla güvenliği kalitenin temel bir parametresi saymaları önemli bir konu sayılsa bile çoğu yöneticinin gelişmiş ülkelerde rol model olarak örnek alınabilecek tecrübelerden yoksun olması hastane yönetimi ve dolayısıyla da güvenlik konusuna yaklaşımda uluslar arası bir bakış eksikliği getirecektir.

Yöneticilerin hastane güvenliği konusunu hastane organizasyonu içinde sadece hastane güvenlik personeli ve bu kişilerin yönetimleri ve bu kişiler ile ilgili yönetsel sorunlar olarak görmeleri çalışmamızda da ifade edildiği üzere hastane güvenliği konusuna bütünsel bir bakış açısı eksikliği getirecektir. Yine bazı yöneticileri hastane güvenliğini sadece alan güvenliği konusu olarak görmeleri özellikle çalışan, hasta, mal ve bilgi güvenliği konularını göz ardı etmeleri hastane güvenliğinde bütünsel bir bakış eksikliği olduğu varsayımımızı desteklemektedir.

Yöneticileri hastane güvenliğinde can ve mal güvenliğini sadece çalışanlara yönelik şiddet ve basit hırsızlıklara indirgemeleri çalışmamızın literatür bölümünde de ifade edildiği üzere toplumlarda görülen hemen her türlü güvenlik olaylarını konu edinmemeleri yöneticilerin hastane güvenliğini tehdit eden unsurları yeterince kapsamlı ele almadıklarını ortaya koymaktadır.

Yöneticiler çoğunlukla hastanede tehdit altında olan unsurları sayarken sadece sağlık personeline yönelik hasta ve hasta yakınlarının uyguladıkları tehditleri sıralarken, hastaların hastalara, çalışan personelin hastalara veya yakınlarına yönelik oluşturdukları gözden kaçırdıkları görülmüş, aslında hastanede bulunan çalışan, hasta ve hasta yakınları dâhil herkesin belli bir oranda tehdit altında olduklarını gözden kaçırmışlardır. Çalışmamızda da belirtildiği üzere bu üç aktöründe can ve mal olmak üzere güvenlik tehdidi altında olmaları söz konusudur.

Katılımcıların bilgi güvenliği konusunda hasta bilgi ve mahremiyetlerini birinci dereceden ifade etmeleri olumlu bir durumdur. Ancak, hastanedeki laboratuvar bilgileri, finansal bilgiler, ilaç bilgileri gibi kurumsal bilgiler, çalışanların da bilgi ve mahremiyetleri en az hastaların bilgileri kadar önemlidir. Bu yönüyle bilgi güvenliğine daha geniş bir bakış açısı ile bakmak gerekmektedir. Ayrıca güvenlikten sorumlu yöneticilerin bilgi güvenliği konularını daha çok kurumun bilgi işlem sorumlularının görevi gördükleri verdikleri cevaplardan anlaşılmaktadır.

4.5.2. Yapısal ve Yasal Olarak Hastane Güvenliği

Çalışmaya katılan grupta bulunan yöneticiler hastane güvenliğini belirleyen yasaları yeterli bulmaktadırlar. Ancak özellikle 5188 sayılı özel güvenlik kanunu yetersiz bulmaktadırlar. Yapısal olarak ta hastanenin güvenliği hastanelerin idari ve mali işler müdürleri veya sağlık hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürlerine bağlıdır. Ancak, yapılan gözlemlerimizde ve yöneticiler ile yapılan mülakatlara göre bu idarecilerde çok fazla bir iş yoğunluğu olduğu ve bu durumun yöneticiler üzerinde aşırı bir yük ve stres oluşturduğu gözlemlenmiştir.

Hastaneler kendi güvenliklerini sağlarken daha çok bakanlığın standart olarak belirlediği yönerge ve düzenlemeleri kullanmışlardır. Ancak, çalışmamızda da ifade edildiği üzere hastaneler sadece acil servislerin hizmet verdiği yerler değildir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda hastanelerin kendi verdikleri hizmetlere ve fiziksel yapılarına göre bölümlere özel hazırlanmış güvenlik olaylarını izleme, müdahale etme ve denetleme yönergelerinin olması gerekmektedir. Güvenlik yönergelerinin daha detaylı ve etkili hazırlanması gerekmektedir. Güvenlik yönergelerinin yöneticilerin genel olarak ifade ettikleri gibi değil daha proaktif yaklaşımlarla hazırlanması gerekmektedir.

4.5.3. Hastane Güvenliğinde Bulunan Aktörler

Hastanede bulunan ve günlerini en az üçte birini geçiren çalışanların can güvenliği konusuna bütün katılımcılar dikkat çekmişlerdir. Ancak, çalışanların eşya ve özellikle de araç güvenliği konusunun can güvenliği kadar vurgulanmaması dikkati çeken bir konu olmuştur.

Yöneticiler genellikle çalışanlara yönelik tehdidin hasta ve hasta yakınlarından olduğunu ifade ederken çalışanlarında birbirilerine her türlü tehdit unsuru olarak ortaya çıkabileceği konusunu gözden kaçırmışlardır. Aslında çalışmamızda da belirttiğimiz gibi çalışanların da hastanelerde birbirilerine ve hasta ve yakınlarına tehdit oluşturma riskleri söz konusudur. Ama yöneticilerin bu konuyu bu şekilde algılamadıkları görülmüştür.

Katılımcılar hastanelerde güvenlik tehdidi yüksek bir kısım yerleri ve burada çalışanların daha yüksek güvenlik riski altında olduklarını ifade etmeleri olumlu bir yaklaşımdır. Ancak, hastanelerde riskli olarak kabul ettiğimiz birçok bölümün yöneticiler tarafından ifade edilmemesi güvenliğe olan bakış açısında yöneticilerin olaylara daha stratejik değil de hala vaka odaklı olarak bakmalarından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda ifade ettiğimiz riskli hasta grubunda bulunan bazı hastaların yöneticiler tarafından da ifade edildiği görülmüştür. Ancak, yöneticilerin hastalarla ilgili verdikleri cevaplara bakıldığında riskli hasta kavramını bazen risk altında olan hastalar şeklinde bazen de riske yol açan ve güvenlik tehdidi oluşturan hastalar olarak anlaşıldığı görülmüştür. Dolayısıyla farklı bakış açıları risk altında olan hastaların tespitini güçleştirecektir.

Hasta eşya ve araçlarının güvenliğinin tam sağlanamadığı verilen cevaplardan anlaşılmaktadır. Bu konuda mutlaka yatan hasta bölümlerinin imkânlarının iyileştirilmesi gerektiği düşünülmektedirler. Hastaların eşyaları ve mahremiyetleri korunması gereken önemli bir konudur. Hastane yönetimlerinin bu konuları daha ciddiye almaları gerekmektedir. Özellikle önümüzdeki yıllarda hasta mahremiyeti gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de hastanelere ciddi yasal ve maddi yükler getirebilecektir.

Verilen cevaplarda sadece yatan hastaların eşya güvenliğinden söz edilirken hastanede saatlerce beklemek zorunda olan acil, diyaliz veya mahremiyetin söz konusu olan radyoloji bölümlerindeki durumlardan söz edilmemesi yine bir eksiklik olarak ortaya çıkmaktadır.

Bilgi güvenliği konusunda yöneticilerin bilginin sadece sistemler tarafından korunması olarak görmeleri gözlemlenen bir eksikliklerdir. Bilgi güvenliği konusunda bilgiyi koruyacak olan en temel unsurlar çalışanlar ve bilgilerini herkesle paylaşmaması gereken hastalardır. Yöneticilerin çalışan ve hastaların bilgi güvenliğini sağlanması konusunda rollerini belirtmemeleri bir eksiklik olarak görülmelidir. Bilgi güvenliği sistemleri ne kadar güçlü ve güvenli olarak kurulsalar da son kullanıcı olan çalışan ve bireylerin bilgi güvenliğini sağlamada ki önemli rolleri göz ardı edilmemesi gereken bir konudur. Ayrıca yöneticilerin hasta bilgi ve mahremiyetlerini önemlemeleri olumlu bir durumdur. Ancak, kurumlarda bulunan ve kurum için yaşamsal önemi olan bilgiler ve çalışan bilgilerinin de bilgi güvenliği kapsamına girdiği unutulmamalıdır. Ayrıca sürekli dijitalleşen dünyamızda bilginin küresel bir güç olduğu gibi bir ulusal tehdit olarak kullanılması da ayrıca bu konuya bütünsel bir bakış açısı eksikliği olduğu görülmektedir.

4.5.4. Hastane Güvenliği Uygulamaları

Hastanelerde güvenlik olaylarına müdahalelerde sadece Sağlık Bakanlığının uygulamaya soktuğu beyaz, pembe ve mavi kodun uygulanıyor olması ve yöneticilerin başka bir müdahale planlarının olmaması güvenliğin tam olarak sağlanamayacağını ortaya koymaktadır. Örneğin; otistik bir hasta veya Alzheimer'li bir hastaya veya rehin alma olayına nasıl davranılacağı konusunda bir müdahale planının olması bu durumların oluşturduğu riski en aza indirecektir.

Hastanede yaşanan bilgilerin kamera ve raporlama ile kayıt altına alınması sevindiricidir. Ancak, etkin bir güvenlik anlayışı için sadece ciddi sonuçları olan olaylar değil güvenliğe yönelik her türlü durumun veya şikâyetin ve geri bildirim kayıt altına alınarak daha sonrasında olabilecek olaylar önceden tahmin edilerek tedbirlerin bu yönde alınması gerekir. Her ne kadar bazı yöneticiler tatbikatlardan bahsetseler de çoğu yöneticinin bu tür eğitim tedbirlerinden söz etmemesi manidar bir durumdur. Ayrıca çalışanların ve hastaların güvenliğe dâhil edilmesi konusunda mutlaka kendilerini eğiterek yönlendirecek, bilgileri almaları gerekmektedir. Ancak yöneticilerin verdikleri cevaplara göre özellikle güvenlik konusunda personelin ve hastaların önemli bir düzeyde eğitim almaları gerektiği ortaya çıkmaktadır. Yine güvenlik uyarılarının internet sitesi veya ilan panolarında belirtilerek bireylerin bilinçlendirilmesi gibi çalışmaların yapılmadığı görülmektedir. Hastanelerde çalışanların bölümlerin özel durumlarına göre ciddi bir güvenlik eğitimi de almadıkları verilen cevaplardan anlaşılmıştır.

Çalışan ve hastaların eşyalarının kilitli dolaplarda saklanması olumlu bir durumdur. Ancak özellikle araç güvenliği konusunda yöneticiler herhangi bir yorumda bulunulmamıştır. Bu yönüyle bakıldığında araç park yerlerinde güvenlik zafiyeti olacağı düşünülmektedir.

Kurumdaki malzeme, mal ve ilamların elektronik kayıt sistemleri ile takip edilmesi olumlu bir durumdur. Ancak son kullanıcı olan çalışan personelin aldıkları malzemeleri etkin olarak kullanıp kullanmadıkları hala tam olarak yöneticiler tarafından cevaplanmış bir konu değildir. Özellikle yemekhanelerde kullanılan malzemeler ve anestetik ilaçların çalışanlar tarafından kullanımında yaşanabilecek suiistimalleri söz konusu etmemişlerdir.

Yöneticilerin çalışanlarını genel olarak güvenli tanımlamaları sevindirici bir durumdur. Ancak, kontrol edilmeyen ve hata ile baş başa kalan her birey olumsuz davranma potansiyeline sahiptir. Çalışanların izlenebilirliği konusu özellikle üzerinde durulması gereken bir konudur.

5. SONUÇ

Sağlık sektörü toplumun hemen hemen bütün dinamik unsurlarını içinde barındıran ve bu nedenle de sürekli değişen dinamik bir yapıya sahiptir. Sağlık sektörü 20. yüzyılda özellikle de son çeyreğinde hızlı bir değişim ve dönüşüm içerisine girmiştir (Ateş, Çetinkaya, & Es, 2010). Sağlık sektörünün dünyada ve ülkemizde sürekli bir dinamizm içinde olduğu ve bu hareketliliğin de sağlıkta kaliteyi artırma eğilimi içinde olduğu bilinen bir olgudur. Ülkemizde de yapılan yasal ve yapısal düzenlemeler, artan yatırımlar, hasta ve sağlık personelindeki sayı artışı gibi mevcut göstergeler bu durumun böyle olduğunu göstermektedir. Çoğalan tıbbi müdahale şekillerinin ve detaylı sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde verilebilmesi için hastanede zaten olağanüstü bir iş yükü olan personelin zaman israfını azaltabilmek amacıyla dönük olarak hastanelerde yardımcı hizmet personeline (tıbbi sosyal çalışanlara) ihtiyaç doğmuştur. Burada amaç en iyi sağlık hizmetini sunmaktır. Günümüz sağlık sistemlerinde değişik hastanelere dayalı olarak oluşan farklılıklar, bu kurumlarda verilen hizmet kalitesinde farklılıkların ortaya çıkmasına neden olacaktır. Hastanelerin mülkiyet farklılıkları (özel-kamu hastaneleri), yönetimlerinde olan farklı yaklaşımlar ve uygulanan farklı sağlık sistemleri verilen hizmette farklı yaklaşımların geliştirilmesine neden olmaktadır (Chukmaitov, Menachemi, Brown, Saunders, & Brooks, 2008). Bu durumla beraber gelişmiş düzeyde olan ülkelerde nüfuslar yaşlanma eğilimindedirler. Bugün yapılan değerlendirmelerde 2003 ten 2010' a kadar Avrupa'daki hastaların yaş ortalamasının dört yıl arttığı bulunmuştur. Çalışmamızda belirtildiği gibi ülkemizde de sürekli artan bir yaşlı nüfus vardır. Artan yaş ortalaması hastalıklar ve risk faktörlerini de artmıştır. Ölümcül hastalıklar ayrıca kronik hastalıkların yaygınlaşması yaşlanma ortalaması yükselen toplumlarda çoklu ölüm nedenlerinde artışa neden olmuştur. Bu durum ise hastanelerde çok kapsamlı ve farklı teknikler gerektiren yaklaşımları içerir sağlık hizmeti verme bakış açısını geliştirmiştir. Bununla beraber bu ihtiyaçların doğurduğu durumlar karşısında hastanelerin ekonomik olarak yetersizliği Avrupa'da bulunan bütün hastanelerin karşılaştığı problemler olarak belirmiştir. Bu yönüyle bakıldığında hastaneler maddi problemlerin yol açtığı bu sorunları aşmak için yeniden düzenlemelere ve tedbir almaya doğru yönelmiştir (von Eiff, 2012). Hastanelerde gerek kamu gerekse de özel sağlık sigorta kuruluşlarının artan finansal maliyetleri azaltma çabası, sayısal olarak artan sağlık kurumlarının hastaları elde etme mücadelesi, sürekli değişen teknoloji, sağlık personellerindeki görevlerin daha da uzmanlaşma gerektirir hale gelmesi, hizmet veren

meslek grubu çeşitliğinin artması verilen sağlık hizmetinin etkinliğini belirlemesi bakımından önemlidir (Özkan, Turgut, Ay, & Uslu, 2003). Sağlık hizmeti verilmesi ve hastane işletmeciliğinin daha karmaşık ve kapsamlı hale gelmesi ile birlikte bu alanda hizmet veren hemşireliğin ve hekimliğin yanında diğer destekleyici hizmetlerin de önemi ortaya çıkmıştır. Hastanelerdeki laboratuvarlar, hasta kayıtları ve bilgilerinin işlenmesi, yemek ve çamaşır hizmetleri, hastane güvenlik hizmetleri bu hizmet konularından bazılarıdır. Bu durum, sağlık hizmeti veren kurum ve organizasyonlarda çok çalışma alanlı (multi-disciplinary) yaklaşımları zorunlu kılmıştır (Podell, 2005). Sağlık yönetimini en iyi şekilde yaparak kaliteli bir hizmet çabası içinde olan Ancak, çalışmamızda da ifade edildiği gibi bu çok uzun bir zaman gerektiren bir süreçtir. Çalışmamıza örnek olarak kabul ettiğimiz ABD’de bu çabalar 1950’lerin başlarından itibaren görülmeye başlamış ve halen devam etmektedir.

Ülkemizde de bu sektörün motor gücü durumunda olan Sağlık Bakanlığının bu gereksinimlere ihtiyaç verebilme ve gelişmiş ülke düzeyine ulaşabilmek için “sağlıkta kalite” çalışmalarını özellikle 2000’li yıllardan sonra arttırdığı bilinmektedir. Bu çalışmaların belirli bir düzeye ulaşmasının zaman alacağı dolayısıyla da çalışmaların kesinti yaşanmadan devam etmesi gerektiğini söylemeliyiz. Çalışmanın alan yazın bölümünde ifade edildiği üzere ülkemizde sağlık yatırımları, sağlık hizmetleri ve bu hizmeti sağlayan personel ve binaların arttığı görülmektedir. Ancak, elimizde bulunan verilere bakıldığında zaman ülkemizdeki yatırımlar hala dünya ve OECD ülkelerinin ortalama olarak çok altındadır. Artan nüfusa bağlı olarak artan hasta sayıları ve sağlık personelinin hastalarını karşılama oranları da dünya değerlerinin altındadır. Ayrıca sürekli hizmet çevresi genişleyen ve daha karmaşık bir yapı haline gelen sağlık sektörüne ayak uydurmak isteyen Sağlık Bakanlığı sürekli yapısal ve yasal düzenlemelere gitmektedir. Sağlık yönetimini en iyi şekilde yaparak kaliteli bir hizmet çabası içinde olan Sağlık Bakanlığının bu çabası olumlu karşılanmalıdır. Ancak, yapılan bu yasal ve yapısal değişikliklerin Sağlık Bakanlığının yapısını iyice karmaşık hale getirdiği görülmektedir.

Bakanlığın kalite çalışmalarında kendini bir kalite belirleyicisi ve değerlendiricisi olarak kabul etme önemli bir eksiklik olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışmanın alan yazın bölümünde ABD örneğinde ortaya konan ve bağımsız olarak görev yapan ve standartların ölçümü, takibi, onaylanması ve yeterlilik ölçütlerinin belirleyen kuruluşlar vardır.

Amerikan Gıda ve İlaç idaresi (AGİİD)⁵⁴ ve KKS KAK gibi bu kurumlar ihtiyaç duyulan kontrol, onaylama, gibi kamusal ihtiyaçları karşılamaya çalışmaktadır. Sağlık bakanlığının verdiği hizmetlerde uluslar arası düzeyde bir kaliteyi yakalayabilmesi için bu tür kuruluşlarla birlikte çalışması veya bu tür kuruluşların ülkemizde de hizmet vermesini sağlamalıdır.

Bütün bu anlattıklarımız göz önünde bulundurulduğunda günümüz hastaneleri modern anlamda çoklu bakış açısını merkezinde tutan, katılımcı ve sürekli çağa ayak uydurabilen bir yönetim bakış açısını mecbur kılmıştır. Bu yönetim anlayışı içinde sağlık personeli ve hasta etkileşimini en etkin seviye de tutarak hastanede olabilecek her türlü şiddet olayı en aza indirgenecektir. Yine bütüncül olarak ele alınan güvenlik anlayışıyla hastane başta hastalar ve hasta yakınları olmak gibi şiddete ve her türlü can güvenliğine çalışan hemşire ve hekimler, destek hizmeti veren bütün hastane personeli güvenli ve huzurlu bir şekilde çalışacaktır.

Çalışmanın konusu olan hastane güvenliğinin bütüncül ve etkin olarak hastanelerde verilmesi de Sağlık Bakanlığının yaptığı kalite çalışmaları içerisinde yer almaya başlamıştır. Bu konunun kalite kelimesi ile yan yana anılması ve kalitenin belirleyici bir parametresi olarak kabul edilmesi sevindirici bir gelişme olarak kabul edilmelidir. Ancak, çalışmamızın alan yazın bölümünde ortaya konulan konu ile ilgili problemlerin uygulama bölümünde elde edilen verilerle de pekişmesi hastane güvenliği konusunun daha etkin ve geniş bir bakış açısıyla ele alma gerekliliğini ortaya koymuştur. Çalışmada ele alındığı gibi hastane güvenliği konusu bir problem olarak çok eskiye dayanan bir konu olmasına karşın problemin çözümüne yönelik bütünsel bir bakış açısıyla çözümü konusu çalışmaya katılan yöneticilerin de ifade ettikleri gibi maalesef yeni bir konudur ve halen de etkin ve sistematik olarak çözülememiştir. Günümüzde emniyet ve güvenlik kavramlarının anlam farklılıklarının hem kamu hem de akademik çevrede tam oturmadığı anlaşılmaktadır. Çalışmaya katılan üst ve orta düzeyde sağlık yöneticilerin de kavramsal tanımlamaları yaparken zorluk yaşadıkları, hatta bazen yanlış yorumlar yaptıkları görülmüştür. Sağlık kurumlarında stratejik olarak görev yapan yöneticilerin bile çalışmada da ortaya konulduğu gibi kavramlarda yaşadıkları uyumsuzluklar bu konuda gerekli çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymuştur. Bu konuda her düzeyde kavramsal çalışmalar

⁵⁴ Orijinal adı U.S. Food and Drug Administration (FDA) olan kurum, ABD'nin Sağlık Bakanlığı'na bağlı; gıda, diyet madde karışımları, ilaç, biyolojik medikal ürünler, kan ürünleri, medikal araçlar, radyasyon yayan aletler, veteriner aletleri ve kozmetiklerden sorumlu bürosudur (<http://tr.wikipedia.org>, 2014).

yapılmalı, hastane güvenliği kavramının etkin bir biçimde anlaşılabilmesi için de bu konuda gerek sağlık çalışanları gerekse de toplum bilgilendirilmelidir.

Çalışmanın alan yazın bölümünde ifade edildiği gibi hastanelerde ki kalitenin ve standartların belirli bir seviyeye gelmesi için bağımsız kuruluşların gerekliliği vardır. Günümüz Türkiye'sinde hastane güvenliği konusu halen dar anlamda şiddet boyutuyla ele alınmaktadır. Örnek sistem yaklaşımını verdiğimiz ABD'de Amerikan Gıda ve İlaç idaresi (AGİİD)⁵⁵ ve KKSKAK gibi bu kurumlar ihtiyaç duyulan kontrol, onaylama, gibi kamusal ihtiyaçları karşılamaya çalışmaktadır. Çalışmanın uygulama bölümünde de ifade edildiği gibi yöneticilerin bu kurumlardan yeterli bir şekilde haberdar olmaması profesyonellik çabasında olan yöneticiler için bir eksiklik olarak görülmesi gereken önemli bir konudur. Sağlık Bakanlığının verdiği hizmetlerde uluslar arası düzeyde bir kaliteyi yakalayabilmesi için bu tür kuruluşlarla birlikte çalışması veya bu tür kuruluşların ülkemizde de hizmet vermesini sağlamalıdır. Özellikle güvenlik hizmetlerinin sağlanması ve düzenlenmesi için profesyonel ve uluslar arası standartlarda denetim mekanizmaları Bakanlık tarafından ortaya konulursa kamu ve kişi hakları daha etkili korunacaktır.

Çalışmanın alan yazın bölümünde ortaya konulduğu üzere hastane güvenliği hastanelerde bulunan çalışan, hasta ve hasta yakınları can güvenliği, kişi ve kamunun mal güvenliği, bina güvenliği ve bilgi güvenliği olmak üzere bütün unsurları kapsamaktadır. Hastane güvenliğinin sağlanması başta yapısal ve yasal düzenlemeler olmak üzere, hastane güvenliğinde rol alan bütün aktörlerin etkili olarak sürece dahil olmaları ve uygulamaların genelden özele giderek bütün hastane faktörlerini kapsamasına bağlıdır. Çalışmanın kavramsal bölümünde görüldüğü üzere sağlık Bakanlığının teşkilat yapısında güvenlik öncelikli bir yapı sahip değildir. Ayrıca yasal düzenlemelerin genel düzeyde kaldığı kabul edilebilir. Yine sağlık sektörü ile ilgili dış kurumların güvenlik ile ilgili yaptıkları çalışmalar sadece sağlık çalışanına ve özellikle de hekimlere uygulanan şiddet kapsamında ele aldıkları görülmüştür. Sağlık sektöründe bulunan diğer çalışanlar ve aktörler hakkında ciddi çalışmalar yapılmadığı görülmüştür. Ayrıca çalışmanın uygulama bölümünde sağlık yöneticilerinin de söz konusu ifadeleri destekleyen ve hastanede güvenliği güvenlik personeli ve kolluk kuvvetleri genellemesinde ele aldıkları görülmektedir. Yine yöneticilerden elde edilen verilerden hastane güvenliği ile ilgili

⁵⁵ Orijinal adı U.S. Food and Drug Administration (FDA) olan kurum, ABD'nin Sağlık Bakanlığı'na bağlı; gıda, diyet madde karışımları, ilaç, biyolojik medikal ürünler, kan ürünleri, medikal araçlar, radyasyon yayan aletler, veteriner aletleri ve kozmetiklerden sorumlu bürosudur (<http://tr.wikipedia.org>, 2014).

yapısal ve yasal düzenlemelerin yeterli görülmediği, hastanede güvenlik tehdidi altında olan aktörlerin sistematik olarak ele alınmadığı anlaşılmaktadır. Yapılan uygulamalarında alan yazın bölümünde örnek olarak verilen ABD sisteminde ifade edildiği gibi detaylı olmadığı ve hastane güvenliğinin beyaz kod, güvenlik kamerası ve güvenlik personeline indirildiği görülmüştür. Hastane güvenliğini belirleyen en önemli aktörler olan sağlık çalışanları ve hastaların hastane güvenliği sürecine dahil edilmediği görülmüştür. Etkin ve anlamlı bir hastane güvenliği için genel olarak yasal ve yapısal düzenlemelerin yeterli kılınması, hastanelerin güvenlik bakış açısı ile tasarlanması ve hastanede bulunan diğer aktörlerin de hastane yönetiminde güvenliğe katılması gerekmektedir. Güvenlik algısı basit anlamda sadece hastane güvenlik birimlerinin değil genel olarak hastane üst yönetiminden başlayarak en alt düzeyde çalışan destek personeline kadar ayrı ayrı işlenmesi ve oturtulması gereken bir konudur. Profesyonel birer yönetici bulundurma çabası içerisinde olan bakanlığın hastanede güvenlikle beraber bütün unsurları içeren bir bakış açısıyla hastaneleri yöneten bireyler bulundurması gerekmektedir.

Çalışmanın alan yazın bölümünde 30'a yakın güvenlik tehdidi sayılmıştır ve bunların sayısı daha da genişletilebilir. Hastane güvenliği konusuna sadece şiddet (özellikle de sağlık personeline hasta ve yakınları tarafından uygulanan ve nispeten medyatik bir etkisi olan şiddet konuları) konu çerçevesinde yaklaşmak konuyu anlamsal olarak daraltacaktır. Çalışmaya katılan yöneticilerin de hastane güvenliğini basit hırsızlık ve sözlü ve fiziksel saldırı düzeyinde ele almaları bu konuya halen dar anlamda bakıldığını göstermektedir. Bu konular ele alınırken güvenliğin sadece sağlık personeline değil aynı zaman da hastanelere gelen başta hastalar olmak üzere ziyaretçileri de kapsadığı unutulmamalıdır. Çalışmaya katılan bazı yöneticiler halen çalışanlarının tamamına yakınına güvenli bireyler olarak kabul etmektedirler. Bu problemin çözümünde kolaycılık yolunu tercih etmekten kaynaklanmaktadır. Unutulmamalıdır ki hastanelerde çalışan her birey iyi niyetli değildir. Hastanelerde çalışan kişiler buldukları konum itibari ile bazen kişilere bazen de buldukları kurumlara ciddi zarar verebilirler. Kapsamlı bir güvenlik bakış açısı hem çalışanları hem de hastaları ve hastane içinde bulunan maddi unsurları koruyacaktır. Birer kamu alanı olan hastanelerde meydana gelen güvenlik olayları çoğu zaman telafisi olmayan ölüm, maddi zararlara yol açabileceğinden günümüz sağlık yöneticileri bu konunun önemini göz ardı etmemelidirler.

Çalışmanın uygulama bölümünde de belirtildiği gibi çoğunlukla şahıs güvenliği önemsenen hastanelerde ciddi finansal kayıplara yol açan hastane eşya ve mülkiyeti de bu bakış açısıyla daha iyi yönetilerek maddi zararlara yol açan güvenlik zaafı da en aza indirgenecektir. Bunun ülkemizde yapılmadığını söylemek doğru bir ifade değildir. Ancak, özellikle hastanelerde bulunan mal, malzeme ve ilaçların son kullanıcısı olan çalışan ve hastaların yeterince denetlenemediği görülmektedir. Sürekli malzeme, mal ve ilaç kullanımı olan hastanelerde bu unsurların güvenli stoklanması, kullanımı ve bunun denetlenmesi, bir kamu kuruluşu olan hastanelerin topluma daha iyi ve daha ucuz bir sağlık hizmeti vermelerini sağlayacaktır.

Hastaneler bilgi ve teknolojiye ulaştıkça olağan üstü gelişmelerinde etkisiyle kişi ve kurum bilgilerini korumada yetersiz kalabilmektedirler. Hastanelerde meydana gelen bilgi kayıpları ya da hırsızlıkları hem toplumu hem bireyleri rahatsız edecektir. Bireylerin ya da toplumların bilgilerinin kötü niyetli kişiler tarafından kullanılması altından kalkılamaz zararlara yol açabilecektir. Bütün bunlarla beraber ülkemizde hastanelerde güvenlik algısının oturması Amerikan sisteminde de görülebileceği gibi uzun bir süre gerektirmektedir.

Farklı konularda, farklı disiplinlerde çalışan bilim adamlarının hastane güvenliğine farklı yaklaşımları bir zenginlik sayılsa bile çalışan bütün konuların bütüncül bir bakışa açısıyla çalışmasının konunun ele alınmasında daha etkin yaklaşımlar doğuracağına inanılmaktadır. Bütünsel çalışmaların yoksunluğu hastane güvenliği konusunun tam anlaşılmasında önemli bir etkisi mevcuttur. Bundan sonra ülkemizde yapılacak olan çalışmalara da yol göstereceğini umduğumuz çalışmamızda hastane güvenliğinin olmazsa olmazları niteleyebileceğimiz can, mal, bina güvenliği konuları beraber ele alınmalıdır. Bunun da gerçekleşmesi kurumsal politikaların oluşturulması ve bu politikaların da kanun ve yönetmeliklerle desteklenmesi gerekmektedir. Çalışmamızın başında da belirtildiği hastaneler yapısal ve işleyiş olarak diğer kurumlardan farklılıklar gösterirler. Bundan dolayı da hastane güvenliği yönetiminde çalışacak araştırmacıların bütün bu farklılıkları ve bu farklılıkların gerektirdiği disiplinleri de göz önüne alan bir yaklaşım içinde olmaları gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki sürekli değişen birey algıları ve hastaneler kendini sürekli yenileyebilen ve ihtiyaçları karşılayabilen sistemler oluşturarak ayakta durabilirler.

Hastanenin güvenliği sadece güvenlik personeli ve kolluk kuvvetlerinin değil hastanede her bir çalışanın birey olarak katkısının olduğu bütüncül ve daha etkili bir biçimde sağlanacaktır. Bu şekilde hastanelerin temel felsefesi en güzel ve en kaliteli sağlık hizmeti verme hedefi bir nebze de olsa yerine getirilecektir.

6. KAYNAKÇA

- Washington University School of Medicine. (2014, 01 15). Employee Handout. Washington, USA.
- Abdullah, Z., Ahsan, N., & Alam, S. S. (2009). The Effect of Human Resource Management Practices on Business Performance among Private Companies in Malaysia. *International Journal of Business and Management*, Vol. 4, No. 6, 65-72.
- Adaş, E. B., Elbek, O., & Bakır, K. (2008). *Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı*. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip dası Yayını.
- Ak, B. (1990). Hastane Yöneticiliği. Ankara, Türkiye: Özkan Matbaacılık Sanayi, s. 94.
- Alberta Solicitor General and Ministry of Public Security. (2011, 01 01). Participant Manual. *Alberta Basic Security Training*. Edmonton, Canada: the Alberta Solicitor General and Ministry of Public Security.
- Aldridge, J. (2013, 01 01). *Hospital Security: The Past, The Present and The Future, Part 2 of 2*. 8 21, 2013 tarihinde SecurityInfoWatch.com: http://www.saione.com/articles/HSPPF_Part2.pdf adresinden alındı
- Algül, Ç. (2013, Şubat 01). Sağlık Sektöründe Malzeme Yönetimi. İstanbul, Türkiye.
- Allison, L. (2010). *The Future of Terrorism: Mass Hostage Taking in Russia and Mumbai*. 09 09, 2013 tarihinde Small Wars Journal: www.smallwarsjournal.com adresinden alındı
- American Dental Association. (2003). Emergency Planning & Disaster Recovery in the Dental Office. USA: American Dental Association Council on Dental Practice.
- American Hospital Association. (2012, 01 01). Bringing Behavioral Health into the Care Continuum: Opportunities to Improve Quality, Costs and Outcomes.
- American Hospital Association. (2013, 01 01). Behavioral Health Challenges in the General Hospital.
- Arata, M. J. (2006). *Perimeter Security*. New York: McGraw-Hill.
- Arata, M. J. (2006). *Perimeter Security*. New York: McGraw-Hill.
- Aren, A. (2008). Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*, 3;141-145.
- Asadi-Lari, M., Tamburini, M., & Gray, D. (2004). Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 32.
- ASIS. (2013, 01 01). *About ASIS*. 10 19, 2013 tarihinde ASIS Foundation: <https://www.asisonline.org/About-ASIS/Pages/default.aspx> adresinden alındı

- ASIS International. (2009, 06 08). Facilities Physical Security Measures Guideline. USA: Asis International.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., & Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 55-71.
- Association of Certified Fraud Examiners. (2013, 01 01). <http://www.acfe.com/>. 12 21, 2013 tarihinde <http://www.acfe.com/>: <http://www.acfe.com/rtn-highlights.aspx> adresinden alındı
- Ateş, H., Çetinkaya, N. İ., & Es, M. (2010). Değişim Çağında Hastane Yöneticilerinin Liderlik Profilleri. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi* (s. 69-79). Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı.
- ATO. (2011). *Hekimlere Ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Raporu 2010 - 2011*. Ankara: Ankara Tabip Odası.
- Austuralian Government Initiative Smartonline. (2014, 03 05). *Implement security policies*. 03 02, 2014 tarihinde Smartonline: http://www.staysmartonline.gov.au/business/implement_security_policies adresinden alındı
- Aydın, M. (2008). *Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı*. Isparta: Türk Tabipleri Birliği, Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı.
- Bahçeci Geçici, N., & Sağkal, T. (2011). Ödemiş'te Çalışan Hemşirelerin Mobbinge Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 53-62.
- Baker, A., Lewelyn, R., & Sivadon, P. (1959). Psychiatric Services and Architecture, WHO.
- Balbir Singh, M. H. (2002). Risk Management in Hospitals. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, Vol. 3, No. 4.
- Baldwin, D. A. (1997). The concept of security. *Review of international studies*, 23, 5-26.
- Barefoot, P. (2005). Buildings for Health: Then and Now. H. King içinde, *Health in Antiquity* (s. 205-215). London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Bell, C. C., & Palmer, J. M. (1981). Security Procedures in a Psychiatric Emergency Service. *Journal of The National Medical Association*, VOL. 73, NO. 9, 1981 835.
- Bener, S., Balbay, Y., & Delibalta, İ. (2013, Temmuz 01). Kamu Sağlık Tesislerinde Maliyet Muhasebesi. Ankara, Türkiye.
- Bilgin, G., & Çıraklı, Z. L. (2010). Hastanelerde Kurum Kültürü. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi* (s. 117). Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı.
- Blackwell, C. J. (2006, April). Hospital Security and Force Protection: A Guide to Ensuring Patient and Employee Safety. Landstuhl, Germany: Landstuhl Regional Medical Center.

- Brannan, W. L., & Taylor, J. R. (2013, 12 12). *Model for Enterprise Risk Management Within a Healthcare Organization*. 12 12, 2013 tarihinde <http://www.asse.org/>:
<http://www.asse.org/practicespecialties/riskmanagement/docs/Brannan%20&%20Taylor%20Article.pdf> adresinden alındı
- Bridges, G., Zeh, D., Naaman, L., & La, K. M. (2011, 010 01). Achieving Healthy Material Management. *Tefen Tribune*, s. 18-22.
- Briner, M., Kessler, O., & Pfeiffer, Y. (2010). Assessing hospitals' clinical risk management:Development of a monitoring instrument. *BMC Health Services Research*, 1-11.
- Brown, B. F. (2008). Hospital administrators' perceptions regarding their role in quality improvement. USA: Thesis. College of Health Professions. Program in Health Administration & Leadership. 124 leaves ; 29 cm.
- Bunney, B. E. (2001, 09 08). The Agitated Patient in the Emergency Department. USA.
- Burgess, A. W., Carr, K. E., & Nahirn, C. (2008, September). Nonfamily Infant Abductions,1983-2006. *The American Journal of Nursing*, s. Vol. 108, No. 9 32-39.
- Burns, A., Dobson, J., & McDerimid, J. (1992). On the Meaning of Safety and Security. *The Computer Journal*, Vol. 35, No. 1.
- Burton, P. R., McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2012). Firesetting, Arson, Pyromania, and the Forensic Mental Health Expert. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Volume 40, Number 3,355-365.
- BusinessDictionary. (2013, 01 01). *BusinessDictionary*. 08 02, 2013 tarihinde [businessdictionary.com](http://www.businessdictionary.com/):
<http://www.businessdictionary.com/definition/management.html#ixzz2e1vnEp4y> adresinden alındı
- Button, M. (2008). *Doing Security, Critical Reflections and an Agenda for Change*. New York, USA: Palgrave Macmillan, sf 75.
- Buzzeo, R., & Neal, M. (2013, 01). Hospital Drug Diversion And Abuse–Creating An Effective Surveillance And Prevention Program. Bedminster, USA: Contact BuzzeoPDMA, A Cegedim Company.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- California Department of Mental Health. (2002, 1 1). *Contraband*. 3 1, 2014 tarihinde http://www.defenseforsvp.com:
http://www.defenseforsvp.com/Resources/Underground_regs/Spor239-02.pdf adresinden alındı
- Cambidge Dictionary. (2013, 9 11). *dictionary.cambridge.org*. 9 11, 2013 tarihinde Cambridge Dictionaries Online: <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/british/safety?q=safety> adresinden alındı

- Can, A., & İbicioğlu, H. (2008). Yönetim Ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hasta Nelerinin Değerlendirilmesi. *Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*, 254-275.
- CARE International. (2013, 08 01). Safety and Security Procedures. *Security & Safety Manual*. CARE International.
- Carroll, R. L. (2009). *Risk management handbook for health care organizations*. San Francisco: American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM).
- Cerrah, İ. (2011). Toplumsal Değişme ve Güvenlik: İlk Topumlardan Modern Topluma Güvenliğin Evrimi. İ. Cerrah içinde, *Demokratik Topumlarda İçgüvenlik* (s. 19-54). Ankara: Polis Akademisi Yayınları.
- Chan, H., Lo, S., Lee, L., Lo, W., Yu, W., & Wu, Y. (2014). Lean techniques for the improvement of patients' flow in emergency department. *World J Emerg Med*, 24-28.
- Chossudovsky, M. (2012, 08 01). *GlobalResearch*. 05 07, 2014 tarihinde <http://www.globalresearch.ca/>: <http://www.globalresearch.ca/the-911-reader-the-september-11-2001-terror-attacks/5303012> adresinden alındı
- Chukmaitov, A. S., Menachemi, N., Brown, S. L., Saunders, C., & Brooks, R. G. (2008). A Comparative Study of Quality Outcomes in Freestanding Ambulatory Surgery Centers and Hospital-Based Outpatient Departments: 1997–2004. *Health Services Research*, 1485-1504.
- Cleveland State University, Department of Environmental Health and Safety. (2006, 010 01). Employee Health and Safety Handbook. Cleveland State University.
- CMS. (2014, 01 01). *Centers for Medicare & Medicaid Services*. 01 27, 2014 tarihinde <http://www.cms.gov/>: <http://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/index.html> adresinden alındı
- CMS. (2014, 06 09). *Centers for Medicare & Medicaid Services*. 06 09, 2014 tarihinde Centers for Medicare & Medicaid Services Web Sitesi: <http://cms.hhs.gov/About-CMS/Agency-Information/Consortia/index.html> adresinden alındı
- Cole-Ceesay, R. (2010). Strengthening the emergency healthcare system for mothers and children in The Gambia. England.
- Colling, R. L. (1976). *Hospital Security: Complete Protection For Health Care Facilities*. California: Security World Publishing Co.,Inc.
- Colling, R. L., & York, T. W. (2010). *Hospital and Healthcare Security*. Burnington: Elseiver.
- Computer Desktop Encyclopedia. (2014, 04 23). *The Free Dictionary by Farlex*. 04 23, 2014 tarihinde The Free Dictionary: <http://encyclopedia2.thefreedictionary.com/PTZ> adresinden alındı
- Corrections, Public Safety and Policing. (2008, January). Private Investigator and Security Guard Training Manual. Ministry of Justice and Attorney General.

- COSO. (2004). *Enterprise Risk Management — Integrated Framework*. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 67–73.
- Çatak, B., Kılınç, A. S., Badıllıoğlu, O., Sütü, S., Sofuoğlu, A. E., & Aslan, D. (2012). Burdur’da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 13-21.
- Çetin, N. G. (2009, 01 10). Türkiye Hastanelerinin Profesyonel Yönetime Geçişte Başhekimlik ve Hastane Yönetiminin Reorganizasyonu. *Yüksek Lisans tezi*. Isparta, Türkiye: T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Çetin, V. (2014, Şubat 19). Adli Tıp Soruşturma Görevlileri:Adalet Sistemine katkısı Olabilecek Bir meslek Grubu. *Adli Tıp Bülteni*, s. 71-74.
- Çırpı, F., Merih, Y. D., & Kocabay, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-34.
- D.H.D.B. (2014, 04 11). *Taşınır Kayıt Kontrol Birimi*. 10 01, 2014 tarihinde Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı: http://www.tkhk.gov.tr/DB/28/784_DB_28_tasinir-kayit-kontrol-birimi adresinden alındı
- Daft, R. L., & Marcic, D. (2006). *Understanding management*. CengageBrain.com.
- Danacı, B. (2010). Sağlık Bakanlığı ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi*. Kütahya, Türkiye.
- de Boer, J., van Rikxoort, S., & Bakk, A. B. (2013, 10 28). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. England.
- Deák, G. (2011). Hospital security-preventing and managing workplace violence in health care sector. *AARMS*, Vol. 10, No. 1, 161–171.
- Demirel, Y., & Yoldaş, A. M. (2008). Sağlık kuruluşlarında karşılaşılan psikolojik yıldırma davranışlarının Türkiye ve Kazakistan açısından karşılaştırılması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1-25.
- Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı,TKHK. (2014, 08 22). *Teşkilat Şeması*. 09 23, 2014 tarihinde Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı: http://www.tkhk.gov.tr/DB/34/756_DB_34_teskilat-semasi adresinden alındı
- Department of Health Code of Practice. (2008). *Code of Practice Mental Health Act 1983*. London, UK.
- Department of Police, Security and Outside Services. (2011). *2011 Annual Report*. Department of Police, Security and Outside Services.
- Detay Danışmanlık*. (2013, 12 01). 12 01, 2013 tarihinde <http://www.detaydanismanlik.net>: <http://www.detaydanismanlik.net/icerik.asp?page=JCINedir> adresinden alındı

- DHB. (2014, 09 22). *Teşkilat Şeması*. 09 22, 2014 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı: <http://www.denetim.saglik.gov.tr/teskilatsemasi.aspx> adresinden alındı
- Doğan, H. (2009). *Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı*. İstanbul: Türk Tabipleri Birliği, i İstanbul Tabip Odası.
- Duke University Police Department. (2013, 01 01). Security Management Plan. Durham, England: Duke University.
- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD. (2013). Sağlıkta Şiddet Sempozyumu 1. *Sonuç Bildirgesi* (s. 1-5). İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.
- Elbek, O., & Adaş, E. B. (2012). *Şiddetin Gölgesinde Hekimlik*. Aydın: Aydın Tabip Odası.
- Ergenoğlu, A. S., & Aytuğ, A. (2007). Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştirilen Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi. *YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi*, 49-63.
- Erigüç, G., Ayürek, Ç. E., & Uğurluoğlu, Ö. (2008). Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde İdari Birim Yöneticilerinin Yönetmelik Başarı Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 77-102.
- Erkuş, E. (2009). *Nitel-Nitel Araştırma Teknikleri*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Evren, E. (2011). Medikal Gaz Sistemleri. *10.Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi* (s. 579-635). Ankara: MMO.
- Fallon, F. L., & McConnell, C. R. (2014). What is human Resource Management. C. R. L. Fleming Fallon içinde, *Human Resource Management in Health Care* (s. 3-31). Jones & Bartlett Learning.
- FirstHealth of the Carolinas. (2010, 05 01). Environment of Care-Security Management Plan Policy. *FirstHealth of the Carolinas Policy and Procedure*. NC, USA: FirstHealth of the Carolinas.
- Fischer, R. J., Halibocek, E., & Green, G. (2008). *Introduction to Security*. Burlington,USA: Elsevier Inc.
- Fischer, W. (1968). The Problems of Unconscious Motivation. H U M A N I T A S , Journal of the Institute of Man,Duquesne University, Volume III, Number 3.
- Forgas, J. P., Williams, K. D., & La, S. M. (2005). Social Motivation : Introduction and Overview. *Social Motivation: Conscious and Unconscious Processes*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Frenk, J., Ruelas, E., & Donabedian, A. (1989, 07). Hospital Management Staffing and Training Issues. Washington DC, USA: Health and Nutrition D.vision, Population and Human Resources Department,The World Bank.

- Gelogo, Y. E., & Park, S. (2013). A Study on Secure Electronic Medical DB System in Hospital Environment. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, Vol. 5, No. 3, 113-118.
- Gillespiea, G. L., & Gatesa, D. M. (2011, 01 12). Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events. Amsterdam, Netherlands.
- Gilson, A. M., Ryan, K. M., & Joranson, D. E. (2004). A Reassessment of Trends in the Medical Use and Abuse of Opioid Analgesics and Implications for Diversion Control: 1997–2002. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 28 No. 2, 176-188.
- Godlewski, R. J. (2011, 11). *Hospital Security and Healthcare Force Protection*. 10 19, 2013 tarihinde <http://rjgodlewski.com>:
<http://rjgodlewski.com/HospitalSecurityAndHealthcareForceProtectionByRJGodlewskiTACTICALEXTRACTIONSSecurityPaperNOV2011.pdf> adresinden alındı
- Grabowski, J., Stitzer, M. L., & Henningf, J. E. (1984). *Behavioral Intervention Techniques in Drug Abuse Treatment*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Gunn, M. J. (1992). Personal Searches of Psychiatric Patients. *Criminal Law Review*, 767-777.
- Güçlü, N. (2003). Stratejik Yönetim. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 23, Sayı 2, 61-85.
- Hale, J. L., Boone, B., & Male, R. (2004). A Working Man's Approach to Enterprise Risk . *ASHRM*, 1-33.
- Hancı, H. İ., & Eşiyok, B. (2000, Haziran 01). Munchausen by Proxy Sendromu: Vekaleten Hastalık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*.
- Hayamizu, T. (1997). Between Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Japanese Psychological Research*, Volume 39, No.2, 98-108.
- HCEA. (2013). *HCEA's History*. 07 07, 2014 tarihinde Healthcare Convention & Exhibitors Association : http://www.hcea.org/?page=about_hcea adresinden alındı
- Health Canada. (2006). Abuse and Diversion of Controlled Substances: A Guide for Health Professionals. Ottawa, Ontario K1A 0K9, Canada.
- Health Quality & Safety Commission. (2012). *Making Our Hospitals Safer: Serious and Sentinel Events Reported By District Health Boards in 2010/11*. Wellington: Health Quality & Safety Commission.
- Health South Eastern Sydney Local Health District. (2013, August). District Mental Health Service Business Rule. Sydney, Australia.
- Herington, J. (2012, August 08). The Concept of Security. 7.
<http://tr.wikipedia.org>. (2014, 01 01). 01 01, 2014 tarihinde Vikipedi:
<http://tr.wikipedia.org/wiki/FDA> adresinden alındı
- IAHSS. (2006). Healthcare Basic Guidline, #07.01. USA.

- IAHSS. (2012, 01 01). *International Association for Healthcare Security & Safety*. 12 5, 2014 tarihinde <http://iahss.org>: <http://iahss.org/About/Default.asp> adresinden alındı
- IESNA Security Lighting Committee. (2001, March 01). *Guideline for Security Lightening for People, Property, and Public Places*. New York, USA.
- IESNA Security Lighting Committee. (2013, March 01). *Guideline for Security Lighting for People, Property, and Public Spaces*. USA.
- İnanıcı, M. A., Çolak, B., & Özaslan, A. (2004). Olay Yeri İncelemesi ve Adli Tıp Uzmanının Yeri. *Turkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine*, 97-109.
- Information Security. (2002). 2002 ISM Survey. *Information Security*, 36-54.
- Institute of Management & Administration. (2012). Hospital Security: Incident Trends & Prisoner Escapes. *Security Director's Report*, 4-7.
- International Association for Healthcare Security and Safety. (2012, 01 01). *Security Design Guidelines for Healthcare Facilities*. Glendale Heights, IL, USA: IHASS.
- Iowa Department of Administrative Services - Human Resource Enterprise. (2010, 11 01). *State of Iowa Employee Handbook*. Iowa, USA.
- ISO/IEC 17799:2005. (2005, 01 01). *Information technology — Security techniques — Code of practice for information security management*. Geneva, Switzerland.
- Ison, R. (2013, October). *Lessons From The Frontline: Compassionate Approaches to Preventing Patient Violence*. *Peventing Patient Violence*. WWW.PSQH.COM.
- James, H. G. (2007, August). *Review of The New South Wales Forensic Mental Health Legislation*.
- Jenkins, W. D. (2011). *Public Health Laboratories Analysis, Operations, and Management*. Ontario: Jones and Bartlett Publishers.
- Jobkar, J. (2000, 01 01). *Property Control Handbook*. 02 03, 2014 tarihinde State of Alaska, Department of Aadministration, Division of General Services and Supply Property Management Office: http://doa.alaska.gov/dgs/property/manual/handbook_p.html#BM2_2_ adresinden alındı
- Johns Hopkins Medicine. (2013, 01 01). *Johns Hopkins Medicine*. 12 28, 2013 tarihinde <http://www.hopkinsmedicine.org/>: http://www.hopkinsmedicine.org/security_parking_transportation/security/package_inspection.html adresinden alındı
- Johnson, M. A. (2005). *A Survey Of Progressive And Affirmative Employee Discipline Systems In Florida's Hospitals*. *Doctoral dissertation*. Florida, Orlando, USA: University of Central Florida Orlando.
- Johnstone, R. E., Katz, R. L., & St, T. H. (2011, March). Homicides Using Muscle Relaxants, Opioids, and Anesthetic Drugs. *Anesthesiology*, V 114 , No 3, 713-716.

- Jones, J., & Lyneham, J. (2001). Violence: Part of the job for Australian nurses? *Australian Journal of Advanced Nursing*, Volume 18 Number 2 10-14.
- Kennedy, S. (2006). Electronic surveillance in hospitals: A review. *Proceedings of 4th Australian Information Security Management Conference*. Perth Western Australia: Edith Cowan University.
- Kings County Human Resources Department. (2010, May). A summary of employment benefits, services and policies for Kings County employees. California, USA: Kings County.
- Kliemann, W. F., & Ruoff, K. L. (2001). Bioterrorism: Implications for the Clinical Microbiologist. *Clinical Microbiology Reviews*, 364-381.
- Kocur, F. (2011). Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans Sempzyumu. *Sağlık-Sen Yayınları-11* (s. 1-152). Ankara: Sağlık-Sen.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donalds, M. S. (2002). *To Err Is Human; Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kossek, E. E., & Nichol, V. (1992). The Effects of On-site Child Care on Employee Attitudes and Performance. *Personnel Psychology*, 485-507.
- Kraman, P. (2004). *Prescription Drug Diversion*. Lexington, KY: The Council of State Governments.
- Larned State Hospital. (2009, 05 6). Firearms/Weapons. *LSH Administrative Policy & Procedure Manual – Policy #SE-6.0*. Larned State Hospital.
- Lashley, J. (2009). Autism Spectrum Disorders: A Special Needs Subject Response Guide for Police Officers. Children's Hospital and Health System.
- Leach, J. (2003, September 3). Improving User Security Behaviour. Endland: John Leach Information Security Limited.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., & Gue, J. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care*, 424-428.
- Lehardy, R. K., Lerivian, D. C., Evans, L. M., O'connor, A., & Lesage, D. L. (2013). Simplified Methodology For Identifying The Function Of Elopement. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 256-270 NUMBER 1.
- Luizzo, A., Scaglione, B. J., & Wals, M. (2002). Aspects of Hospital Security: protecting the VIP. *Journal of Healthcare Protection Management*, 43-46.
- MacAlister, D. (2010). A physical security evaluation tool for elopement prevention in a behavioural/mental health setting. *Journal of Healthcare Protection Management*, 54-64.
- Macpherson, R., & Pafford, B. (2013, 02 16). CARE International - Security & Safety Manual. USA.

- Manna, M. (2010). Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing J.*, 268–273, 17.
- Manton, A. (2014). Behavioral Health Patients in The Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 112-113.
- Marois, J. (2010). Receiving gifts from patients: A pragmatic shade of grey. *BC Medical Journal*, 129-132.
- Marx, J. A., Hockberger, R. S., & Walls, R. M. (2013, 09 16). *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*.
- Maxwell, J. (1996). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. California: SAGE Publications.
- Maynard, S. B., Ruighaver, A. B., & Chia, P. A. (2013, 01 01). *Exploring Organisational Security Culture: Developing a comprehensive research model*. 12 12, 2013 tarihinde <http://people.eng.unimelb.edu.au>:
<http://people.eng.unimelb.edu.au/seanbm/research/2002ChiaVegas.pdf> adresinden alındı
- McKee, M., & Healy, J. (2000). *The role of the hospital in a changing environment*. World Health Organization.
- McKee, M., & Healy, J. (2002). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- McKenna, B. G., Poole, S. J., & Smith, N. A. (2003). A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 56–63.
- MEB. (2008). *Biyomedikal Cihaz Teknolojileri*. Ankara: MEGEP.
- Medical Care for the Dementia Patient. (2014, 02 19). *Dementia Education & Training Program*, 1-800-457-5679.
- MEGEP. (2011, 01 01). *Sağlık Kurumları ve Personel Yönetimi*. ANKARA: MEGEP, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı.
- Metropolitan St. Louis Psychiatric Center. (2008). *MPC Contraband Policy – Visitors in the Lobby*. 01 28, 2014 tarihinde <http://dmh.mo.gov/docs/mpc/contraband.pdf> adresinden alındı
- Metzner, J. L., Tardiff, K., & Lion, J. (2007). Resource Document on the Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health Care. *J Am Acad Psychiatry Law*, 35:417–25.
- Miami University. (2006, 01 11). *Employment; Policies*. 03 03, 2014 tarihinde www.miami.edu/payroll:
https://umshare.miami.edu/web/wda/policieshr/Clerical_Nursing_Technical_Service/B-EmploymentPoliciesandProcedures/B037.pdf adresinden alındı

- Miller, W. L., Grødeland, Å. B., & Koshechkina, T. Y. (2000). 'If you pay, we'll operate immediately'. *Journal of Medical Ethics*, 26:305–311.
- Mintzberg, H. (1981). Organization Design: Fashion or Fit? *Harvard Business Review*, 103-116.
- Montgomery, F. P. (2000). The Future of the Hospitals. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.
- Muia, M. D. (2013). Factors Affecting Consistency in Supply of Pharmaceutical Products in Government Hospitals in Kenya: A Case Study of Maragua District Hospital. *Developing Country Studies*, 20-52.
- Müezzinoğlu, M. (2013). *2014 Yılı Bütçe Sunumu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- National Center for Missing & Exploited Children. (2013, 01 01). <http://www.missingkids.com/History>. 01 27, 2014 tarihinde <http://www.missingkids.com/>: <http://www.missingkids.com/History> adresinden alındı
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2006, 03 03). The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments Violence. London, England: Royal College of Nursing.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2012, February). Home Healthcare Workers: How to Prevent Violence on the Job.
- Needham, I., Nijman, H., Palmstierna, T., Almvik, R., & Oud, N. (2011). Violence in Clinical Psychiatry : Proceedings of the 7th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Amsterdam, Netherlands.
- NeNedir. (2013, 12 01). *Hastanelerin çeşitleri nelerdir? - Genel Tıp*. 12 01, 2013 tarihinde NeNedir.Net: <http://www.nenedir.net/nedir/genel-tip/5783-hastanelerin-cesitleri-nelerdir.html> adresinden alındı
- New Jersey Division of Consumer Affairs. (2013, 05 01). New Jersey State Board of Pharmacy. New Jersey, USA.
- NFPA. (2013, 01 01). *Overview*. 11 11, 2013 tarihinde National Fire Protection Associationİ; <http://www.nfpa.org/>: <http://www.nfpa.org/about-nfpa/overview> adresinden alındı
- NHS Lothian. (2012). Guidelines For The Development Of Hospital Visiting Arrangements. *NHS Lothian Policy For Hospital Visiting* . UK: NHS Lothian.
- NHS Security Management Service. (2008, 02 01). NHS Security Management Service Security of prescription forms guidance. *NHS Security Management Service Security of prescription forms guidance*. NHS CFSMS.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 17-23.
- O'Brien, M., Rogers, S., Jamtvedt, G., & Oxman, A. (2008). Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*, 1-62.

- Office for National Statistics. (2013). *Focus on: Violent Crime and Sexual Offences, 2011/12*. London: Office for National Statistics.
- Oztekin, A., Pajouh, F. M., Delen, D., & K., L. (2010). An RFID network design methodology for asset tracking in healthcare. *Elsevier B.V.*, 100-109.
- Özdemir, M. (2011). Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 323-343.
- Özer, I. (2003). Besin Koruma Yöntemi olarak Radyasyonlama. *Klinik Pediatri*, 22-25.
- Özkan, M., Turgut, N., Ay, A., & Uslu, U. (2003). Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 29(1):26-32.
- Özkılıç, Ö. (2005). *İş Sağlığı Ve Güvenliği, Yönetim Sistemleri Ve Risk Değerlendirme Metodolojileri*. Ankara: Türkiye İşverenler Sendikaları konfederasyonu.
- Özpolat, A., & Çayırağası, F. (2013). Liberal Ekonomi Çerçevesinde Suçluluk Oranı İle Özel Güvenlik İstihdamı Arasındaki İlişki. 3. *Ulusal Özel Güvenlik Sempozyumu*, (s. 201-210). Gaziantep.
- Öztürk, H., & Babacan, E. (2012). Bir Ölçek Geliştirme Çalışması : Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 36-42.
- Podell, R. (2005). Speciality Hospitals Versus General Hospitals: Which presents the Standart of care for the Future ? *Master Thesis*. New York: State University of New York.
- Prenzler, T. (2009). *Preventing Burglary in Commercial and Institutional Settings:A Place Management and Partnerships Approach, An ASIS Foundation Research Council CRISP Report*. Alexandria, VA: ASIS Foundation, Inc.
- PricewaterhouseCoopers International Limited. (2013, 04 01). *Raising security awareness in your employees*. 03 06, 2014 tarihinde www.pwc.ch: www.pwc.ch adresinden alındı
- Provincial Human Services and Justice Coordinating Committee. (2013, April). *HSJCC Info Guide, Strategies for Implementing Effective Police-Emergency Department Protocols in Ontario*. Ontario, Canada.
- Puiu, M., & Nistor, C. (2013). Combating Fraud with Information Technologies. E-Accounting Document ... A Solution? *Network Intelligence Studies*, 82 - 87.
- PYKGDB. (2014, 08 10). *Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri 2013*. 09 26, 2014 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı: <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=487> adresinden alındı
- Rabun, J. B. (2009). *For Healthcare Professionals: Guidelines on Prevention of and Response to Infant Abductions*. Virginia, USA: National Center for Missing & Exploited Children (NCMEC).

- Rich, D. (2003, June). *Parking Safety: Strategies To Improve Security In Your Parking Facility*. 04 04, 2014 tarihinde www.parkingtoday.com:
<http://www.parkingtoday.com/articledetails.php?id=196> adresinden alındı
- Risktopic. (2013, 01 01). Combative and non-combative presenting patients in medical transport. *Psychiatric Patient Handling*. Risktopic.
- Rizk, K., Kayle, M., & Mekawi, L. (2009). Prevention of Infant Abductions and Mix-ups in Hospitals: Proper Measures for Infant Identification and Security. *HUMAN & HEALTH*, 24-28.
- Roderick Chapman, A. H. (2004, November). Enforcing Security and Safety Models with an Information Flow Analysis Tool. *SIGAda'04*, s. 39-45.
- Roland, G., & Verdier, T. (1999). *Law Enforcement and Transition*. Bruxelles: ACE.
- Roll, F. G. (2006). Current Healthcare Security Issues And Countermeasures. IHF içinde, *International Hospital Federation Reference Book* (s. 45-48). International Hospital Federation.
- Roper, M., & Millar, L. (1999). Managing Hospital Records. *Managing Public Sector Records: A Study Programme*. London, UK: International Records Management Trust.
- Ruighaver, A. B., Maynard, S. B., & Chang, S. (2007). Organisational security culture: Extending the end-user perspective. *computers & security*, 56 – 62.
- S.T.ve A.D.B. (2014, 09 09). *TKHK*. 09 09, 2014 tarihinde Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı: <http://www.tkhk.gov.tr/DB/18#> adresinden alındı
- Saari, R. (2000, December). Predicting Violence in Psychiatric Inmates in a Maximum-Security Forensic Hospital. USA: UMI.
- Sağ.Gel.Bşk. (2013). *Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Geliştirme başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, SKADB. (2014, 01). *Duyurular; Sağlıkta Akreditasyonda Önemli Adım....* 28 09, 2014 tarihinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı Resimi sitesi: http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/sas_tr.pdf adresinden alındı
- Sağlık-Sen. (2013). *Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen AR-GE Birimi.
- Sands, N. (2007). An ABC approach to assessing the risk of violence at triage. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 107—109.
- Sanson, T. G., & Tavernero, T. (2011, 05 01). Emergency Department Security and Safety. USA.
- Savedoff, W. D. (2008). *The impact of information and accountability on hospital procurement corruption in Argentina and Bolivia*. Portland, Maine USA: Anti-corruption Resource Center.

- SBDB. (2014, 09 11). *Teşkilat Şeması* . 10 10, 2014 tarihinde Sağlık Bilişimi Daire başkanlığı: http://www.tkhk.gov.tr/DB/3/828_DB_3_teskilat-semasi adresinden alındı
- SBSGM. (2012). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- SBSGM. (2014, 09 26). *Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi Ve Kılavuzu*. 09 26, 2014 tarihinde Bilgi Güvenliği (T.C.Sağ.Bak., SBSGM): <http://bilgiguvenligi.saglik.gov.tr/files/BilgiG%C3%BCvenli%C4%9FiPolitikalar%C4%B1Y%C3%B6nergesi.pdf> adresinden alındı
- SBSGM. (2014, 09 26). *Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi Ve Kılavuzu*. 09 26, 2014 tarihinde Bilgi Güvenliği (T.C. Sağ.bak., SBSGM): <http://bilgiguvenligi.saglik.gov.tr/files/BilgiG%C3%BCvenli%C4%9FiPoltikalar%C4%B1K%C4%B1lavuzu.pdf> adresinden alındı
- Schneider Electric. (2006). *Hospitals Meet Security Challenges With Integrated Solutions*. 06 28, 2013 tarihinde www.tac.com: www.tac.com adresinden alındı
- Schneider Electric. (2008, October). *Hospitals Meet Security Challenges with Integrated Solutions*. North Andover, MA, USA.
- School of Medicine, University of Miami. (2013, 12 12). *Human resources security*. 01 30, 2014 tarihinde Information Security: <http://it.med.miami.edu/x2229.xml> adresinden alındı
- Scott, M. L., La Vigne, N. G., & Pal, T. (2007). *Peventing Vandalism*. Washington,DC, USA.
- Seçim, H. (1991). *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu-Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi*. İstanbul: İşletme Fakültesi Yayın No:252, s. 5.
- Seçim, H. (2014, 01 13). *Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırılması*. 01 13, 2014 tarihinde <http://www.merih.net>: <http://www.merih.net/m1/hastmod4.htm> adresinden alındı
- Seçim, H. (2014, 01 13). *Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri*. 01 13, 2014 tarihinde <http://www.merih.net/>: <http://www.merih.net/m1/hastmod2.htm> adresinden alındı
- Seçim, H. (2014, 01 13). *Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri*. <http://www.merih.net/m1/hastmod2.htm> Erişim Tarihi : 13.01.2014.
- Sells, D. H. (2000). *Security in the Healthcare Environment*. Gaithersburg,Maryland: An Aspen publication.
- Semrau, K., Scott, N., & Vian, T. (2008). *Embezzlement of donor funding in health projects*. Bergen, Norway: Anti-Corruption Resource Center.
- Sennewald, C. A. (2003). *Effective security management*. Butterworth-Heinemann Publications.

- Seren, Ş., & Baykal, Ü. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Örgüt Kültürü Ve Değişime Karşı Tutumun İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10: 2.
- Sharma, Y., & Singh, J. (2000). Security risks/Vulnerabilities V/s Security Tactics to Prevent Loss in Hospitals. *JK Science*, s. 165-168, Vol.2, No.3.
- SHGM. (2014, 09 29). *Genel Müdürlüğün Görevleri*. 09 29, 2014 tarihinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: <http://www.shgm.saglik.gov.tr/belge/1-16134/genel-mudurlugun-gorevleri.html> adresinden alındı
- Singh, B., & Ghatala, H. M. (2012). Risk Management in Hospitals. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, Vol. 3, No. 4,417-421.
- Sini, E., Locatelli, P., & Restifo, N. (2009, 01 01). Healthcare Professionals Identification at regional and local level: an RFID integrated scenario based on synergic experiences.
- SKADB. (2012, 06 22). *Daire Başkanlığımız Görev Alanları*. 10 08, 2014 tarihinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı: http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/22haz2012/dairegorev.pdf adresinden alındı
- SKADB. (2012, 5 21). *Dairemiz Tarihçesi ve Tanıtım Sunumu*. 10 10, 2014 tarihinde T.C.Sağlıkta Kalite ve Akredatisyon Daire Başkanlığı: <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14> adresinden alındı
- Smith, T. A. (2007). Hospital security and patient elopement: protecting patients and your healthcare facility. *Journal of Healthcare Protection Management*, 7-15.
- Socolof, J., & Jordan, J. (2006). Best Practices for Health Care Background Screening. *Journal of Health Care Compliance*, 5-7.
- Srinivasan, A. (2008). *Managing a Modern Hospital*. California: SAGE Publications Inc.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. New Delhi: SAGE Publications.
- Strike, C., Spence, J., Links, P., & Bergm, Y. (2008). Unintended Impact of Psychiatric Safe Rooms in Emergency Departments: The Experiences of Suicidal Males With Substance Use Disorders. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 264-273.
- Sumner, J. L. (2007). *Healthcare Communication Networks: The Dissemination Of Employee Information For Hospital Security*. Florida, USA: University of Central Florida.
- Surrey and Borders Partnership, NHS. (2006, 08 1). Policy for Searching Patients, their Rooms, Lockers and Personal Effects. USA.
- T.C. Sağ. Bak. (2012, 05 14). *Çalışan Güvenliği Genelgesi*. 10 01, 2014 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı: <http://www.saglik.gov.tr/EN/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html> adresinden alındı

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013, 04 17). *Hukukî yardım ve Beyaz Kod uygulaması*. 10 18, 2013 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Resmi sitesi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html> adresinden alındı
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014, 01 07). *Çalışan Güvenliği : Sağlıkta Buluşma Noktası*. 01 07, 2014 tarihinde Sağlıkta Buluşma Noktası: <http://www.sbn.gov.tr/calisanguvenligi.aspx?tur=5> adresinden alındı
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014, 04 25). *Kalite Yönetim Direktörlüğü*. 04 25, 2014 tarihinde <http://www.kalite.kadirlidh.gov.tr/dosyalar/dokumanlar/yon.pr.09.pdf> adresinden alındı
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014, 12 01). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*. 12 01, 2014 tarihinde <http://www.saglik.gov.tr>: <http://www.saglik.gov.tr> adresinden alındı
- T.C.Sağ.Bak. (2012). *Stratejik Plan 2013-2017*. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı.
- T.C.Sağlık Bakanlığı. (2014, 07 22). *Bakanlık Teşkilatı, Teşkilat Şeması*. 07 22, 2014 tarihinde T.C.SAğlık Bakanlığı Resmi Web Sitesi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> adresinden alındı
- Tanay, E. (2007). Virginia Tech Mass Murder: A Forensic Psychiatrist's Perspective. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, J Am Acad Psychiatry Law 35:152–3.
- TBMM. (2013). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu*. Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi.
- TDK. (2013, 10 15). *Güncel Türkçe Sözlük*. 10 15, 2013 tarihinde <http://www.tdk.gov.tr/>: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.52d9e0f34cd978.67703991 adresinden alındı
- The Healthcare Convention & Exhibitors Association. (2014, 01 18). *Safety and Security at Congress at Risk Management*. 01 18, 2014 tarihinde www.hcea.org: www.hcea.org adresinden alındı
- The International Trade Administration. (2014, 04 04). *Medical Devices Industry Assessment*. USA.
- The Joint Commission. (2012, 01 01). *History of The Joint Commission*. 11 18, 2013 tarihinde The Joint Commission: http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx adresinden alındı
- The Travelers Companies, Inc. (2009, 01 01). *Premises Security & Burglary Risk Management Guide*. 10 10, 2013 tarihinde travelers.com: travelers.com/riskcontrol adresinden alındı
- The University of Toledo. (2011, Aralık 02). *Identification Badges Policy*. The University of Toledo.
- Thompson, D. R., Hamilton, D. K., & Caden, C. D. (2012). Guidelines for intensive care unit design. *Crit Care Med*, 1586-1600.

- TİTCK. (2014, 09 18). *Görev Alanları İLAÇ, TIBBİ CİHAZ, KOZMETİK*. 09 18, 2014 tarihinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu:
<http://www.titck.saglik.gov.tr/Detail.aspx?mode=1&pages=/PortalAdmin/Uploads/Titck/Menu/Menu-d2b9293d1782.html> adresinden alındı
- TJR. (2013, 05 09). *Joint Commission Resources*. 02 22, 2013 tarihinde <http://www.jcrinc.com/>:
<http://www.jcrinc.com/about-jcr/history/> adresinden alındı
- TKHK. (2014, 08 25). *Teşkilat Şeması*. 10 05, 2014 tarihinde T.C. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu: http://www.tkhk.gov.tr/646_teskilat-semasi adresinden alındı
- Toba, S., Tomasini, M., & Yang, Y. H. (2008). Supply Chain Management in Hospital: A Case Study. *California Journal of Operations Management*, Volume 6, Number 1, pp 49-55.
- TTB. (2007, 09 01). *Şiddet Sempozyumu*. 10 01, 2014 tarihinde Türk Tabipleri Birliği:
<http://www.ttb.org.tr> adresinden alındı
- TTB. (2014, 06 01). *Önlenebilir Bir Sorun:Hekime Yönelik Şiddet*. Ankara: Türkiye Tabipler Birliği. 10 01, 2014 tarihinde Türkiye Tabipler Birliği:
<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/hekimesiddet.pdf> adresinden alındı
- TÜİK. (2007). *Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması 2006*. Ankara: T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik kurumu.
- Turkcell Superonline. (tarih yok). *Turkcell Superonline*. 02 09, 2014 tarihinde <http://www.superonline.net/>: <http://www.superonline.net/yardim-detay?h=106> adresinden alındı
- Türk Sağlık-Sen. (2012). *Sağlık Çalışanlarının Çalışma Hayatındaki Sorunları Araştırması-2012*. Ankara: Türk Sağlık-Sen.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2013). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu*. Ankara: TBMM.
- Türkiye Tabipler Birliği. (2013). *Şiddetle Başa Çıkmak*. Ankara: TTB.
- U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. (2004, 01 01). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers*. 03 03, 2014 tarihinde OSHA: www.osha.gov adresinden alındı
- Uçkun, G. C., Tosun, A., Yüksel, A., & Demir, B. (2013). Özel Güvenlik Görevlilerinin Eğitiminde Yakın Savunmanın Önemi. 3. *Ulusal Özel Güvenlik Sempozyumu*, (s. 263-260). Gaziantep.
- University of Minnesota. (2013, 10 24). *Safety and Security on Campus*. Washington, USA.
- US Department of Labour. (2013, 01 01). *Reflections on OSHA's History*. 1 27, 2014 tarihinde <https://www.osha.gov/>: https://www.osha.gov/history/OSHA_HISTORY_3360s.pdf adresinden alındı

- van den Hombergh, P., Grol, R., van den Hoogen, H. J., & van den Bosch, W. J. (1999). Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. *Quality in Health Care*, 8:161–166.
- Vandell, D. L., & Wolfe, B. (2000). Child Care Quality: Does It Matter and Does It Need to be Improved? 1-60.
- Vellani, K. H. (2006). Strategic Hospital Security Risk Assessments in the Environment of Care. USA.
- Victorian Government, Department of Health. (2010, 10 21). Protocol for Mental Health. Melbourne, Victoria, Australia.
- VKYDB. (2012, 11 09). *Etkinliklerimiz ve Eğitimlerimiz*. 09 09, 2014 tarihinde Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığı: http://www.tkhk.gov.tr/DB/19/747_DB_19_etkinliklerimiz-ve-egitimlerimiz adresinden alındı
- Vlack, B. V., & York, T. W. (2006). Brave New World: Integrating electronics into a hospital security plan. *Health Facilities Management*.
- von Eiff, W. (2012). Best practice management: in search of hospital excellence. *International Journal of Healthcare Management*, 48-60.
- Walters, J. H., Moore, A., & Be, M. (2013). *Household Burglary, 1994-2011*. The Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice.
- Waple, A. (2005). *Hurricane Katrina*. Asheville, NC: NOAA's National Climatic Data Center.
- Washington State Hospital Association. (2010, 08 01). *Hospital and Law Enforcement Guide to Disclosure of Protected Health Information*. 12 12, 2013 tarihinde <http://www.wsha.org/>: http://www.wsha.org/files/62/HIPAA_Guide_2010.pdf adresinden alındı
- Webb, D. (2007). Medical Identity Theft – Not Feeling Like Yourself ? *Proceedings of The 5th Australian Information Security Management Conference* (s. 216-225). Perth Western Australia: Edith Cowan University.
- Windmill Hill City Farm. (2010, 01 05). Windmill Hill City Farm Employee Handbook. USA: Windmill Hill City Farm.
- Witherspoon, R. (2013, 09 29). *Witherspoon Security Consulting*. 04 04, 2013 tarihinde Premises Liability – Hospitality (Bars, Nightclubs and their Associated Facilities): <http://www.security-expert.org/parkinglots.htm> adresinden alındı
- WorkSafe BC. (2005, 01 01). Preventing Violence in health Care : Five Steps To an Effective Program. British Columbia.
- World Health Organisation. (2013). *About WHO*. 12 11, 2013 tarihinde World Health Organisation: <http://www.who.int/about/en/> adresinden alındı

Xerox Corporation. (2011, 01 01). Xerox and Information Security. USA.

Yakut, İ. H., Yalçın, B., & Çift, A. (2012). Sağlıkta Güvenlik Ve Fiziksel Şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden Bir Çalışma. *Türkiye Çocuk Hast. Dergisi*, 6(3): 146-154.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Zane, R., Biddinger, P., & Andre, J. G. (2000, Mayıs). Hospital Assessment and Recovery Guide. Rockville, MD, USA: AHRQ Publication No. 10-0081.

7. EKLER

EK-1: USGEK 07.01 Nolu Temel Sağlık hizmetleri Yönergesi

Giriş Kontrol Tanımlama Sistemi

Temel sağlık hizmetleri rehberi sağlık çalışma alanını düzenler, bu rehberde giriş kontrol sistemlerine ayrı bir yer verilir. Bu yönergenin amacı ‘genel çalışanların’ tanımladığı bir sistem oluşturmaktır. Sağlık hizmeti veren kurumlar, kurumda hizmet veren çalışanlar, gönüllüler, doktorlar, öğrenciler ve yönetmeliklere göre anlaşmalı olarak çalışan bütün personelin kayıtlı olduğu ve tanımlandığı bir sistem geliştirmesi gerekmektedir. Buna göre;

- Kimlikler – yaka kartları renkli, bilgilendirici olmalı ayrıca geçerlilik süresine sahip olmalıdır.
- Kişinin görevi, çalışma alanı ve bölümü kartta belirtilmelidir.
- Çalışanlar hizmet verdiği ve ziyaretçilerle görüştüğü süre boyunca kartları takılı ve görülebilir bir yerde olmalıdır.
- Hizmet verilen sağlık kuruluşunun dışında kartların geçersiz sayılacağını belirten net bir personel politikası olmalıdır. Bu doğrultuda çalışan görevlerinden ayrıldığı zaman kartları geçersiz olur ve geri alınır.
- Süreli olan kartlar minimum beş yılda bir geri verilmeli ve yenisi ile değiştirilmelidir.
- Sağlık kuruluşunda dışarıdan gelen ve kurum içinde hizmet veren personelin ayrı ayrı bilgilerinin tutulduğu bir güvenlik politikası olması gerekmektedir.
- Düzenli bir mesai ile sözleşmeli olarak çalışan personel; yemek hizmeti, çevre, biyomedikal ve güvenlik bölümleri gibi bölümlerde çalışan ve başka firmaların elemanları olmalarını yanında kurumca devamlı olarak çalıştırılan dışarıdan alınan personeldir.
- Kimlik kartı veya kart politikası olarak sağlık kurumları bazen diğer kurumlar tarafından verilen kimlik kartlarını da kabul edebilmektedir.
- Çalışanların yaka kartları acil durumlarda referans olabilecek şekilde hazırlanmalıdır.

EK-2: USGEK 03.02 Nolu Genel Çalışan Güvenliği Oryantasyonu ve Eğitimi Yönergesi

Genel Çalışan Güvenliği Oryantasyon ve Eğitimi

Madde: Sağlık kuruluşu kendi kuruluşlarında çalışan “genel personel” için gerekli olan güvenlik oryantasyonu ve eğitim programlarını kendisi tanımlayacak ve belirtecektir. Genel personel sağlık kuruluşunda düzenli olarak çalışan ve hizmet veren bütün çalışanları kapsamaktadır. Sağlık kuruluşu tarafından oryantasyon ve eğitim programlarında duyulacak bütün ihtiyaçları karşılayacak bir program geliştirecektir.

Amaç:

- a. Kurumda çalışan bireylerin güvenli ve emniyetli bir çalışma çevresinin sağlanmasına nasıl katkıda bulunacaklar, kurumda bulunan güvenlik personeline neyi ve nasıl bilgi olarak verecekleri, kurum kimliği gösterme ve yanında taşımanın önemi, sağlık kurumunda çocuk veya bebek kaçırma konusunda önlemler alma konuları. Kurumda meydana gelebilecek şiddeti önleme veya olan şiddeti azaltmayı sağlama, suçun olmasını önleme, kendi kişisel emniyet ve güvenliğini sağlama ve mahremiyet kurallarını ve şartlarını sağlama ve bunlara uyma. (HIPPA)
- b. Sağlık kurumunda çalışan her bir personele kurumda çalışmaya başladığı ilk 30 gün içerisinde güvenlik eğitimi verme ve bunun periyodik olarak yapılmasını sağlama ve güvenlik ile alakalı değişiklik ve gelişmeler konusunda çalışanları sürekli bilgilendirme.
- c. Güvenlik hassasiyeti olan ve özellikle de güvenlik hassasiyetinin çok yüksek olduğu yerlerde buradaki kavramlara uygun güvenlik eğitimi, personele verme.
- d. Sağlık Kurumu personelinin ihtiyacı olan eğitimi sağlayarak en iyi güvenlik eğitimini her türlü imkânı (uygulama, izleme anlatma gibi) ve tekniği uygulayarak vermelidir. Kabul: Aralık 2006 395-2

Sağlık kurumları, güvenlik eğitimine katkıda bulunacak ve kurum çalışanlarının daha sonra faydalanmalarını sağlayacak güvenlik bildirme kâğıtları veya kitapçıklarını gerek kendi kurumlarının imkânlarıyla gerekse de dışarıdan bastırma yoluyla temin ederek personelin hizmetine verebilirler. Bu evraklarda özellikle güvenlikle alakalı temel kavram ve bilgiler bulunur. Burada ana güvenlik kuralları ve güvenlik kodları gibi hususlar yazılıdır. Bazı sağlık kuruluşları da personeli bir güvenlik paketi vererek onlara

yaptığı yıllık yazılı değerlendirmelerle değerlendirmelere tabi tutar ve yaptıkları bu uygulamalarla personelinin bireysel olarak temel güvenlik unsurlarını öğrenmesini hedefler.

Sağlık kuruluşu koruma bölümü tarafından güvenlik hizmeti veren personele önerilen hususlar şunlardır;

- Güvenlik olaylarına müdahale eder ve yapılan müdahaleleri kayıt altına alır.
- Güvenlik hassasiyetlerini ve risklerini tanımlar.
- Kapı açma-kilitleme, araç yardımı, hataya yardım ve ziyaretçi hizmetleri gibi taleplerin hepsine destekçi olur.
- Güvenli olmayan hastane olaylarını inceler. Bunlar, emniyetsiz durumlar, kayıp eşya, şüpheli işler veya olaylar, mülkiyete zarar verme ve kazalar gibi durumlardır.
- Hastane içinde yetkisiz durumda olan hasta ve ziyaretçi gibi kişilerin kontrol edilmesine yardımcı olur.
- Kriz ortamları ya da gergin olan ortamları sakinleştirmeye çalışır.
- Klinik personeline şiddet eğilimi içinde olan bireylerin kontrolü için diğer bölüm personeline yardımcı olur.
- Kurum içinde verilen alarmlara cevap verir.
- İşyerinin güvenliğini sağlar.
- İhtiyaç anında insanlara, kurum içinde taşınan paraya ve değerli eşyalara eşlik ederek yardımcı olur.
- Halk sağlık kurumları ve kolluk kuvvetleriyle koordinasyonu sağlar.
- Çalışanlarına ve personeline eğitim programları sağlar.
- Kurum içinde yalnız çalışan veya kurumda geç saatlere kadar çalışan personele güvenli oldukları ile ilgili onlardan geri bildirimleri sürekli sağlar.
- Kurum içinde kanunu çiğneyenleri kurumdan uzaklaştırır ve gerekli adli kurumlara teslim ederler.

EK-3: USGEK 02.04 Nolu Hasta Yönetiminde Güvenliğin Rolü Yönergesi

Hasta Yönetiminde Güvenliğin Rolü

Madde: Sağlık kurumları hastanelerine güvenlik konularında yapacağı müdahale ile ilgili olarak atacağı adımları ve sorumluluklarını betimleyen ve belirten güvenlik politika ve prosedürlerini tanımlayarak yapacaktır. Sağlık kurumlarında yapılacak olan müdahaleler hastaların izlenmesi ve takibi, hastanın (gerektiğinde)alınkonulması, tespit edilmesi veya uzaklaştırılması ve bunların hepsinin hastaya verilen tıbbi tedavi ve hizmet süresince yapılmasını kapsamaktadır.

Amaç:

- a. Sağlık kurumunda hastanın tedavi sürecinin yönetimi hasta kuruma tedavi için geldiği zaman başlar ve bu süreç hasta hastaneden bir şekilde tedavi olup hasta kurumdan ayrılana kadar devam eder. Bu tedavi süreci bazen ölümle de sonuçlanabilir. Bu süre boyunca da hasta sağlık personelinin (dolayısıyla da hastanenin) sorumluluğu altındadır.
- b. Hastane güvenlik personelinin hastaya yönelik herhangi bir müdahalesi söz konusu olma durumunda bu mutlaka bir sağlık personelinin yönlendirmesi ve sorumluluğu altında olacaktır. Şayet hastane personeli ya da hasta veya yakınının can emniyeti tehdit altındaysa veya kuruma veya şahıslara ait bir mülkiyetin zarar görmesi gibi ivedi bir güvenlik konusu söz konusu ise o zaman güvenlik personeli hastaya kimseye danışmadan bağımsız bir şekilde müdahale edebilmektedir/edebilecektir.
- c. Güvenlik personeli yatan hastaları izlemek için hastaların buldukları yerlerde oturarak nöbet tutmamalıdır. Hastane içinde birebir takip gerektiren hastalar veya ayrı bir yerde tek başına tutulan hastalar kurumda ve o bölümde hizmet veren hemşirelerin yardımıyla veya bu konularda özel eğitim almış başka bir sağlık personeli tarafından izlenmelidir. Kurumdaki güvenlik personeli ancak hasta zapt edilemediği veya kontrol altına alınamadığı gibi durumlarda kontrol altına almak ya da başka bir yere aktarmak amacıyla destekçi olarak olaya müdahil olur. Sağlık kurumlarında hizmet veren güvenlik personeli esas olan sağlık personelinin yerini alamaz, bu unsurlar ancak sağlık personeline destekçi ve yardımcı olmak için vardılar.
- d. Kurumda görevli olan sağlık personeli sağlık personeline hastalar konusunda yardımcı olacağı zaman hastanın ellerinin bağlanması veya ortamdan uzaklaştırılması için fiziksel müdahale gerektiren bir durum ya da güvenlik donanımı kullanılması gerektiren bir durum içindeyse şu şekilde davranmalıdır.

- I. Bölümde/kurumda hizmet veren sağlık personelinin bu konuda yeterli bilgi ve deneyimi olan bir personelin devamlı bir şekilde durumu yönetmesi, kontrolü ve takibiyle hastaya müdahale yapılır.
- II. Hastaya kullanılan müdahale malzemeleri sağlık kurumunun onayından geçmiş olmalı ve kullanılacak olan bütün donanımlardan sağlık kurumu mutlaka haberdar edilmelidir. Yapılan müdahalelerde kelepçe benzeri donanımların hemen kullanılmaması gerekmektedir. Bunların kontrolsüz ya da ani kullanımında hasta kendine ya da çevresindekilere zarar vermek isteyebilir. Özellikle güvenlik personelinin silah gibi ateşli bir unsuru kullanması hastanenin tasarrufunda değil kolluk kuvvetleri görevi de yapan güvenlik personelinin kendi kararıdır. Genellikle yaşanan olayda fiziksel bir zarar verilmiş veya silah gibi ateşli bir unsur kullanılmışsa bu artık adli bir vaka haline gelmiştir.
- III. Mahkûm hastalar gibi kuruma getirilen yabancı hastalar güvenlik personeli tarafından kelepçe gibi unsurlar kullanılarak ve yine güvenlik personelinin kontrolünde hastane içinde hareket edilmelidir.
 - e. Hastanelerde güvenlikten sorumlu personel hastaların takibi, hastaların zabıt altına alınıp tutuklanması ya da alıkonulması teknikleri, akıl hastalarının yakalanması ve kuruma akreditasyon veren kurumların düzenlemeleri gibi konularda eğitime tabi tutulmalıdırlar.
 - f. Güvenlik personeli hastaya müdahale için yardım isteyen sağlık personelinin bilgileri, olayın ve yardımın istendiği zamanı, sağlık personelinin verdiği talimatları, müdahalesi istenen hastanın bilgileri, verilen desteğin zamanı ve süresi ve destekte bulunan bütün güvenlik personelinin adını ve bilgilerini kayıt altına almalıdır. Buna ek olarak bu bilgiler mutlaka bir belgeye dökmelidir.

EK-4: USGEK 02.03 Nolu Tutuklu Olan Hastaların Güvenliği Yönergesi

Tutuklu Olan Hastaların Güvenliği

Madde: Tutuklu hastalara bakacak olan hastane veya sağlık kurumlarının uygun güvenlik tedbirlerinin sağlanabileceği çoklu bilim yöntemleri geliştirmeleri gerekmektedir.

- a. Tutuklu hasta planında minimum olarak şu konular bulunmalıdır;
 - I. Tutuklu hastaya eşlik edecek gardiyan veya kolluk kuvvetleri ile koordinasyonu sağlayacak bir çalışmanın belirlenmesi/tanımlanması gerekmektedir.
 - II. Tutuklu hastalar hakkında yapılacak olan oryantasyon ve verilecek olan eğitim prosedür ve protokolleri şu şekilde olmalıdır.
 - III. Bu tip hastalara nasıl davranılacağı, normal olmayan klinik durumlarında uygulanacak prosedürler, idari, klinik ve güvenlik iletişiminin sağlanması için kanalların bulundurulması.
 - IV. Tutuklu hastaların klinik süreçlerinde muayene, tedavi, tuvalet gibi durumları dâhil her zaman refakat eden güvenlik personeli tarafından sürekli izlenmelidir.
 - V. Hizmeti veren klinik personeline tutuklu hastalar ile ilgili oryantasyon eğitimi verin.
 - VI. Etrafta bulunan silahları veya potansiyel silah olabilecek alet ve malzemelerin sayısını minimize edecek veya tamamen ortadan kaldırarak veya onların ulaşamayacağı yerler (lavabo, banyo, asansör, müdahale odaları gibi) haline getirecek prosedürler geliştirin.
 - VII. Tutuklu hastaların zapt altında / kayıt altında tutulmaları;
 - Hastaların nelerle zapt altında tutulacağı ve bu hastalar tutulurken bu aletlerin sayıları belirlenmelidir.
 - Hastane tarafından ifade edilmediği sürece bütün tutuklu hastalar zapt altında ve gerekli malzemelerle tutuklu halde tutulmalıdırlar.
 - Hastaların üzerinde bulunan kelepçe gibi malzemelerin çıkarılmasını en aza indirmek için hastalara her tarafa götürmelerini sağlayacak hareketli sandalyeler ve tuvaletler sağlanmalıdır.
- b. Sağlık kurumuna gelecek tutuklu hasta için güvenlik personeli ve adli personel ile değerlendirme yapılarak koordinasyon sağlanmalıdır.

- c. Güvenlik personeli hastaneye gelen tutuklu hastalar için bir kayıt tutmalıdır. Bu hastalara yapılan her türlü tıbbi müdahaleyi ve bu müdahaleleri yapan bütün personeli kayıt altına almalıdır.
- d. Tutuklu hastaların tedavi edildiği acil servis, yatan hasta bölümleri ve klinikler gibi ana bölümlerin güvenlik durumu değerlendirilir. Bu yerlere olan giriş-çıkışlar ve delici alet sokabilecekleri yerler iyice değerlendirilir ve yine bu hastalar için potansiyel silah oluşturabilecek malzemeler etraflarından uzaklaştırılır.
- e. Bu tür hastaların ziyaretçi kontrolleri görevli kolluk personelinin kontrolü altında kısıtlı olarak yapılmalıdır (Son revizyon 2008) (Colling & York, HHS, 2010).

EK-5: USGEK 02.08 Nolu Hasta ve Hastaların Bulunduğu Yerlerin Aranması Yönergesi

Hasta ve Hastaların Bulunduğu Yerlerin Aranması

Madde: Sağlık Kurumu, ilgili yerlere herhangi tehlikeli bir nesnenin/ delici ve kesici aletin girmesine karşın hastaları ve buldukları ortamları ve özel eşyalarını aramak için prosedürler geliştirmelidir.

Amaç:

- a. Bu incelemelerde amaç, hastaların tedavisini aksatacak yönde potansiyel olarak tehlike oluşturan, yasal olmayan diğer nesnelere sağlık kurumuna girmesine engel olmaktır.
- b. Hastaneye girecek tehlikeli nesnelere her hangi bir sınırlama olmaksızın bütün silah ve kesici aletler, bandrollü olmayan veya yasal olmayan ilaçlar, alkollü ürünler, yanıcı ve keskin ve delici özelliği olan ürünlerdir. Eğer, sağlık personeli ihtiyaç olarak görürse ve hastaya tehlike oluşturabilecek kanısına varırsa, diğer eşyalar da bu gruba girer.
- c. Hastaların bireysel aramaları veya odalarının aranması kişisel onuruna saygı gösterilerek yapılmalı ve buna göre şu protokoller uygulanmalıdır.
 - I. Aramanın ne zaman olacağı / aramaya ne zaman başlanacağı belirlenmesi,
 - II. Kimin aramayı başlatacağı (Genelde bir hemşire ya da sağlık personeli olur.)
 - III. Aramayı kimin gerçekleştireceği (Servis personeli ile beraber güvenlik personeli)
 - IV. Aramanın nasıl yapılacağı (kişi veya alan araması)
 - V. Sonuçların nasıl kayıt altına alınacağı
 - VI. Hangi ebattaki nesnelere bakılacağı, nelerin koruma altına alınacağı, nelerin hastadan alıkonulacağı:
 - Neyin imha edileceği ya da atılacağı
 - Neyin güvenlik personeline verileceği
 - (hastaya veya ailesine) geri verilmek üzere alınacak nesnelere ayrılarak uygun bir şekilde sınıflandırılmalıdır.
 - Bu aramalar kolluk kuvvetlerinin araması değil tamamen hastane idaresinin idari bir tutumudur (Colling & York, HHS, 2010).

Hastanelerde yapılan bu eşya aramalarında genellikle hastane yönetimleri nesnelere ebatlarına ve neler olduğuna ve aramaların nasıl yapılacağına dair bütün

yapılacak işlemlere kendileri karar verirler ve yapılan bu inceleme ve aramalarda neyin hangi düzeyde kolluk kuvvetleri ile paylaşılacağı yine hastane idaresinin tasarrufundadır. Özellikle akıl hastaları (Health South Eastern Sydney Local Health District, 2013) gibi yüksek risk taşıyan gruplar ve diğer hastalar aranırken hastanın kişisel haklarını ve mahremiyetini ihlal etmeyecek ve arama yapılırken güvenlik zafiyeti oluşturulmayacak usullerde arama yapılması gerekmektedir. Dikkat edilmesi gereken temel prosedürlerden başlıcalar şu konulardır;

- Hasta aranmaya başlamadan önce aramanın nedenini ve amacını bildiren bir belge hazırlanması ve arama prosedürlerinin mutlaka yazılarak kayıt altına alınması
- Arama çevresinin emniyetli ve hastayı rahatsız etmeyecek bir yer olması,
- Hastanın cinsiyetini taşıyan bir sağlık personelinin aramayı yapmasının sağlanması,
- Aramalarda en az iki sağlık personelinin hazır bulunması,
- Hastanın rızasının mutlaka alınması,
- Hasta mahremiyetine dikkat edilmesi,
- Hastanın kültürel ve dini hassasiyetinin olabildiğince dikkate alınması,
- Hastaya veya hasta uygun değilse ailesine veya yakınlarına arama ve prosedürleri hakkında detaylı açıklama yapılması,
- Eğer gönüllü olmayan ve gerekliliği olan bir arama yapılacaksa mutlaka sağlık personelinin yanında bir güvenlik personeli bulundurarak arama yapılması,
- Hastalara hastaneye sokulacak yasaklı madde ve eşyalar konusunda bilgilendiren bir yazı verilmesi,
- Hastanın isteği dışında yapılan aramalarda güvenlik durumuna göre ihtiyaç görüldüğü takdirde kolluk kuvvetleri ile irtibata geçilmesi gibi unsurlardan oluşmaktadır

EK-6: USGEK 09.04 Nolu Kaçan Hasta Yönergesi

Kaçan Hasta Yönergesi

Madde: Sağlık hizmeti sağlayan hastaneler hastalarının hastaneden kaçmalarını engelleyecek veya buna karşı tavır geliştirecek multi-disiplinler prosedürler geliştireceklerdir. Sağlık kuruluşları hastaneden kaçma olaylarını, hastaların aylakça ortada dolaşmalarından ve hastaların kendi rızasıyla AMA formu ile hastanelerden ayrılmalarını da birbirinden ayırt etmeleri gerekmektedir.

Amaç:

- a. Tanımlar
 - I. Hastanelerden kaçma, genelde kendini etkin bir biçimde koruma gücü olmayan ve sağlık kurumundan yetkilileri haberdar etmeden izinsiz yapılan yerinden ayrılmalardır.
 - II. Ortalıkta gezinmek ise kurum içinde başıboş gezerek klinik personelinin kontrolünden veya göz önünden ayrılma ama kaçma niyeti bulunmayan ve yine de sıkıntı oluşturan/oluşturabilen olaylardır. (wandering)
 - III. AMA durumunda ise hastanede yatan hastanın bütün riskleri kendi üzerine alarak hastaneden ayrılması durumudur.
- b. Hastaneden kaçmaları engelleme prosedürleri genellikle hastanın yatmakta olduğu ilgili kliniğin sorumluluğunda olmakla beraber şu hususlardan oluşmaktadır;
 - I. Hasta kabulünde hastanın risk değerlendirmesinin iyi yapılması ve sıkıntı oluşturulabileceği düşünülen hastaların tekrardan gözden geçirilerek hastanın kaçma risklerinin iyi değerlendirilmesi gerekmektedir.
 - II. Yüksek derecede kaçma riski olan hastaların hastaneden kaçma olasılığının azaltılması için takip edilmesi gereken durumlar:
 - Bu tür hastaların klinik personeline yakın bir yere yerleştirilmeleri veya ilgili personelin daha rahat müdahale edebilecekleri yerlere yerleştirilmeleri gerekmektedir.
 - Sağlık kurumları bu hastaların risk durumlarını belli edecek özel renklendirme sistemi ile hazırlanmış olan hastane elbiselerinin giydirilmesini sağlarlar.
 - Riskli hastayı izleyecek bir personel veya hastanın nerede olduğunu takip edebilecek hastanın üzerine takılı radyo frekans sistemleri (RFID) kimlikleri ile takip edilirler.
- c. Hastaneden kaçma olaylarına müdahale planları şu şekilde olmaktadır:

- I. Eğer hasta yerinde bulunamıyorsa zamanı ne olursa olsun klinik personeli ilgili yerde ve çevrede bulunan servislere beklemeksizin bir arama geręekleřtirir.
- II. Hastanın kaybolması esnasında görevde bulunan veya nöbette olan güvenlik personeli hastane içinde ve hastane dışında kayıp hastayı arayacaktır. Bazı sağlık kurumları belirli bir kod düzeni oluşturarak güvenlik personeline talepte bulunacağı yardımı ya elektronik posta yöntemiyle ya da değişik iletişim yollarını kullanarak bildirmektedir.
- III. Eğer kaybı söz konusu olan hasta hastane sınırları içerisinde ise güvenlik personeli klinik/servis personelini bilgilendirmeli ve hasta bulunduğunda da hasta servise götürülmeye ikna edilmeli veya çalışılmalıdır.
- IV. Eğer kayıp olan hasta normal/tayin edilmiş süre içinde bulunamazsa kolluk kuvvetleri de bilgilendirilerek, daha geniş çaplı bir arama çalışması yapılmalıdır.
- V. Kurum tarafından, kolluk kuvvetleri ve hastane güvenlik personeli karşılıklı olarak bilgilerini paylaşacak ve birbirileri ile koordinasyon sağlayabilecek bir sağlık personeli tayin edilmelidir.
- VI. Yine, kurum tarafından, hastanın ailesi ile iletişime geçip onunla bilgileri paylaşarak koordinasyonu sağlayabilecek bir personel tayin edilmelidir.
- VII. Hastanın kuruma geri dönmesi durumunda güvenlik personeli hastanın son durumu hakkında bilgi almalı ve hastanın bir daha hastaneden kaçmaması için gerekli tedbirleri almalıdır.
- VIII. Hastanın öylesine kaçtığını tespit etmek için veya kasıtlı katığının tespiti için 05.01 USGEK yönetmeliğine göre vaka bildirim raporu yazılmalıdır

EK-7: USGEK 09.01 Nolu Güvenlik Hassasiyeti Olan Alanlar Yönergesi

Güvenlik Hassasiyeti Olan Alanlar

Madde: Sağlık Kurumu risk değerlendirmeleri yaparak güvenliğe duyarlı alanları tespit edecek ve bu alanlarda bulunan güvenlik hassasiyetlerini en aza indirecek mantıklı önlemler alacaktır.

Amaç:

- a. Genel olarak güvenlik hassasiyeti olan yerler; acil servisler, eczaneler, psikiyatri servisleri, yeni doğan, pediatri servisleri, laboratuvarlar, özel müdahale klinikleri (madde bağımlılığı, kürtaj servisleri), ameliyathaneler, yoğun bakım uniteleri, hastanenin temel

hizmetlerini sağladığı altyapı tesisatlarının bulunduğu yerler. Güvenlik hassasiyeti olan yerler hastanelerde genellikle hizmet akışı içinde az bir aksama sonucunda risk oluşturacak yerlerdir.

- b. Hassasiyeti olan bu yerlerin kıdemli yöneticileri hastane güvenlik planlamasında yer almalıdır.
- c. Sağlık kurumu güvenlik hassasiyeti olan her bir yer için ayrı bir güvenlik planı hazırlamalı ve hazırlanan plan şu konulardan oluşmalıdır:
 - I. Belirtilmiş alana özel güvenlik durumlarının tespiti,
 - II. İlgili alana giriş ve çıkışların kontrol edilmesi,
 - III. Alana giren hasta, ziyaretçi, çalışan ve diğer şahıslar herkesin (kimliğinin) tanımlanması,
 - IV. Kapalı devre kameralar (KDK) dâhil bütün elektronik donanım, alarm takip sistemleri ve diğer aletlerle güvenlik bölgesinin takip/kontrol altında tutulması,
 - V. Yanlış verilen panik alarmlarla sistem yanıtılması riskinin azaltılması için periyodik sistem denetleme prosedürlerinin uygulanması,
 - VI. Öncelikli olarak bölüm personeli, ihtiyaç duyulduğunda da hasta ve ailelere güvenlik eğitiminin verilmesi,
 - VII. Güvenlik alanı için olay müdahale planının olması gerekir.

EK-8: USGEK 04.02 Nolu Gizli Olarak Yapılan İncelemeler Yönergesi

Gizli Olarak Yapılan İncelemeler

Madde: Sağlık kurumları yasal olmayan işlerin yapıldığı veya yasanın çiğnendiği yer ve durumların tespitinde bu fiili işleyen çalışanları tespit etmek için, bilgi toplamak amacıyla gizli bir şekilde bir incelemeyi yine belli olmayan gizli güvenlik donanımları veya elektronik sistemlerle gerçekleştirebilir.

Amaç:

- a- Gizli inceleme yaparken bu incelemenin birçok nedeni olabilir (ilaç suiistimali, kuralların ihlali, vb. durumlar). Bunu yapan şahısların kimler olduğu tespit edebilmek için bu inceleme bilgi toplama şeklinde yapılır.
- b- Genel olarak incelemelerde çok daha uygun bir metot yoksa gizli bir inceleme süreci başlatılmalıdır.
- c- Yerel veya ulusal hukuka uygun şartlarda takip donanımının kullanılması gerekmektedir.
- d- İnceleme yapılan alanların kişi özel hayatına giren alanlar olup olmadığını dikkat edilmeli, bu yerlerin durumuna göre incelemenin daraltılıp sınırlandırılması gerektirebilmektedir.
- e- Takip yapılacak güvenlik donanımı yerleştirilmeden önce güvenlik personeli;
 - I. Olayın bu şekilde takip edilmesinin mantıklı bir nedeni olup olmadığına bakılmalı,
 - II. Yerleştirilecek donanımın hastanenin hizmet veren asli donanımlarının çalışmasını etkilemeyecek bir şekilde yerleştirilmeli,
 - III. İlgili yere yerleştirilen donanımın takip süresince hiçbir şekilde yerinin çalışan personel ya da başkaları tarafından bilinmeyeceği, yerinin belli olmayacağı durumu sağlanmalı,
 - IV. Kurum içinde çalışan diğer personelin haberi olmadan istenilen bilginin elde edilmesine olanak sağlanması konusuna dikkat edilmelidir.
- f. Sağlık kurumu bu işlerin yapılabilmesi için şu konuları içeren bir politika belirlemesi gerekmektedir;
 - I. Bu faaliyetleri kabul edip uygulayacak çalışanları bu görevlere atamak,
 - II. İncelemeyi yapacak görevlilere elde ettikleri bilgileri başkalarıyla paylaşmayacak şekilde bu çalışanlara kabul ettirmek,

- III. Elde edilen bilginin sadece sağlık kuruluşuna ait olduğu ve kişinin 6zel alanına dikkat edilmesi gerektiği,
- IV. Yapılan inceleme ve elde edilen bulgular uygun bir şekilde kayıt altına alınacaktır.

EK-9: USGEK 09.03 Nolu Acil Servis Güvenlik Yönergesi

Sağlık kurumları içinde hizmet veren her acil servis verdiği hizmet türü ve kendisine gelen hastalara göre kendine uygun bir güvenlik anlayışı gerektirdiğinden kurumuna özel bir güvenlik politikası ve anlayışı geliştirmelidir. USGEK'in Acil Servis Güvenlik Yönergesi'ne göre;

- Acil servise yıllık gelen hasta sayısı/hacmi,
- Hastaların tahammül sınırı ve deseni,
- Acil servisin verdiği ana hizmet, ziyaretçi ve gelen hasta tipolojileri,
- Psikiyatrik ve adli hastalara verilen özel hizmet bölümleri,
- Saldırgan hastaların acil servise gelme sıklıkları,
- Hastaya güvenlik olaylarında destek sağlamak için gerekli olan güvenlik personeli sayısı,
- Güvenlik tehdidi durumlarında personele yardımcı olan güvenlik personelinin harcadığı ortalama ve toplam süreler,
- Acil servisin hizmet verdiği çevredeki suç ve suç eğilim oranları,
- Acil servisin tasarımı ve servisin kuruluş şekli önem arz etmektedir (IAHSS, 2012).

Acil servisler kendi çalışma prensiplerine ve ihtiyaca göre ara ara, belli saatlerde dolaşan, 24 saat boyunca hizmet veren bir anlayışa göre güvenlik personeli istihdam etmektedirler/etmeleri gerekir. Acil servislerde verilecek olan güvenlik hizmetleri ve bu hizmetlerin belirlendiği güvenlik politikaları bu servislerde uygulanır. Aslında olaylara göre sistemi düzenleme her zaman sağlıklı bir yaklaşım olmamakla beraber günümüzde yaygın olan uygulama bu şekildedir (Sells, 2000). Özellikle işlerin büyük oranda yolunda gittiği hastanelerde ve acil servislerde yeterince güvenlik tedbiri aldirtmak her zaman zor olmaktadır. Güvenlik personeli acil servislerde hizmet verirken genel bir prensip hastalara ve hasta yakınlarına yapılacak bütün müdahaleler mutlaka sağlık personelinin kontrolünde olmalıdır. Bütün bunlarla beraber yapılan müdahalelerde hastaların hizmet verilen öncelikli kişiler olduklarını kesinlikle unutmamalıdır (Colling & York, HHS, 2010).

EK-10: Görüşmede Kullanılan Mülakat Soruları

Yapılan sözlü mülakat değerlendirmesinde hastane güvenliği konusu kavramsal, system, aktörler ve uygulama olarak sınıflandırılmış olan sorulara göre değerlendirilecektir. Sözlü mülakatın 45 – 60 dakika sürmesi öngörülmektedir.

Kavramsal olarak;

1. Hastane güvenliği ve emniyeti ne demektir? Bu kavramlar arasında herhangi bir fark var mıdır?
2. Size göre “güvenli bir hastane ve kaliteli bir hizmet” arasında nasıl bir ilinti vardır? Açıklayınız lütfen
3. Ülkemiz ve diğer gelişmiş ülkeleri hastane güvenliği açısından karşılaştırabilir misiniz?
4. Size göre ülkemizde hastane organizasyonunda güvenliğin yeri var mıdır? Yeterli olmadığını düşünüyorsanız bu konu nasıl geliştirilebilir?
5. Hastane güvenliğinde önemli unsurlar nelerdir? Açıklayınız lütfen
6. Hastanede can ve mal güvenliği denilince ne anlıyorsunuz? Hastanede olabilecek temel güvenlik tehditleri nelerdir?
7. Hastanede en çok kimler (çalışanlar, hastalar, ziyaretçiler) güvenlik tehdidi altındadır?
8. Hastanede bilgi güvenliği konusunda neler söyleyebilirsiniz?
9. Hastanede bulunan hangi bölümler öncelikli güvenlik gerektiren bölümlerdir? Neden

Sistem (Yasal ve yapısal)

10. Hastane güvenliğini düzenleyen ve denetleyen kurum, yasa, yönetmelik var mıdır? Lütfen açıklayınız.
11. Hastanenizde hastane güvenliği hangi kanun ve yönetmeliğe göre sağlanmaktadır ve denetlenmektedir?
12. Hastanenizin herhangi bir güvenlik ve emniyet yönergesi var mıdır? Varsa bu yönergenin hazırlanmasında etkin unsurlar ve temel kriterleriniz nelerdir?
13. Hastane güvenlik olaylarından sorumlu yönetici var mıdır? Güvenlik olaylarını kim takip eder, kimler görev alır?

14. Hastanenizde can, mal ve malzeme,bina,bilgi güvenliğini kim takip eder, idari olarak kim sorumludur?

Aktörler

15. Hastane çalışanlarından can güvenliği öncelikli olarak tehlikede olan kimlerdir? Neden?
16. Hastane çalışanlarının can güvenliğinin en fazla tehdit altında olduğu hastane bölümleri nerelerdir? Neden?
17. Çalışanların kişisel eşya ve mahremiyetleri güvende midir? Açıklayınız.
18. Çalışanlarınızın kendi güvenlikleri ile ilgili olarak en çok yakındıkları konular nelerdir?
19. Hastanelerde can güvenliği riski yüksek olan hasta grubu kimlerdir? (bebek, yaşlı, kadın, adli)
20. Hastanelerde çalışanların hasta ve yakınlarının can güvenliğini tehdit etme riski var mıdır? Varsa bunun önüne nasıl geçilebilir?
21. Hastaların şahsi eşya ve araçları hastaneler tarafından yeterince korunmakta mıdır? Eğer yeterli değilse bunun sağlanması için yasal ve idari olarak neler yapılmalıdır?
22. Çalışanlarınız kişi olarak güvenli bireyler midir? Bunu nasıl belirlersiniz? Çalışanlar işe alınırken ve çalıştıkları sürece belirli bir güvenlik kriterinden geçerler mi? Nasıl?
23. Kurumunuzda çalışanların neden olduğu herhangi bir güvenlik olayı yaşanmakta mıdır? Açıklayınız
24. Hastanede hangi bilgiler güvenlik tehdidi altındadır? Açıklayınız.
25. Hastanede bilgi güvenliğini sağlamada çalışanların ve hastaların rolü nasıl olmalıdır?

Uygulama

26. Hastane güvenlik olaylarının tespitini nasıl yaparsınız?
27. Hastanede güvenlik olaylarına müdahale planlarınız var mıdır? Kimler görevlidir?

28. Hastanede yaşanan güvenlik olayları nasıl kaydedilir? Kayıt altına alınan bilgiler nasıl değerlendirilir?
29. Çalışanlar kurum ve can güvenliği konusunda herhangi bir eğitim, seminer, sözlü-yazılı bilgilendirme almakta mıdır? Hangi aralıklarla bu çalışmalar yapılmaktadır?
30. Hastanelerde hasta ve yakınlarının can ve eşya güvenliği nasıl sağlanmaktadır?
31. Hastanenizde hastane güvenlik personeli ve çalışan koordinasyonu nasıl sağlanmaktadır?
32. Çalışanların şahsi araç ve eşyalarının güvenliği kurum tarafından nasıl sağlanır?
33. Kurumda bulunan mal, malzeme ve ilaçların çalışanlar tarafından kötü niyetli kullanımının önüne geçilmesi için ne tür tedbirleriniz vardır?
34. Hastanenizde bilgi güvenliği nasıl sağlanmaktadır?

EK-11: Çalışma İçin İlgili Kurumlardan Alınan Etik ve Onay Yazıları

Sayı: 85679348 - 14836

Sayın, Zafer ASLAN
Celal Bayar Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Bölümü

Etik Komisyonumuzun 18/11/2014 tarih ve 2014-11 sayılı toplantısında alınan karar
ile:

“Hastane Güvenliği Yönetimi” adlı araştırmanız incelenerek Etik Komisyon onayı verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.



Prof.Dr.Süheyla SÜRÜCÜOĞLU
Rektör Yardımcısı
Etik Komisyonu Başkanı

E.B.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - MANİSA İLİ KAMU
HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
MANİSA İLİ KHBGS EĞİTİM HİZMETLERİ
KOORDİNATÖRLÜĞÜ
04.12.2014 08:08 - 61763929 / 774.07 /
2014.1216849.621



Sayı : 61763929/774.07
Konu : Araştırma İzni Hk. Zafer ASLAN

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Zafer ASLAN'ın 02.12.2014 tarihli dilekçesi.

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ve Organizasyon alanında yüksek lisans öğrencisi Zafer ASLAN'ın Genel Sekreterliğimize bağlı Manisa Devlet Hastanesi, Merkezefendi Devlet Hastanesi ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde "Hastane Güvenliği Yönetimi" konulu çalışma talebi uygun görülmüştür. Ancak hizmetin aksatılmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, araştırma sonucu ile ilgili Genel Sekreterliğimize bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini, bilgilerinize rica ederim.

Dr. Murat TÜRKYILMAZ
Genel Sekreter

Dağıtım:
Manisa Hastanesi Yöneticiliği
Manisa Hastanesi Yöneticiliği
Manisa Hastanesi Yöneticiliği
Zafer ASLAN (Çalığışu Mh. 3280 S. No:13/4 Karabağlar/İzmir)

Bu evrakın 5070 sayılı kanun gereğince 12-2014
ile imzalandığı tasdik olunur.
MÜHÜR

ADIS...
Unvanı
Nagihan KAKSU
Büro Görevlisi
Evrak Kayıt Birimi

Sakarya Mahallesi Atatürk Bulvarı No: 58 Şehzadeler/MANİSA
A★ tılı bilgi için: İdari Hizmetler Başkanlığı Eğitim Birimi 02362341613-310 S.ACAR



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - İZMİR İLİ KUZAY
BÖLGESEL KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ KUZAY BÖLGESEL
KHEGS EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ
02.12.2014 17:01 - 67938315 / 2014.1436392.8663



Sayı : 67938315
Konu : Zafer ARSLAN'ın Yüksek Lisans
Tez Çalışması

.....HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetim ve Organizasyon Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans öğrencisi Zafer ARSLAN'ın "Hastane Güvenliği" konulu yüksek lisans tezini Hastanenizde yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup, Olur yazınız ekinde sunulmuştur.

Gereğini rica ederim.

Dr. Mustafa KURTULUŞ
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: Yazı fot.(14 syf)
Olur yazısı (1 syf)

Dağıtım:

DH

D.H

D.H

D.H

D.H

Sümer Mh. 452 Sk. No:2 35260 Konak İZMİR
A tılı bilgi için: gunes.guven@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden db6e9446-b8a7-4bd6-81e7-2a1fd3f150 kodu ile erişebilirsiniz.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - İZMİR İLİ GÜNEY
BÖLGESİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ
KHBGS EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ
22.12.2014 16:36 - 23592379 / 044 / 2014.1436195.1158



00007042036

Sayı : 23592379/044
Konu : Araştırma İzni

.....HASTANESİ YÖNETİMİNE

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Zafer ASLAN' ın "Hastane Güvenliği Yönetimi Konusunda Literatür Çalışması Yapılarak Ülkemiz ve ABD bu Konuda Yapılan Yasal, Yapısal Düzenlemeler ve Uygulamaların Karşılaştırılarak Ülkemizde Bu Konuda Yapılabilecekler." konulu çalışması ile ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla 08.12.2014-06.01.2015 tarihleri arasında kurumunuzda yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.4 .
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

01-02-2015
F. Süleyman Karadöğür
Wzm. Servis Töbeay

Op.Dr. Mesut ÖZOĞUL
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

DAĞITIM:

İzmir

İzmir

İzmir

Hastanesi

Hastanesi

Hastanesi

Hastanesi

Poligon Mah. 123/11 Sk. No:6 Karabağlar/İZMİR

Aktarılmış bilgi için: Münevver BOYLU (0232 232 32 32/2239) khb35g.egitim@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e93847b7-98fa-49d7-a392-b69017aa49a5 kodu ile erişebilirsiniz.