



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİR ÖZEL HASTANELER KOMPLEKSİNDE YÜRÜTÜLEN
HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN KALİTE ÇALIŞMALARI
KONUSUNDA PERSONEL BİLGİ VE TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

ESEN YAVUZ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üye. PAKİZE YİĞİT

İSTANBUL–2019

TEZ ONAY FORMU

Kurumu : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Tez Sahibi : Esen YAVUZ
Tez Başlığı : Bir Özel Hastaneler Kompleksinde Yürütülen Hasta
Güvenliğine İlişkin Kalite Çalışmaları Konusunda Personel
Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 06.08.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Pakize YİĞİT

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Berna EREN

Acıbadem Üniversitesi



Dr.Öğr.Üyesi Esra Çiğdem CEZLAN İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun **08.08.2019** tarih ve **2019/25** - **03** sayılı kararı ile
şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof. Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasında yazımına kadar bütün safhalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ESEN YAVUZ



TEŞEKKÜR

Öncelikle bu çalışmada, yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışması sürecinde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli Sayın Dr. Öğr. Üye. Pakize Yiğit' e tüm kalbimle teşekkür ederim.

Desteklerini ve yardımlarını her zaman gördüğüm, bütün hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini esirgemeyen değerli aileme en içten duygularıyla teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞVE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Dünya’da Kalite Çalışmaları ve Hasta Güvenliği Çalışmaları	7
4.2. Türkiye’de Kalite Çalışmaları ve Hasta Güvenliği Çalışmaları.....	8
4.3. Hasta Güvenliği Konusuna Personelin Bilgi ve Tutumlarının Etkisi.....	25
4.4. Hasta Güvenliği Kültürü Nasıl Ölçülür.....	26
4.5. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçümü İçin Yapılan Çalışmalar.....	27
4.5.1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi.....	27
4.5.2. Safety Climate Questionare- Güvenlik İklimi Anketi.....	28
4.5.3. Safety Attitudes Questionery – Güvenlik Eğilimi Anketi.....	28
5. METOT VE MATERYAL.....	30
5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	30
5.2.Araştırma Soruları.....	30

5.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	31
5.4. Araştırmanın Tasarımı.....	31
5.5. Örneklem.....	31
5.6. Veri Toplama Araçları.....	32
5.7. Verilerin Analizi.....	34
5.8. Etik Kurul Onayı.....	34
6. BULGULAR.....	35
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	63
8. KAYNAKLAR.....	70
9. EKLER.....	73
10. ETİK KURUL ONAYI.....	87
11. ÖZGEÇMİŞ.....	90

KISALTMALAR LİSTESİ

AHRQ	Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DVT	Derin Ven Trombozu
GRS	Güvenlik Raporlama Sistemi
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları



ŞEKİLLER LİSTESİ

4.2.1. Son bir yılda yapılan güvenlik raporlama sistemi bildirim sayısı.....	20
4.2.2. Aylara göre son bir yılda yapılan hata bildirim sayıları.....	21
4.2.3. En Sık Yapılan Güvenlik Raporlama Sistemi Hata Kodları.....	22



TABLolar LİSTESİ

Tablo 6.1. Araştırma Grubunun Özellikleri.....	35
Tablo 6.2. Tıbbi Hataların Meydana Gelme Sebeplerinin Mesleklere Göre Dağılımı.....	38
Tablo 6.4.1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt maddelerinin iç tutarlılık güvenilirliği.....	40
Tablo 6.4.2. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Maddelerinin Ortalama Skorları.....	41
Tablo 6.4.3. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi maddelerine verilen olumlu cevap yüzdesi.....	41
Tablo 6.4.4. Hasta Güvenliği derecesi ile ilgili cevapların yüzdesi (%).....	44
Tablo 6.4.5. Hasta Güvenliği ile ilgili hatalı olayları raporlama durumu yüzdesi(%).....	44
Tablo 6.4.6. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Maddelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	45
Tablo 6.4.7. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Maddelerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	47
Tablo 6.4.8. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Maddelerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	49
Tablo 6.4.9. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Maddelerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	51
Tablo 6.4.10. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Maddelerinin Meslek Sürelerine Göre Dağılımı.....	53
Tablo 6.4.11. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Maddeleri İle Toplam Bilgi Düzeyi Arasındaki Korelasyon.....	57

Tablo 6.4.12. Hasta Güvenliği Kùltùrù Hastane Anketi Maddelerinin olumlu skor ortalamaları ile benchmark skoru karşılaştırması (Ort.).....	59
--	----



1. ÖZET

BİR ÖZEL HASTANELER KOMPLEKSİNDE YÜRÜTÜLEN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN KALİTE ÇALIŞMALARI KONUSUNDA PERSONEL BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Sağlık kurumlarındaki tıbbi hataların artış göstermesi sebebiyle sağlık kurumlarında yürütülmekte olan kalite çalışmalarının gözden geçirilmesi ve hasta güvenliği konusunda çalışmaların yapılmasının gerekli olduğunu göstermiştir. Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği bilgi düzeyi ile hasta güvenliği kültürü algılama düzeyinin ölçülmesidir. Bu amaçla gerçekleştirilen bu çalışmada bir özel hastaneler kompleksinde çalışan 393 kişiyle görüşülmüştür. Çalışmada veri toplama aracı olarak yönetmelikten yararlanılarak oluşturulmuş 40 sorudan oluşan hasta güvenliği bilgi düzeyi anketi ve Türkçe' ye uyarlaması Bodur ve Filiz tarafından 2009 yılında yapılmış Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından oluşturulan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, parametrik veriler için student t test, parametrik olmayan veriler için kruskall wallis, mann whitney- U testi, kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde ki- kare testi, ilişki ölçmek amacıyla spearman sıra korelasyon analizi kullanılarak IBM SPSS 23.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, sağlık çalışanları tıbbi hataların sebebi olarak %76,1 oranı ile uzun çalışma saatleri sonrası yorgunluk, halsizlik ve stres olduğunu dile getirmişlerdir. Hasta güvenliği alt alanlarına tüm sağlık çalışanlarının verdiği olumlu cevap yüzdeleri, hastane müdahaleleri ve değişim (%26), yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetlerinde (%44,1), güvenliğin kapsamlı algılanması (%45,1) alanlarında düşük bulunurken, iletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim (%71,5), organizasyonel öğrenme ve sürekli gelişme faaliyetleri (%81,2), üniteler içi ekip çalışması (%84,2) alanlarında yüksek bulundu. Hasta güvenliği konusunda çalışmaların etkin bir şekilde yürütülmesi için sağlık çalışanlarının hasta güvenliği uygulamalarına dahil edilmesi ve uygulamalar hakkında bilgi düzeylerinin artırılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Personel Algıları, Sağlık, Sağlık Personeli

2. ABSTRACT

DETERMINATION OF PERSONNEL INFORMATION AND ATTITUDES ABOUT QUALITY STUDIES RELATED TO PATIENT SAFETY IN A PRIVATE HOSPITAL COMPLEX

It has shown that it is necessary to review the quality studies carried out in health institutions due to the increase in medical errors in health institutions and to conduct studies on patient safety. The aim of this study is to measure the level of patient safety knowledge and perception of patient safety culture among healthcare workers. In this study, 393 people working in a private hospital complex were interviewed. In the study, the patient safety information level questionnaire consisting of 40 questions which were formed by using the regulation as a data collection tool and the Patient Safety Culture Hospital Questionnaire which was prepared by Bodur and Filiz in 2009, which was adapted by Bodur and Filiz (AHRQ) were used. In the evaluation of the data, student t test for parametric data, kruskall wallis for non-parametric data, mann whitney-U test, chi-square test for evaluation of categorical variables, and spearman rank correlation analysis were used with IBM SPSS 23.0 package program to measure correlation. In the study, health workers stated that fatigue, weakness and stress after long working hours were 76.1% as the cause of medical errors. Positive response percentages of all health care workers to patient safety sub-areas, hospital interventions and change (26%), executive expectations and safety improvement activities (44.1%), while the overall perception of safety (45.1%) was found to be low, keeping communication open and feedback on errors (71.5%), organizational learning and continuous development activities (81.2%), intra-unit teamwork (84.2%). In order to carry out studies on patient safety effectively, health workers should be included in patient safety practices and their knowledge levels should be increased.

Keywords: Patient Safety, Patient Safety Culture, Personnel Perceptions, Health, Health Personnel

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık kurumlarındaki tıbbi hataların artış göstermesi sebebiyle sağlık kurumlarında yürütülmekte olan kalite çalışmalarının gözden geçirilmesi ve hasta güvenliği konusunda çalışmaların yapılmasının gerekli olduğunu göstermiştir. Hasta güvenliği, son yıllarda hizmet kalitesinin geliştirilmesinde güncel ve önemli konular arasında yer almaktadır. Sistemsel değişiklikler hasta güvenliği kültürünün sağlık hizmetlerindeki önemi ortaya koymuştur. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasındaki nedenlerinden biri de, kurumlarda meydana gelen hataların geri dönüşümünün mümkün olmamasıdır. Hizmet sunumunda yaşanan olaylar, sağlık çalışanları ve hastalar için önemli riskler meydana getirmektedir. Unutulmamalı ki sağlık hizmetlerinde oluşan hatalarda, insan yaşamından, hayatı risklerden bahsedilmektedir. Bir sağlık kurumunun devamlılığını sağlaması kaliteli hizmetinde hasta güvenliğini şart koşar. Artık kurumlarda oluşan herhangi bir hasta güvensizliği, memnuniyetsizlik, teknolojideki bilişim ile yayınlanmaktadır. Sağlık kurumlarından hizmet alan hastaların çoğu en iyi hizmeti araştırarak almaktadır. Halk arasında hangi doktor daha iyiden çok hangi hastane daha iyi denilmeye başlanmıştır. Konuşulan kaliteli kurumlardır. Dolayısıyla hasta güvenliği kültürünün oluşmasında sağlık kurumlarında yürütülmekte olan kalite yönetim sistemlerini ön plana çıkartmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) hasta güvenliği ile ilgili yayınların giderek artmasına rağmen uluslararası sınıflandırılması için çalışmalar başlatmıştır. Altı ülkede yapılan bir çalışmada hasta güvenliğinin en temeli olan tıbbi hataların ABD'de % 34, Kanada'da % 30, Avustralya'da % 27, Yeni Zelanda'da % 25, Almanya'da % 23 ve Birleşik Krallık'ta % 22 oranında olduğu belirlenmiştir. En sık karşılaşılan tıbbi hataların ise ilaç hataları olduğunu (% 19) ve bunu cerrahi enfeksiyonlarının (% 14) izlediğini bildirmişlerdir. Daha sonra sırasıyla tanı hataları (% 8), tedavi hataları (% 8), prosedürle ilişkili hatalar (% 7) ve düşmeler (% 3) gelmektedir. Cerrahi hatalar tüm hataların neredeyse yarısını (% 48) oluşturmaktadır. Aynı çalışmada tıbbi hataların en sık ameliyathanede (% 41) ve daha sonra hasta odasında (% 27) yaşandığı belirtilmiştir. Bu birimleri acil, doğum odası ve yoğun bakım ünitesi izlemektedir (1).

Ülkemizde hasta güvenliği konusunda ki çalışmalar Sağlık Bakanlığı'nın önderliğinde yapılmaktadır. Hasta güvenlik ihlallerinin bildirilmesi amacı ile Güvenlik raporlama sistemi (GRS) oluşturulmuştur. En sık karşılaşılan tıbbi hataların laboratuvar hataları (%84,60) olduğu ve bunu cerrahi hataların (%6,4) izlendiği bildirilmiştir. Daha sonra sırasıyla ilaç hataları (%4,9) , hasta güvenliği hataları (% 3,9) gelmektedir. Aynı raporda laboratuvar hatalarının en sık acil servis de, cerrahi hataların en sık ameliyathanede, ilaç hatalarının ve hasta güvenliği hatalarının en sık servislerde meydana geldiği tespit edilmiştir (2).

Sağlık hizmetleri yapısına bakıldığında zaman karmaşık bir sistemden oluştuğu görülmektedir. Karmaşık olmasının sebepleri gelişen teknoloji, yoğun insan ilişkilerinin olması ve farklı sağlık meslek gruplarını barındırmasıdır. Farklı meslek grupları eğitim, mesleki bilgi ve tecrübeleri ile hizmet üretmektedirler. Dolayısıyla genellendirilmiş tıbbi hata sınıflandırma çalışmalarına yeni başlanmaktadır. Sağlık kurumlarında ki karmaşık sistem etkin yönetsel sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık sektöründe teknolojinin gelişmesi ile uygulamalarda değişiklikler yaşanmaktadır.

Hastanelerde hasta güvenliği kültürünün kurum içinde yerleşmesi ve bu kültürün geliştirilmesi için yönetimin ve sağlık çalışanlarının da katılımı sağlanmalıdır. Hasta güvenliği kültürünün ve eğitiminin verilerek yönetimin çalışanlarla bütünleşmesi gerekir. Hizmet, sağlık çalışanlarının kişisel yeteneklerine, bilgi ve deneyimlerine bağlıdır. Bu sebeple, personelin süreçle ilgili bilgi düzeylerinin artırılması ve tutumlarının iyileştirilmesi önemlidir. Sağlık hizmeti veren kurumlarda hataları en aza indirmek temel hedefleri olmalıdır. Sağlık hizmetlerinde oluşan hataları engellemek için gerekli çalışmaları yapmak, hataların hasta ve yakınlarına ulaşmadan önlenmesini sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının kurum içinde olan hataları raporlaması, bu raporların nedenlerinin araştırılması ve tekrarlanmasının önlenmesi için tedbirlerin alınması gereklidir. Bu aşamada süreçler ve sistemler iyi yönetilmelidir. Bu sistemlerin uygulanmasındaki sorunların tespit edilmesi ve çalışanların bu konuda yaşadıkları sorunların belirlenmesi gerekmektedir. Tespit edilen sorunlara karşı yapılması gerekenler planlanmalı, uygulanması ve sürekli

değerlendirmelerinin yapılması sağlanmalıdır. Yöneticilerin uygulamadaki stratejilerini, eksik uygulamalar üzerinde düzeltici ve önleyici faaliyetlerin oluşturulması, kurum hedefleri haline getirmelidir.

Hasta güvenliği konusunda birçok çalışma yapılmaya başlanmıştır. Fakat sağlık kuruluşlarında kalite çalışmalarının hasta güvenliği ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar oldukça azdır. Hasta güvenliği konusunda aslında en önemli ölçeklerden biri kalite çalışmaları ve sağlık personelinin bu konuya yaklaşımlarıdır.

Çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği bilgi düzeyi ile hasta güvenliği kültürü algılama düzeyinin ölçülmesidir.



4. GENEL BİLGİLER

Ülkemizde hasta güvenliği konusunda çok sayıda çalışmaya rastlamak mümkündür. Yine de daha hasta güvenliği konusunda düzenli ve güvenilir verilerin elde edilmesi mümkün olmamıştır. Bu araştırmada, çoğunlukla kalite ile hasta güvenliği terimlerinin üzerinde durulmuştur. Kalite ve hasta güvenliği terimlerine yakından bakmak araştırmanın daha anlaşılabilir olası açısından önemlidir.

Kalite kavramını tanımlamak gerekirse, bir ürün veya hizmet ile ilgili özelliklerin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama derecesidir (3). Kalitenin geliştirilmesinde katılım ve gönüllülük esas alınmıştır. Kalite, hizmet veren kurumların katılımı ve desteği ile geliştirilmektedir (4). Buradan yola çıktığımızda gereksinim ve beklentilerin kalite sistemlerince takip edilmesinin zorunluluğu olduğu bilinmelidir. Sağlık hizmetlerinde kalite; doğru hastaya, doğru tedavinin, en doğru zamanda, hastanın ödeyebileceği uygun maliyetle sunulmasıdır. Sağlık sektöründe üretilen hizmettir. Hizmeti alan kişilerde hastalardır. Sağlık hizmetlerinde hasta kavramı önemlidir. Hastalar için kalite farklılık göstermektedir. Sağlık kurumuna gelen hasta hizmet almak için baştan bir bedel öder. Almış olduğu hizmetten memnun olmasa bile hizmeti almış olur. Bu durum sağlıkta kaliteyi bahsettirir.

Hasta Güvenliği kavramı, oluşabilecek risklerin azaltılması, önlenmesi ve kontrol altına alınması için önem arz eder. Hasta güvenliği kavramı, sağlık kurumlarında karşılaşılabilecek riskler ve bu risklere yönelik alınması gereken önlemler konusuna odaklıdır. Sağlık Bakanlığının yaptığı tanıma göre; Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir (5).

Hasta güvenliği kültürü, “Bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki yaklaşım ve yetkinliğini, aynı zamanda bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür” şeklinde ifade edilebilmektedir (5).

Hasta güvenliğinin kurumlarda oluşması için sağlık kurumunda hasta güvenliği kültürünün sağlanması gerekmektedir. Bunun sebebi, hasta güvenliği kültürünü oluşturmak, kurumda kalite yönetimin sağlanmasıdır. Hasta güvenliğinin kurumlarda oluşmasının yararlarına değinmek gerekir ise;

- Kurum içinde iyileştirme yapılması gereken alanların belirlenmesinin sağlanması
- Hasta güvenliği konusunda farkındalık durumunun ölçülmesi
- Hasta güvenliği çalışmalarının değerlendirilmesinin yapılması
- Kurumlar arasında ve kurum içinde kıyaslama yapılmasının sağlanması
- Hasta güvenliği konusunda yapılması gereken standartları yerine getirmek

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusuna özen göstermesi, tüm kurum çalışanları tarafından benimsenmesi, birimler arasında iletişimin açık ve sürekli olarak yapılması, hasta güvenliğini tehdit eden durumların belirlenmesi ve eğitimlerin sürekli olarak verilmesi konusunda yöneticilere büyük iş düşmektedir. Yönetimin hasta güvenliğini tehdit eden olayları sağlık çalışanları ile açık bir şekilde tartışılabilmesi gerekmektedir. Çalışanların katılımı ile yürütülen çalışmaların olumlu olarak sonuçlanması sağlanır. Kalite biriminin uyguladığı ve hatalara karşı alınan önleyici ve düzeltici faaliyetler ile hasta güvenliği kültürünün sağlık kurumuna yerleşmesi sağlanmaktadır. Kurum içerisinde yapılan hasta güvenliği çalışmaları, tanı ve tedavi amaçlı sağlık çıktılarının iyileşmesine olanak sağlar.

4.1.Dünya’da Kalite Çalışmaları ve Hasta Güvenliği Çalışmaları

Dünya üzerinde çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar incelenmiştir. Tüm sistemsel sorunların çözüldüğü bir sağlık sisteminin mevcut olmadığı bilinmektedir. Uygulanan kalite sistemlerine bakıldığında her ülkenin kendine özgü bir kalite sisteminin olduğu görülmektedir. Geliştirilen programların tamamen veya kısmen devlet tarafından ya da çok nadir olmakla birlikte devletten bağımsız kuruluşlarca geliştirilmiş olduğu görülmektedir. Örneğin İngiltere, Kanada, Avustralya, Fransa, Tayland, Malezya, Dubai, Danimarka, Hollanda, Hindistan, Mısır, Polonya, Japonya gibi pek çok ülke tamamen ya da kısmen devlet tarafından geliştirilen programları kullanmaktadır (6).

Hasta güvenliği çalışmaları ile ilgili ulusal raporlama sistemleri kurulmuştur. Bu sistemlere örnek verilmesi gerekir ise, İngiltere de tıbbi hataların neden olduğunu öğrenmek ve raporlama kültürünü geliştirmek için ulusal hasta güvenliği derneği tarafından ulusal raporlama ve öğrenme sistemi kurulmuştur (6). Bu sistem, meydana gelen olayların bildiriminin yapılması ve örnek gösterilebilecek olayların saptanması, sistemsal hataların tespit edilmesi ve çözülmesi için oluşturulmuştur. İngiltere’de sağlık kuruluşlarının %90 bu sisteme üye olmuşlardır. Amerika’da ise tüm ülkede kullanılan devlete bağlı bir raporlama sistemi mevcut değildir. Buna karşılık 50 eyaletin 21’i zorunlu bir raporlama sistemi kullanmaktadır. Bu sistem ile beklenmeyen ölümler ve cerrahi güvenlik sistemi bildirimleri yapılmaktadır. İsveç, uzun yıllardır sağlık kurumlarında kalite sistemi kullanmaktadırlar. Bu sistem ile olası yan etkiler, ekipman hataları, hastalara diğer zarar veren olayların bildirimi yapılmaktadır. Kısaca özetlenmek gerekir ise, İngiltere ve İsveç devlete bağlı bir olay bildirim yani güvenlik raporlama sistemi kullanır iken, gelişmiş ülkelerin başında gelen Amerika özel sektöre geliştirilmiş bir sistem kullanmaktadır (6).

Dünyada hasta güvenliğini tehdit eden olaylar giderek artmaktadır. Bu olayların temel sebepleri güvenli yapılmayan ilaç uygulamaları ve ilaç hataları yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü önderliğinde ilaç güvenliği kapsamında hasta güvenliğinin bakım kalitesinin artırılması için çalışmalar yapılmıştır. Amerika’da yılda 44.000 – 98.000 kişinin tıbbi hatalara bağlı öldüğü bilinmektedir. Tüm tıbbi hataların maliyeti tam bilinmemekle birlikte 37,6 milyar ile 50 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (7).

4.2.Türkiye’de Kalite Çalışmaları ve Hasta Güvenliği Çalışmaları

Ülkemizde tıbbi hataların yoğunluğu konusunda varsayımlar mevcuttur. Hastane yatışlarında tıbbi hatalardan dolayı ölüm oranları %0,2 ile %0,5 arasında olduğu bilinmektedir. Fakat bu oranın % 1 ‘e kadar çıkabildiği tahmin edilmektedir. Türkiye’deki toplam hastanelerde yatan hasta sayısına baktığımızda 9,9 milyon kişinin yattığını düşündüğümüzde ölüm oranları ile çarpıldığında kesin ve net olmamakla birlikte 10.280 ile 99.000 ölüm meydana geldiğinden söz edebiliriz. Rakamlar bakılmaksızın ölümlerin fazla olduğu bilinmektedir. Tüm bunlar sağlıkta kaliteyi ifade etmektedir.

Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı; ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşlarda, hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması, etkin, etkili, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde hizmet sunulmasıdır (8). Sağlıkta Kalite kavramı sağlık kurumlarının gündemine Sağlıkta Dönüşüm Programıyla (SDP) birlikte girmeye başlamıştır (9). Öncelikle kamu hastanelerinde uygulamaya başlanan bu süreç zamanla tüm sağlık kuruluşlarını da kapsar hale gelmiştir. Yapılan çalışmalar ülkemizde ciddi anlamda farkındalık oluşturulmasına ve bilgi birikiminin artmasına sebebiyet vermiştir. Sağlıkta Kalite Standartlarına (SKS) yönelik çalışmalar “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile başlanmıştır. Bu programın 8 ilkeden oluşmaktadır. Kalite çalışmalarına “nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” ilkesinde değinilmiştir.

Sağlıkta Kalite Standartlarının gelişim sürecini 5 döneme ayırabiliriz,

Birinci Dönem;

2003 yılında başlamış olup, “politik kararlılık dönemi” olarak adlandırılabilir. Bu dönemde belirlenen yol haritasında temel ilkeler;

- Sağlık hizmetleri sunumunda hizmet kalitesinin artırılması
- Sürekli gelişimin sağlanması
- Sağlık kurumlarının kendilerine yönelik belirlenen hedeflere ulaşması için karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi
- Kalite kültürü içinde hizmetlerin yürütülerek halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması ilkeleri ön plana çıkmış ve çalışmaların yönünü belirlemiştir.

İkinci Dönem;

Türkiye’de ilk kalite çalışmaları 2005 yılında Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmalarıyla başlamıştır. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçilmiştir (10). Bu dönem kalite çalışmalarının ilk başladığı aşama olarak adlandırılır.

Üçüncü Dönem;

2007- 2009 yılları arasındaki dönemi kapsamaktadır. 2007 yılında yayınlanan standartlar içerisinde ilk defa hasta güvenliği yer almıştır. Bu dönemde 100 kriterden oluşan soru seti hem içerik, hem de sayısal olarak daha da geliştirilerek 150 standarttan oluşan bir set halini almıştır. Bu sistem ile Sağlık Müdürlükleri tarafından puanlama sistemi ile denetimler gerçekleştirilmiştir. Yapılan denetimlerde hasta ve çalışan güvenliği konusunda dokümantasyon üzerinden denetlenme gerçekleştirilmiştir.

Dördüncü Dönem;

Sağlıkta Kalite Standartlarında en önemli dönemdir. 2009 yılında 358 standartlık bir set yayınlanarak Sağlıkta Kalite Standartlarının ana iskeleti oluşturulmuştur. Yayınlanan standartlarda ki amaç hizmet kalitesini sürekli arttırmak, sağlık bakımına ihtiyaç duyan bireylerin en üst seviyede hizmet almasını sağlamak ve kaynakları etkili bir şekilde kullanmaktır (10). Hasta güvenliği standartları sadece klinik bazlı değil enfeksiyon kontrol hizmetleri, ameliyathane hizmetleri, yoğun bakımlar gibi birçok birim konusunda sorgulamalar yapılmıştır.

Beşinci Dönem;

2011 yılı Sağlıkta Kalite Standartları açısından başlangıç yılı olarak adlandırılmaktadır. Standart sayısı 621'e çıkarılmış olup; Kamu, Özel ve Üniversite ayırımı yapılmaksızın tüm hastanelere yönelik olarak "Sağlıkta Kalite Standartları - Hastane " seti oluşturulmuştur. Böylelikle bugüne kadar farklı alanlarda hareket etmiş olan hastaneleri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak çalışan Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı herhangi bir ayırım yapmaksızın ortak bir payda da aynı standartlara uyumasını sağlamıştır (9).

Bu standartlar pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklardan yararlanarak hazırlanmıştır. Günümüzde ise 1 Temmuz 2015 tarihinde yayınlanan "Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 5" kullanılmaktadır. Bu veri setinde 31.03.2016 tarihinde revizyon gerçekleştirilmiştir. Gerçekleşen revizyon ile tüm göstergeler ve standartlar geliştirilerek daha bütüncül bir yaklaşım

gerçekleştirilmiştir. Standartların temel amacı hastalar ve çalışanlar için güvenli hastane inşa etmektir. Güvenli hastanelerin inşa edilmesi amacıyla kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve gösterge yönetimi oluşturularak 5 boyutta aşağıdaki hedeflere ulaşılması hedeflenmektedir (11);

- Hasta güvenliği
- Hasta odaklılık
- Etkililik
- Verimlilik
- Hakkaniyet
- Süreklilik
- Uygunluk
- Zamanlılık
- Sağlıklı çalışma yaşamı

Özellikle hasta güvenliği konusuna büyük bir önem verilmektedir. Sağlık kurumlarında hasta güvenliğini etkileyen olayların azaltılmasına yönelik olarak uygulamaların yapılması, bu uygulamaların denetimlerinin sağlanması, personelin farkındalığının artırılması için gerekli hizmet içi eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır. Bununla ilgili 06 Nisan 2011 tarihinde Hasta ve Çalışan Güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik resmi gazete de yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte: (12)

“Madde-1 Tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.”

19 Mart 2012 yılından 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 Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur (8). Oluşturulan Başkanlığın görev alanları ise (13);

- Kamu, üniversite ve özel sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda hasta ve çalışan memnuniyeti, verimlilik ve klinik etkililik hususlarını esas alan kalite standartlarını belirlemek, bu standartların sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanması değerlendirmek,
- Klinik kalite göstergeleri geliştirmek,
- Sağlıkta kalite standartlarına ilişkin uygulama rehberleri oluşturmak,
- Hasta ve çalışan memnuniyeti ölçümüne ilişkin anketler ve uygulama rehberleri oluşturmak,
- 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 uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- Sağlıkta kalite ve akreditasyon sistemini kurmak, kurallarını belirlemek ve kalite ve akreditasyona yönelik faaliyetleri değerlendirmek,
- Sağlıkta kalite standartlarına yönelik sertifikasyon programları düzenlemek,
- Gerektiğinde çalışma ve bilimsel komisyonlar kurmak ve sekretarya işlerini yürütmektir.

Dolayısıyla sağlık kurumlarında uygulamaların denetlemesi Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Hasta güvenliği için üzerinde durulan kalite standartları şu başlıklar altında incelenebilir:

- Kimlik doğrulamasının sağlanması
- Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması
- Hasta düşmelerinin önlenmesi
- Hasta transferinin sağlanması

- Hareket kısıtlaması
- Hastanın rızasının alınması (onam)
- Güvenli cerrahi uygulamaları
- Transfüzyon güvenliğinin sağlanması
- Sözel order uygulaması
- Radyasyon güvenliği
- Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması

Bu maddelere tek tek bakmak gerekirse;

Kimlik doğrulamasının sağlanması: Sağlık kurumlarına yatışı gerçekleşen her hastaya beyaz renkli tanımlayıcı kullanılmalıdır. Alerjik hastalarda ise beyaz renkli bileklik çıkartılarak kırmızı renkli bileklik takılmalıdır. Kimlik tanımlayıcı barkod şeklinde olmalıdır. Barkodun üstünde hastanın protokol numarası, adı-soyadı, doğum tarihi yer almalıdır. Doğum yapan hastaların bebek cinsiyetine göre kız bebek için pembe, erkek bebek için mavi bileklik ile değiştirilmelidir. Anne ve bebeğin bileklikleri aynı seri numarayı taşımaktadır. Tanı ve tedavi işlemi yapılmadan önce kimlik doğrulama yapılmalıdır.

Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması: Hastalar yanında getirdiği ilaçları ya da kullanmak zorunda olduğu ilaçları sağlık çalışanına teslim etmek zorundadır. Teslim alınan ilaçların miat kontrolü yapılmalıdır. İlaçlar sağlık çalışanı tarafından verilmelidir. İlaç hazırlanması gerekiyorsa, kapalı kaplarda ve kişiye özel hazırlanmalıdır. Hastaya verilmesi planlanan ilaçlar hekim tarafından yazılıp, onaylanmalıdır. Hekim hastaya yapılacak tedavi için plan oluşturmaktadır. Bu planda ilacın adı, uygulamanın zamanı, dozu, şekli ve veriliş süresi yer almalıdır. Sağlık çalışanı ise bu planı hemşire gözlem formuna kaydetmelidir. İlaçlar hemşire tarafından verilip yapılan işlemler bu forma işlenmelidir. İlaç isimlerinin karıştırılmaması için alanlar belirlenmeli ve isimleri benzer olanlar yan yana konulmamalıdır.

İlaç uygulamalarında 8 doğru ilkesi vardır. Bunlar (14);

- Doğru Hasta
- Doğru İlaç
- Doğru Doz
- Doğru Zaman
- Doğru Yol
- Doğru Etki
- Doğru İlaç Formu
- Doğru Kayıt

Hasta Düşmelerinin Önlenmesi: Kurumlarda hasta düşmelerinin değerlendirilmesi için iki farklı ölçek kullanılır. Hasta ilk defa kuruma geldiğinde eğer 0-16 yaş grubunda ise çocuk düşme risk değerlendirme formu (Harizmi) eğer 16 yaşından büyük ise düşme risk değerlendirme formu (İtaki) doldurulmalıdır. Bu iki değerlendirme ölçeği Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanması istenen ölçeklerdir. Bu değerlendirmelerin aşamaları olmalıdır. Harizmi ölçeğinde 9 soru üzerinden değerlendirme yapılır ve 15 puan üzeri alan hastalar yüksek riskli olarak değerlendirilir. İtaki ölçeğinde ise minör ve majör açıdan değerlendirme yapılır. Majör ise 5 puan minör ise 1 puan alarak değerlendirildikten sonra 5 puan ve üzeri alanlar yüksek riskli olarak değerlendirilir. İlk değerlendirme (hasta ilk kuruma yattığı zaman) , post- operatif dönem (hasta operasyon geçirdikten sonra) , hasta düşmesi (hasta herhangi bir nedenden dolayı düştü ise) , bölüm değişikliği (hastanın başka bir bölüme transferi sağlanacak ise), durum değişikliği (hastanın mevcut durumunda değişiklik meydana geldi ise) değerlendirmeler yapılır. Düşme skalası açısından yüksek bulunduğu hem hastaya hem de hasta yakınlarına düşme ihtimali açısından eğitim verilir. Hangi konularda dikkatli olunması gerektiği ve izlenecek yollar anlatılır. Hastanın bulunduğu odanın kapısına 4 yapraklı yonca olarak ifade edilen simge asılır. Bu simgenin ne olduğunu kurum içerisinde çalışan tüm personel bilmek zorundadır. Hasta tüm tedbirlere rağmen düşer ise hasta güvenliği açısından zarar meydana geldiği için bildirimi yapılmalıdır.

Hasta transferinin sağlanması: Hasta tetkik ve tedavi nedeni ile transfer edilirken mutlaka yanında sağlık çalışanı bulunmalı ve her aşamada eşlik etmelidir. Hasta güvenliğinin sağlanması için hastaya yapılacak her müdahale öncesi hasta gözlenmeli ve kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

Hareket kısıtlaması: Hasta için hareket kısıtlaması hekim tarafından yapılmalıdır. Hekim bu uygulamanın yapılmasının devamını 24 saatte bir kontrol ederek karar vermelidir. Hastaya hareket kısıtlaması için genellikle bağlama yöntemi kullanılmaktadır. Bu kısıtlamanın uygulanmasının sebebi hastanın kendinde olmaması veya hastanın sağlığını engelleyecek mevcut durumun olmasıdır.

Hasta rızasının alınması: Hastaya uygulanacak her türlü işlem öncesinde işlemin uygulanmasına onay verdiğine dair bir belge imzalanması gerekmektedir. Bu belgede hastanın adı soyadı, işlemi yapması planlanan hekimin adı soyadı ve onayın alındığı tarih ve saat üzerinde bulunmalıdır. Sağlık çalışanı tarafından işlemin detaylı anlatımı, işlemin nasıl yapılacağı, işlemin faydaları ve bu işlemin olası yan etkilerini içeren bir doküman hazırlanıp, gerekli bilgilerin hastaya ulaşılması sağlanmalıdır. Hasta kendi rızası ile işlemi onaylamalıdır. Herhangi bir zorlama bulunmamalıdır. İşlemi red etme hakkı verilmelidir. İstenmeyen bir işlemin yapılması mümkün değildir.

Güvenli cerrahi uygulamaları: Cerrahi işlemlerde, doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hekim tarafından yapılmalıdır. Cerrahi hataları en aza indirebilmek için hasta ve hasta yakınlarının operasyon öncesindeki sürece dahil edilmesi gerekmektedir. Tüm kontrol evrelerinde hastanın pozisyonu, kimlik doğrulaması, taraf işaretlemesi, varsa implant ve protezlerin tespit edilmesi gerekmektedir (1).

Transfüzyon Güvenliğinin sağlanması: Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hastanın kimliği, kan ürünü ve miktarı, ürünün planlanan veriliş süresi iki sağlık çalışanı tarafından kontrol edilmelidir. Kan takıldıktan sonra 15 dakika sağlık çalışanı gözlem yapmalıdır. Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın bulguları alınmalıdır. Bu konuda en çok yapılan yanlışlıklar kayıt sistemlerindeki eksiklikler, kimlik doğrulamanın tam yapılmamış olması, uygulayıcıların dikkatsizliği, cross-match yapılmamış olan ürünün takılmasıdır. Herhangi bir

istenmeyen durum meydana geldiğinde ilgili birime haber verilmesi ve bu durumun bir daha tekrarlanmaması için kalite birimine bildirilmelidir. Gerekli düzeltici/önleyici faaliyetin başlanması gerekmektedir.

Sözel order alınması: Hastaya acil müdahale edilmesi gerekli olan durumlarda ilgili hekiminden sözlü onay alınabilir. Sözel onay alınırken ilacın dozu, alınış şekli, sıklığı ve verildiği saat yazılıp ilgili hekim tarafından imzalanmalıdır. Telefonla onay alındığı zaman iki sağlık çalışanı olmalıdır. Öncelikle hastanın kim olduğu, yattığı odayı ve teşhisini söylemek gerekir. Gerekli görülen ilacın kodlanması istenir ve ilgili forma kayıt edilir. Sözlü order alındığı zaman ilgili hekime en geç 24 saat içinde onaylatılması gerekmektedir.

Radyasyon güvenliği: İşlem öncesinde hastaya uygulama hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Hastaların mahremiyetine dikkat edilmesi için giyinme odası bulunmalıdır. Hastalar içeri tek tek alınmalıdır. Çekim için uygun önlük giyinielidir. Hasta yakınları içeri alınmamalıdır. İçeri alınması gerekli hallerde kurşun önlük giyinielidir. Çekim odalarında radyasyon koruyucuları bulunmalıdır.

Tıbbi cihazların güvenliği: Cihazların bakımları, ölçümleri, kalibrasyonları yapılmalıdır. Düzenli periyotlar ile kurumda bulunan biyomedikal bölümü ya da cihazların firmaları tarafından bakımları yapılmalıdır. Bakım yapıldığına ilişkin dokümanlar bulunmalıdır. Cihazların bakımlarının ve ölçümlerinin yapılması ölçülen sonuçların güvenilir olmasını sağlamaktadır.

Tüm bu uygulamalar hasta güvenliği için önem arz etmektedir. Bu uygulamaların doğru uygulanamamış olması ile tıbbi hataları meydana gelmektedir. Kalite anlayışının tüm ülkelerde yaygınlaşması ile birlikte hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü ve tıbbi hata kavramlarına verilen önem artmaktadır. Hasta güvenliği kültürü; Bireysel ya da grup değerlerin, tutumların, algıların, kabiliyetlerin, kuruma bağlılığı temsil eden davranış şekillerinin, kurumun sağlık ve güvenlik yönteminin stilinin ve yeterliliğin bir ürünüdür (15). Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ' e göre hasta güvenliği; Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçlere karşı,

alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarıdır (16). Sağlık hizmetlerine bağlı tıbbi hata kavramı; hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamının neden olduğu beklenilmeyen sonuç olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hatalar da kök nedenlerine göre dörde ayrılırlar (17):

Tanıda Hatalar;

- Yanlış tanı veya tanı koymada gecikme
- Uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması
- Güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması
- Tetkik sonuçlarına uygun hareket edilmemesidir

Tedavide Hatalar;

- Cerrahi bir girişim, işlem ya da tetkikin yanlış uygulanması,
- Tedavinin verilişinde hata yapılması,
- İlaç doz veya veriliş yönteminde hata yapılması,
- Tedavinin uygulanmasında gecikme,
- Uygun olmayan tedavi yapılmasıdır

Koruyucu Tedavi Hataları;

- Profilaktik tedavinin uygulanmaması veya uygulamada hatalar yapılması,
- Tedavide yetersiz izlemlerdir.

Diğer Hatalar;

- İletişimde yetersizliğe bağlı hatalar,
- Kullanılan ekipmanda yetersizlik / eksikliklere bağlı hatalar,
- Diğer sistem yetersizlikleridir.

Sağlık kurumlarında hastalara yansıyan birçok tıbbi hatanın yaşandığı bilinmektedir. Bu sebeple, hizmet sunum süreçlerinde hata oluşumunu engelleyecek çalışmalar yapılmalı, hataların hastalara ulaşmadan önce belirlenmesi, raporlanması ve tespit edilen hatalara yönelik önlemler alınması sağlanmalıdır. Olaylar görmezden gelinmemeli, kayda geçirilmeli, ölçülmeli, analiz edilmeli ve iyileştirilmelidir.

Kurumlarda hasta güvenliği kültürünün etkin bir şekilde uygulanabilmesi, maddi ve manevi değerlerin doğru belirlenmesi ve hasta güvenliği politikasının sürdürülebilir olması sağlanmalıdır. Hasta güvenliği kültürünün benimsenmesi için kurumlar tarafından yapılması gerekenler (6);

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktivitelerin belirlenmesi
- Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yapılmış olması
- Riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilmesi
- Hasta güvenliği konusunda kurumun kaynak ayırmasıdır.

Hasta güvenliği ile ilgili sistemler kurumlardan kurumlara göre değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde sistemlerin yürütülmesi için gerekli olan dokümantasyon verilerinin oluşturulması ve gerekli olan standartların uygulanması için hastanelerin kalite birimlerine ve sağlık çalışanlarına çok büyük bir iş düşmektedir. Bu sebeple, kurumlarda düzenli bir kalite sistemi oluşturulmalıdır.

Kalite çalışmalarına tüm çalışanların katılımının sağlanması standartların uygulanması konusunda kolaylık sağlayacaktır. Her kurum kalite standartları gereği hasta güvenliği ile ilgili doküman oluşturulmalı, hastaları tehdit edebilecek olayların izlenmesi, kayıt altına alınması ve gerekli iyileştirmeler için analizlerin yapılmasını sağlanmalıdır. Kurumlarda hasta güvenliği konusunda yürütülen çalışmalara hasta ve hasta yakınlarının da bilgilendirilmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş Güvenlik Raporlama Sistemi' nin amacı sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, ülkemizde yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bu hataların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri bir platformdur (18).

Bu sistem sayesinde veriler anında raporlanabilmektedir. Hasta güvenliğini tehdit eden olayların bildirimi ya da önlenmesi için yapılan bilgi paylaşımı, sistemde oluşan hatalar konusunda farkındalık yaratacaktır. Hasta güvenliğinin sağlanması için sağlık çalışanlarının bu olayı kendi sorumluluklarının bir parçası olarak kabul görüp raporlama sistemine katkı sağlamaları gerekmektedir.

Bu sistemle hatalara ilişkin tüm raporlar, Sağlıkta Kalite Standartları'nın geliştirilmesi amacı ile kullanılmaktadır, böylece sağlık hizmet süreçlerine ilişkin hataların önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Bu sistemin amaçları ve hedefleri (5):

- Tıbbi süreçlerde yapılan hata bildirimlerini ulusal boyutta toplamak
- Toplanan bildirimler kullanarak yeni kalite standartlarının geliştirilmesi ve sistemsel boyutta iyileştirme sağlamak
- Tıbbi hatalar ve bildirim konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmak
- Elde edilen raporlar ile sağlık kurumlarını iyileştirme fırsatları açısından yol gösterici olmak
- Bilgi merkezi ile sağlık kurumlarında güvenlik raporlama sistemlerini nasıl yapılandırabilecekleri konusunda rehberlik etmek olarak belirlenmiştir.

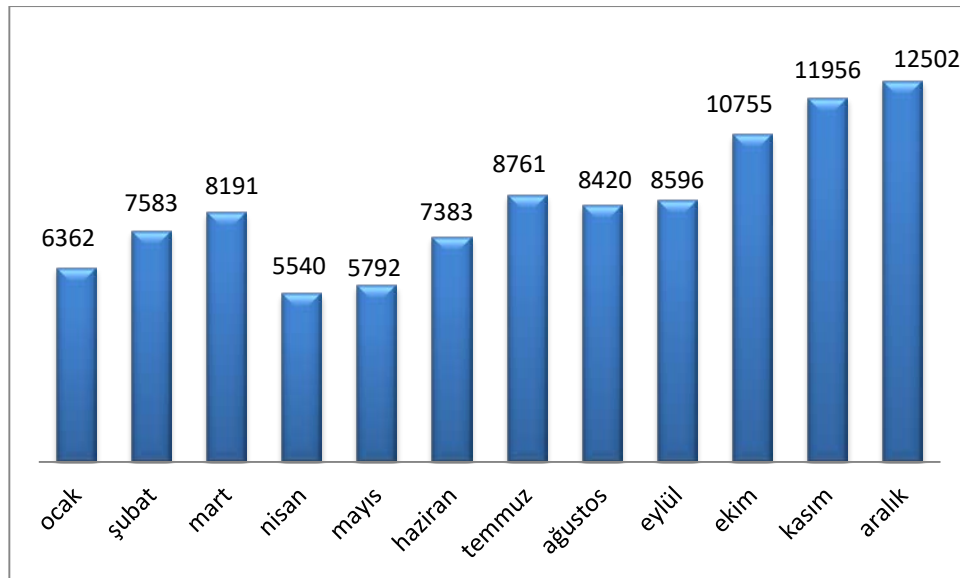
Hasta Güvenliğini tehdit eden olay bildirimlerinin özellikleri vardır. Bildirimler isimsiz, hatayı meydana getiren kişinin ismi yer almayacak şekilde oluşturulmalıdır.

Hazırlanan bildirim raporları yer, unvanı, hatanın yapıldığı saat aralığı, hatanın ne olduğu yazılarak doldurulmalıdır. Bildirim raporları hata meydana geldiğinde zaman kaybı olmadan bildirilmelidir. Yapılan Güvenlik Raporlama Bildirimleri Kalite birimine gizli olarak teslim edilmelidir. Kurum yöneticilerinin de hata olduğunda sağlık çalışanlarını suçlayıcı olmak yerine çözüm odaklı davranmaları gerekmektedir. Bildirim yapan birime durum ile ilgili bilgi vererek, iyileştirme çalışmalarına hemen başlanmalı ve tekrarlanmaması için gerekli faaliyetler başlatılmalıdır.

Sağlıkta Kalite Standartları – Versiyon 5 sürümüne göre verilerin kodlama yapılarak toplanması sağlanmıştır. Versiyon değişikliğinden önce meydana gelen hatalar birimdeki çalışanlar tarafından el yazısı ile yazılması istenmekteydi.

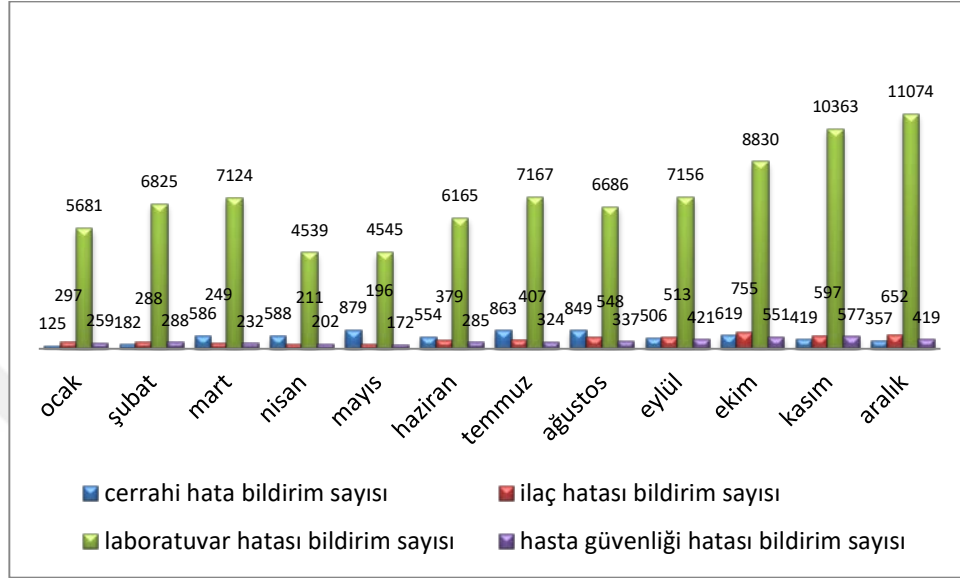
Dolayısıyla meydana gelen hataların kalite birimine raporlanarak iletilmesi sağlanamamaktaydı. Çünkü sağlık çalışanları birime raporlama yaparken güvensizlik duymaktaydı ve kimin hata yaptığının ortaya çıkacağını düşündükleri için raporlama yapmaktan kaçınmaktaydılar. Bunun sebebi hasta ve yakınlarından mahkemeye verilme korkusu, meslektaşları tarafından kınama ya da ayıplanmaya maruz kalmaktan korkmalarıdır. Versiyon değişikliği ile kodlama yapılması kolaylaştırılmış olup verilerin elde edilmesi konusunda yaşanan aksaklıklar giderilmeye başlanmıştır. Kurulan bu sistemle, isimsiz kullanılan raporlamalar güven yaratmaktadır. Bunların yanı sıra hasta güvenliği oluşumunda bir takım zorluklar da meydana gelmektedir. Her ne kadar uygulama başarılı olmasına rağmen çalışanlar kodlama yapmanın zor olduğunu ve bu kodlama işleminin raporlama yapılırken zaman kaybı olabileceğini düşünmektedirler. Bu sistemin düzgün işlemesi için sağlık çalışanlarına düzenli eğitimin verilmesi ve bu uygulamanın gerekliliklerinden bahsedilmesi gerekmektedir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olan Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından 2017 yılında GRS İstatistik ve Analiz Raporu yayınlanmıştır. Genel olarak, 2017 yılı içerisinde GRS' ye toplam 101841 hata bildirimi gerçekleştirilmiştir (4.2.1)



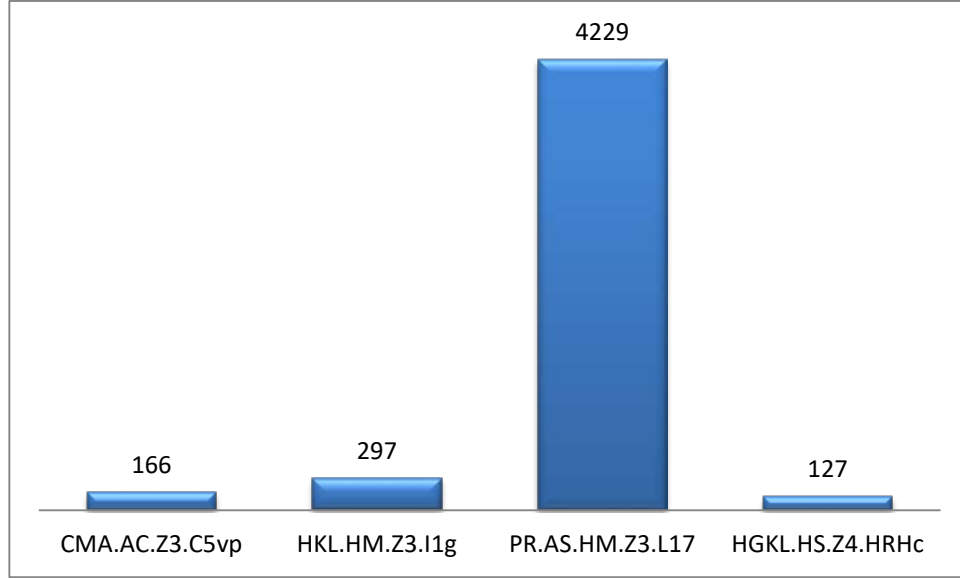
4.2.1. Son bir yılda yapılan güvenlik raporlama sistemi bildirim sayısı (2)

2017 yılında en çok bildirim, yılın son çeyreği olan Ekim, Kasım ve Aralık aylarında gerçekleşmiştir. Ayrıca 2016 yılında 5 347.9 olan aylık ortalama bildirim sayısının ise 2017 yılında 8 486.75 seviyesine yükselerek bir önceki yıla kıyasla %58.69 oranında arttığı görülmektedir (2) (4.2.2.).



4.2.2. Aylara göre son bir yılda yapılan hata bildirim sayıları (2)

Yıl içerisinde en çok laboratuvar hata bildirim sayısı 11074 ile aralık ayında, cerrahi hata bildirim sayısı 879 ile mayıs ayında, ilaç hatası bildirim sayısı 755 ile ekim ayında, hasta güvenliği hatası bildirim sayısı 577 ile kasım ayında yapılmıştır. GRS bildirimi yapılırken kullanılan kodlama sistematığı Sağlık bakanlığının GRS sistemi içerisinde açıklanmıştır. Her tıbbi hata için ayrı ayrı parametreler oluşturulmuştur. Kendi sitesi üzerinden bildirim yapılması sağlanmıştır (18). Sağlık kurumlarında bu sistem hastane bilgi yönetim sistemine entegre çalışmaktadır.



4.2.3. En Sık Yapılan Güvenlik Raporlama Sistemi Hata Kodları (2)

Kurumlarda en çok meydana gelen laboratuvar hatalarından preanalitik süreçlerde acil servis hemşireleri tarafından sabah saatlerinde gerçekleşen hemolizli numune alımıdır (4.2.3.). Bunun sebebi nöbet değişimlerinin yapıldıktan sonra kan alımının düzgün yapılamamış olmasından kaynaklanıyor. Hemolizli numunelerde ölçü yapılmamasının sebebi gerçek değerleri göstermemesinden kaynaklanıyor. Bu da hasta güvenliğini büyük oranda etkilemektedir. Hemolizli numune oluşmaması için yapılması gereken şartlar vardır;

- Alınan kanın yerinin düzgün silinmesi gerekmektedir.
- Uygun iğne ile alım yapılmalıdır.
- Vakumlu tüpler tam olarak doldurulmadan çıkartılmamalıdır.
- Tüpler şiddetle çalkalanmamalıdır ve düzgünce çevrilmelidir.
- Uygun koşullarda ve en geç 30 dakika içerisinde laboratuvar birimine yollanmalıdır.

Hemolizli numune alınımından sonra tekrardan hastadan numune alınması gerekmektedir. Bu da hastadan tekrar kan alınmasına, uygulanacak olan tedavinin gecikmesine, sağlık sistemi için artan bir maliyet teşkil etmektedir.

İlaç hatalarında en çok yapılan kod ise klinik alanda asistan tarafından sabah saatlerinde gerçekleşen istem- hatalı doz istemi yer almaktadır. Bu kurumda bulunan eczane tarafından hazırlanan ilaçlar için önemlidir. Yanlış doz da hastaya uygulanan bir tedavi hastanın sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum hem kurum maliyetini artırır hem de hastanın ruhsal durumunu bozmaktadır.

Cerrahi alanda görülen en sık hata ameliyathanede asistan tarafından sabah saatlerinde gerçekleşen ameliyat kesesi öncesi kontrollerde gerekli DVT profilaksinin uygulanmaması yer almaktadır. Venöz tromboembolizm önemli bir sağlık sorunu olmasına rağmen uygun tromboprofilaksi yapılmaması hastanın hayatını risk altına almaktadır. Venöz tromboembolizm profilaksisi risk ve fayda arasında bir denge gerektirir. Trombozu önleme ile kanama riskinin artması arasındaki bu dengede tromboprofilaksinin başlama zamanı önemlidir. Eğer ilaç cerrahiden uzun süre önce verilirse ameliyat sırasındaki kan seviyesi profilaksi için yeterli olmayabilir. Cerrahi girişimden önce yatmış olan hastalara profilaksi 12 saat önce, aynı gün gelmiş hastalarda 6-8 saat sonra başlanmalıdır (19). Özellikle cerrahi işlemlerden sonra derin ven trombozunun görülme olasılığı yüksek olur. Dolayısıyla profilaksinin yapılmamış olması hasta hayatını riske sokmaktadır. Hasta operasyona alınmadan bu kontrollerin yapılması tıbbi hatanın meydana gelmesini, hasta güvenliğini tehdit eden bir olayın gerçekleşmesini önler. Hem de olası bir tıbbi hatada kuruma mal olabilecek maliyetin oluşmasını engeller.

Hasta güvenliği kapsamında en çok karşılaşılan hata kliniklerde öğle ile öğle arasında karşılaşılan hasta kaynaklı hasta düşmeleridir. Hasta düşmelerini önlemek için kurumlar bir takım önlemler almaktadır. Hastaya bulunduğu alanın anlatılması, hasta operasyon sonrası ilk kez ayağa kalktığında yardım edilmesi, hastanın tek başına ayakta durabilme durumunun belirlenmesi, bulunduğu alanın aydınlatma düzeyinin uygun olmasının sağlanması, hastanın ihtiyaç duyabileceği ekipmanların hasta yatağına yakın olmasının sağlanması, düşme riski yüksek olan hastalar için uyarı sistemini kullanmasının sağlanması, sedye, karyola ayaklarının kilitlenebilir olması, hastanın kullandığı banyo veya küveti için kaymayı engelleyici malzemelerin olması, özellikle hasta odasının düzenli olması ve gereksiz malzemelerin bulunmaması, gerektiğinde karyola kenarlığı, tespit ediciler ve baston gibi düşmeyi

engelleyici malzemelerin kullanılması, hasta ve yakınlarının düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgilendirilmesidir (20).

Hasta güvenliği uygulamalarında yönetimin aktif rol oynaması için hasta güvenliği komitesi kurulmalıdır. Bu komite, sağlık kurumu içerisinde yer alan hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komite de yönetimden en az bir kişi bulunmalıdır. Komite yılda en az 4 kere ve gerektiğinde toplanmalıdır. Bu komitenin görev alanları şu şekilde oluşturulmuştur (11).

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- İlaç güvenliğinin sağlanması
- Transfüzyon güvenliğinin sağlanması
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- Hasta mahremiyetinin sağlanması
- Hasta bilgilerinin ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- Bilgi güvenliğinin sağlanması
- Enfeksiyonların önlenmesi
- Laboratuvar da hasta güvenliğinin sağlanması

Komitede görüşülen hasta güvenliğini tehdit eden olayların tekrarlanmaması için gerekli iyileştirme çalışmaları ve ihtiyaç duyulan eğitim faaliyetleri başlatılmalıdır. Bu çalışmaların kayıtları düzenli olarak tutulmalı ve takiplerinin yapılması gerekmektedir.

4.3.Hasta Güvenliği Konusuna Personelin Bilgi ve Tutumlarının Etkisi

Hasta güvenliği uygulamaları kurumda çalışan tüm sağlık çalışanlarının ve yönetimin sorumluluğundadır. Oluşan tıbbi hataların meydana gelmesinde kalite problemi olduğu bilinmek zorundadır. Yapısal bir güvenlik sistemi olarak alınması ve bildirimlerin yapılmasında sorumlu olduklarını ifade edilmesi gerekir. Sağlık çalışanlarının kurumdaki çalışma saatleri, iş yükü, iş bölümü yapılması gibi konularda kurum olarak belirli şartların sağlanması gerekir. Çalışanlara hasta güvenliği ile ilgili belirli periyotlar da eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerde dikkat edilmesi gereken tüm çalışmalardan bahsedilmesi gerekmektedir. Kurumda uygulanan tüm sistemlerin anlatımı detaylı olarak yapılmalıdır.

Sağlık çalışanlarının istenmeyen durumlarda meydana gelen tıbbi hataların oluşmasında kalite birimine yapmış oldukları bildirimler sayesinde kurumdaki hataların önlenmesi, düzeltici ve önleyici faaliyet çalışmalarının yapılması sağlanmaktadır. Sağlık sistemlerinin yapısı, hasta bakımından mevcut standartlar ile bireysel kurallar belirlenmesi, ekip çalışmasında başarısızlık, iletişim eksikliği, hasta yoğunluğu, tecrübe eksikliği gibi birçok sebep hasta güvenliğini tehdit oluşturmakta ve tıbbi hatalara neden olmaktadır.

Sağlık hizmet sunumu bir ekip işidir. Bunun sebebi de herhangi bir sağlık çalışanının tıbbi hata meydana getirmesinin geri dönüşümü mümkün olmamakla birlikte sağlık çalışanları arasında iletişim kopukluğuna neden olmaktadır. O yüzden yapılan tüm hatalar kaliteli hizmet verilmesini etkileyecektir. Ekip çalışmalarında sağlık çalışanları arasındaki iletişim ve mesleki bilgiler doğrultusunda yapılan işlemler hasta bakımını olumlu yönde etkilemektedir. Fakat sağlık çalışanları arasında iletişim kopukluğu, yardımlaşma, bilgi paylaşımı oluşmayan durumlarda ise hasta bakımı olumsuz etkilenmektedir. Hekim – hemşire uyumu en önemli etkidir. Bunun sebebi, hekim ve hemşirelerin aralarında açık iletişimin olması, saygı ve güven, bilgi, deneyim ve becerinin karşılıklı paylaşılması ve hasta bakımının güvenli bir şekilde sağlanması için oldukça önemlidir.

Bilgi paylaşımının olması, doğru zamanda doğru müdahale yapılması, yazılması gereken orderlerin zamanında ve tam olarak yazılması çalışanları olumlu yönde etkileyecektir. Böylece hastada meydana gelecek tıbbi hataların önlenmesi mümkündür.

Tıbbi hatalar, kurumda hastanın yatış süresini uzatır, hasta ve yakınlarının psikolojik olarak sorunlar yaşamasına sebep olmakla birlikte sağlık çalışanlarını da olumsuz etkilemektedir. Ayrıca tıbbi hatalar olduğu için kurum maliyetlerinde bakım masraflarının artmasına sebep olmaktadır. Tüm bunların yanı sıra kurumda meydana gelen hastalık oranlarının artmasına yani morbidite oranlarının artmasına, mortalite oranı yani ölüm oranlarında da değişiklikler yaşanmasına sebep olmaktadır. Tıbbi hata meydana geldiğinde kurum çalışanlarının hatayı kabul edip, hasta ve hasta yakınlarından gerekli özürlerin dilenmesi ve yapılan hatanın olabildiğinde iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

4.4.Hasta Güvenliği Kültürü Nasıl Ölçülür

Hasta güvenliği anketlerinin neredeyse hepsi yüksek riskli endüstrilerde uygulanan anketlerden uygulamaya geçilmiştir. Günümüzde uygulanan anketler, hasta güvenliği programı öncesinde uygulanarak kurumun hasta güvenliği açısından durum tespiti yapmak ve gelişim alanlarını belirlemektedir (7).

Hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi için anket yapılmaması şart olmamaktadır. Bunun sebebi hasta güvenliği göstergelerinden düzenli olarak veri toplanması ve bu verilerin olumlu veya olumsuz sonuçlarına bakarak geliştirmelerin izlenmesi uzun vade de çalışma yapılması ve bildirimlerin yapılmasına bağlıdır. Ayrıca kurumlarda bulunan kalite birimi tarafından yapılan denetimler, dış denetimlerdeki çalışmalarda veri sağlanması konusunda yardımcı olmuştur. Düzenli yapılan çalışmalar arasındaki iyileştirmeler hasta güvenliği çalışmalarına yön verecektir.

Fakat yapılan çalışmalarda personelin bilgi ve tutumlarının ölçülmesi mümkün olmayacağı düşüncesiyle anket uygulamasının daha doğru sonuçlar vermesi mümkün olmuştur.

4.5.Hasta Güvenliği Kültürü lm İçin Yapılan alışmalar

4.5.1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

Anketin orijinali Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ) tarafından geliştirilen Hospital Survery On Patient Safety Culture anketidir. Araştırma anketi 2003 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde pilot uygulaması yapılmıştır. Daha sonra ki yıllarda araştırma boyutları gözden geçirilerek değişiklikler yapılmıştır. Bu anket 2012 yılı itibari ile Dünya çapında 42 ülkede, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmak şartıyla 21 dilde kullanılmaya başlanmıştır (15). Sağlık alışanlarının ve toplumun hasta güvenliği kültürü algılamasının değerlendirildiği bir çalışmada anketin Türkçeye evirisi yapılmıştır. Anketin yapılma amacı (1);

- Hasta güvenliği ile ilgili personeli bilinçlendirmek
- Hasta güvenliği kültürünün mevcut durumunu değerlendirmek
- Hasta güvenliği kültürü hakkında iyileştirmeler için güçlü alanları belirlemek
- Hasta güvenliği kültürünün zamanla değişim eğilimini incelemek
- Hasta güvenliği uygulamalarının kültürel etkisini değerlendirmek
- Kurum içinde ve dışında karşılaştırmalar yapmak

Bu anketin güçlü yönleri:

Kurum sonuçlarının diğer kurumlar ile karşılaştırma yapılmasına olanak sağlamıştır. Aynı zamanda ulusal ve uluslararası birçok araştırma çalışmalarında kullanılmıştır.

Zayıf yönleri:

Anketi kullanan araştırmaların görüşleri ele alındığında, kriterlere bağlı geçerlilik için fazla araştırma yapması gerektiği, güvenlik kültürü ve hasta bilgi düzeyi arasında bağlantının oluşturulmasının sağlanması gerekmektedir (7).

4.5.2. Safety Climate Questionare- Güvenlik İklimi Anketi

Amerikan Sağlık Enstitüsü tarafından geliştirilmiştir. Bu anketin amacı hasta güvenliği yapısı ve süreçleri hakkında algı ve tutumların değerlendirilmesi için geliştirilmiştir.

Güçlü yönleri,

Sağlık kurumlarında yapılan iyileştirme çalışmalarının etkinliğinin değerlendirilmesi konusunda etkili olmuştur.

Zayıf yönleri,

Anketin uzun zaman önce yapılmış olması, anket üzerinde gerekli görülen değişikliklerin yapılmamış olmasından dolayı hasta güvenliği ölçütünde eksik kalmıştır (7).

4.5.3. Safety Attitudes Questionery – SAQ – Güvenlik Eğilimi Anketi

Texas Üniversitesi tarafından geliştirilmiştir. Yoğun Bakım Yönetim Tutumu anketinden köken almıştır. Köken aldığı anket ise havacılık endüstrisinde kullanılan Flight Management Attitudes Survey (FMAQ) adlı ankettir. Bu anket sadece hastaneler arası kültür farklılıkları değil, aynı hastane içinde bölümden bölüme görülen ve meslek grupları arasındaki farklılıkların tespit edilmesinde kullanılmaktadır. Altı güvenlik kültürü boyutunu altmış soru ile ölçümlemektedir. Ölçümlenen boyutlar şunlardır:

- Takım çalışması iklimi
- İş tatmini
- Yönetimin güvenlik algısı
- Güvenlik iklimi
- Çalışma koşulları
- Stres düzeyi

Güçlü yönleri,

Güvenlik iklimini değerlendirmektedir. Anketi diğerlerinden ayıran özelliği yüksek skor alan boyutların hasta ve çalışan güvenliği göstergeleri ile pozitif bağlantısıdır. Aynı zamanda sağlık sektörünün farklı alanlarında çalışanların tutumlarını karşılaştırma şansını da sağlar.

Zayıf yönleri,

Kurumlarda çalışan tutumlarındaki farklılıkları ortaya çıkartır fakat neden böyle olduğu konusunda bir fikir vermez (7).

Ülkemize özgü geliştirilmiş Hasta Güvenliği anket çalışması mevcut değildir. Bu sebeple en yaygın kullanılan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi kullanılmaktadır.

5. MATERYAL VE METOT

Bu bölümde araştırmanın amacı, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin analizine ilişkin bilgiler verilmiştir.

5.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Hasta güvenliği kültürü sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahiptir. Hasta güvenliği kültürünün kurum içinde yerleşmesi ve bu kültürün geliştirilmesi için yönetimin ve sağlık çalışanlarının da katılımı sağlanmalıdır. Bu sebeple, sağlık hizmetlerinde yürütülen kalite sistemlerindeki sorunların tespit edilmesi ve çalışanların bu konuda yaşadıkları sorunların belirlenmesi gerekmektedir. Bu araştırma, eksik kalan yönlerin belirlenerek hasta güvenliği kültürünün ve çalışmalarının geliştirilmesine katkı sağlaması açısından önemlidir.

Çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği bilgi düzeyi ile hasta güvenliği kültürü algılama düzeyinin ölçülmesidir. Kalite çalışmalarının hasta güvenliği üzerinde etkisinin vurgulanması ve hasta güvenliğini artırmak için yapılan uygulamalara destek verilmesini sağlamaktır.

5.2.Araştırmanın Soruları

- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılama düzeyi ve hasta güvenliği bilgi düzeyi nedir?
- Hasta güvenliği bilgi ve hasta güvenliği kültürü algılama düzeyi sağlık çalışanları gruplarına göre farklılık göstermekte midir?
- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılama düzeyi ve hasta güvenliği bilgi düzeyi arasında ilişki var mıdır?

5.3.Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımlı Değişkenler

- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılama düzeyi
- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği bilgi düzeyi

Bağımsız değişkenler

- Sağlık çalışanlarının yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, mesleği, meslek süresi, hasta güvenliği bilgi düzeyi, tıbbi hataların meydana gelme sebebi

5.4.Araştırma Tasarımı

Bu çalışma 10 Şubat 2016 – 20 Nisan 2016 tarihleri arasında bir özel sağlık kompleksinde hasta güvenliği kültürü algılama düzeyini saptamak ve hasta güvenliği bilgi düzeyi tespiti amacıyla yapılmış kitlesel bir araştırmadır.

5.5.Örnekleme

Hastanelerdeki 10 Şubat 2016- 20 Nisan 2016 tarihlerinde çalışan sağlık çalışanları toplamda 629 kişidir. %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile ulaşılması gereken minimum sayının 384 olduğu hesaplanmıştır. Ulaşılması gereken 411 kişi olduğu hesaplanmıştır. Ancak kurumlarda 393 kişiden anket toplanmıştır. Bu da toplam sağlık çalışan sayısının % 62,64'ne ulaşıldığını göstermektedir. Dört farklı çalışan grubundan (Doktor, Hemşire/ Ebe, Tekniker/Teknisyen, Personel) veri toplanmıştır. Teknisyen grubu dört meslek grubundan oluşmuştur. Bunlar ATT (Acil Tıp Teknisyeni), Radyoloji, Laboratuvar, FTR olarak ayrılmıştır. Dört farklı gruplama yapılmasının sebebi, hastalarda meydana gelen tıbbi hatalar ile karşılaşılması, uygulama eksiklikleri, hasta güvenliği uygulamalarının hayata geçilmesinde birebir uygulayıcı durumda olmalarıdır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada hasta güvenliği kültürü anketi ve bilgi düzeyi anketi ile veri toplanmıştır. Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından hazırlanan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi kullanılmıştır.

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 2009 yılında Emel Filiz tarafından ilk defa Türkçeye çevrilerek yapılmıştır. Tüm maddelerin iç tutarlılık güvenilirliği 0.864 olarak bulunmuştur. Split - half korelasyon katsayısı 0.686 ve Guttman split - half katsayısı 0.766 olarak tespit edilmiştir.

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane ölçeği bölüm düzeyindeki boyutları:

1. Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde) (B1,B2,B3 olumsuz,B4 olumsuz)
2. Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde) (A6, A5 olumsuz, A13)
3. Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde) (A1,A3,A4,A11)
4. İletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim (6 madde) (C1, C2, C3, C4, C5, C6 olumsuz)
5. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (4 madde) (A8 olumsuz, A9, A12 olumsuz, A16 olumsuz)
6. Personel sağlama (3 madde) (A2, A7 olumsuz, A14 olumsuz)
7. Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (6 madde) (F1, F2 olumsuz, F4, F8,F9 olumsuz, F10)

Güvenlik kültürünün hastane düzeyinde ölçtüğü boyutlar:

1. Hastane müdahaleleri ve değişim (4 madde) (F3 olumsuz, F5 olumsuz, F6 olumsuz, F7 olumsuz, F11olumsuz)

Sonuç değişkenlerini kapsayan konular:

1. Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde) (A10 olumsuz, A15, A17 olumsuz, A18)
2. Hataların raporlanma sıklığı (3 madde) (D1, D2, D3)
3. Hastane ünitesinde hasta güvenliğinin derecesi (1 madde) (E1)
4. Raporlanan olayların sayısı (1 madde) (G1) (1)

Anket içerisinde yer verilmiş A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 maddelerinde yer alan sorular ters yönlü sorulardır. Verilen yanıtlama sisteminde A, B, F bölümlerinde 1 “Kesinlikle Katılmıyorum”, 2 “Katılıyorum”, 3 “Ne Katılım Ne Katılmam”, 4 “Katılıyorum”, 5 “Kesinlikle Katılmıyorum” şıkları yer almaktadır. C ve D bölümlerinde 1 “Hiçbir Zaman”, 2 “Nadiren”, 3 “Bazen”, 4 “Çoğu Zaman”, 5 “Her Zaman” ifadeleri yer almaktadır. E bölümünde 5 şıktan oluşan 1 “Mükemmel”, 2 “Çok İyi”, 3 “Kabul Edilebilir”, 4 “Zayıf”, 5 “Başarısız” olarak değerlendirilmektedir. G bölümünde olay raporlarının sayısı 6 şıktan oluşacak şekilde 1 “Hiç”, 2 “1-2 Olay raporu”, 3 “3-5 olay raporu”, 4 “6-10 olay raporu”, 5 “11-20 olay raporu”, 6 “21 ve üzeri olay raporu” yer almaktadır.

Araştırma verilerini toplamak üzere, katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla 13 maddelik soru hazırlanmıştır. Ayrıca araştırmacının bilgi edinmek üzere sorduğu 40 maddeden oluşan hasta güvenliği bilgi düzeyi çalışması oluşturulmuştur. Bu anketin hazırlanma sebebi, hasta güvenliği konusundaki bilgi düzeylerinin öğrenilmesidir. 40 maddeden oluşan değerlendirme çalışmasında beşli likert ölçeği kullanılmıştır. 1 “Kesinlikle katılmıyorum”, 2 “Katılıyorum”, 3 “Kararsızım”, 4 “Katılıyorum”, 5 “Kesinlikle Katılıyorum” ifadeleri kullanılmıştır.

Veriler, araştırma kapsamına alınan çalışanlara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra bizzat tarafım tarafından dağılmış olup kapalı zarf ile toplanmıştır. Anket toplama aşamasında ulaşamayan grup doktorlardan oluşmaktadır. İş yükünün fazla olması, anketlere ayıracakları vakitlerinin olmadığı düşüncesi ve iletişim konusundaki güçlükler nedeni ile katılım gösterilmemiştir. Ankete isim yazılmamış olup kişisel bazda veriler yayınlanmayacaktır. Hastaneler arası karşılaştırma yapılmayacaktır.

5.7.Verilerin Analizi

Öncelikle, tanımlayıcı istatistikler ve normallik testleri yapıldı. Parametrik veriler için Student t testi, kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde ki- kare testi, ilişki ölçmek amacıyla spearman sıra korelasyon analizi kullanılarak Kruskall Wallis, Mann –Whitney –U testleri ve Spearman sıra korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçek için Cronbach's Alpha değeri hesaplanmıştır. Güvenlik kültürü ile ilgili skorlar yüzdeye dönüştürülmüştür. Elde edilen veriler IBM SPSS 23.0 (Statistical Program For Social Sciencies) programı kullanılarak analiz edilmiş ve sonuçlar % 5 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

Ayrıca her olumlu cevapların yani katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevaplarının yüzdeleri hesaplanmıştır. Aynı şekilde her olumsuz cevap için de yani kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum cevaplarının yüzdeleri hesaplanmıştır (15).

Buna ek olarak her hasta güvenliği kültürü hastane anketinin alt maddeleri için ortalama hesaplanmıştır. Tüm durumlarda %0-100 arasında bir değer almaktadır. Yüzde 60 ve üzeri olan cevaplar olumlu olarak sayılmaktadır (15).

5.8.Etik Kurul Onayı

Araştırmanın etik izni İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10 Şubat 2016 yılında onayı alınmıştır.

6. BULGULAR

6.1.Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri

Araştırma yapılan iki hastane içerisinde %78,4 kadın sağlık çalışanlarından olduğu görülmüştür. Hekimlerin çoğunlukla erkeklerden, hemşirelerin, teknikerlerin ve personellerin çoğunlukla kadınlardan oluştukları görülmektedir.

Tablo 6.1. Araştırma grubunun demografik özellikleri

	Hekim %	Hemşire %	Tekniker %	Personel %	n	n%
Cinsiyet						
Kadın	45.7	86.7	76.6	95.2	308	78.4
Erkek	54.3	13.3	23.4	4.8	85	24.6
Yaş Grubu						
18-25	0.0	59.8	36.9	3.9	122	31
26-35	4.4	35.4	36.3	23.9	113	28.8
36-45	28.8	13.5	19.8	37.8	111	28.2
46-55	70.0	0.0	2.5	27.5	40	10.2
56 ve üzeri	71.4	0.0	28.6	0.0	7	1.8
Öğrenim Düzeyi						
Lise	0.0	39.8	24.3	72.6	139	35.4
Önlisans	11.4	4.7	43.2	27.4	87	22.1
Üniversite	11.4	47.7	31.5	0.0	104	26.5
Lisansüstü	87.1	0.8	0.9	0.0	63	16.0
Medeni Durum						
Bekar	10.0	67.2	43.2	17.9	156	39.7
Evli	90.0	32.8	56.8	82.1	237	60.3
Çalıştıkları Birim						
Klinik	88.6	59.4	48.6	75.0	193	49.1
Poliklinik	11.4	3.9	7.2	8.3	20	5.1
Yoğun Bakım	0.0	35.2	11.7	14.3	70	17.8
/Ameliyathane						
/ Acil Servis						
Radyoloji /	0.0	0.0	32.4	2.4	38	9.7
Laboratuvar						
Meslek Süresi						
1 Yıldan az	14.3	24.2	15.3	34.5	39	9.9
1-5 yıl	50.0	53.9	15.9	65.6	141	35.9
6-10 yıl	8.6	10.9	18.0	0.0	74	18.8
11-15 yıl	20.0	7.0	4.5	0.0	61	15.5
16-20 yıl	5.7	3.1	6.3	0.0	35	8.9
21 ve üzeri yıl	1.4	0.8	0.0	0.0	43	10.9
Hasta İle Temas Halinde Olunması						
Evet	97.1	96.9	97.3	76.2	364	92.6
Hayır	2.9	3.1	2.7	23.8	29	7.4

Sağlık kurumlarında genel olarak çalışanların 26-45 yaş arasında olukları görülmüştür. Mesleklere göre analiz edildiğinde; hekimlerin genel olarak 46 ve üzeri yaşlarda oldukları görülmüştür. Hemşirelerin çoğunlukla 18-25 yaş arasında oldukları, teknikerlerin çoğunlukla 18-25 arasında oldukları, personellerin ise çoğunlukla 36-45 yaş arasında oldukları görülmüştür. Sağlık kurumlarında genel olarak çalışanların 26-45 yaş arasında olukları görülmüştür.

Mesleklere göre analiz edildiğinde; hekimlerin genel olarak 46 ve üzeri yaşlarda oldukları görülmüştür. Hemşirelerin çoğunlukla 18-25 yaş arasında oldukları, teknikerlerin çoğunlukla 18-25 arasında oldukları, personellerin ise çoğunlukla 36-45 yaş arasında oldukları görülmüştür.

Sağlık kurumlarında çalışanların çoğunlukla lise mezunu oldukları görülmektedir. (%35,4) Mesleklere göre eğitim durumu analiz edildiğinde hekimlerin %87,1'nin lisansüstü mezunu oldukları, hemşirelerin %47,7'sinin üniversite mezunu oldukları, teknikerlerin %43,2'sinin ön lisans mezunu oldukları, personellerin %72,6'sinin lise mezunu oldukları görülmüştür.

Sağlık kurumlarında çalışanların %60,3' ü evli olarak çalışmaktadır. Hekimlerin %90'i, teknikerlerin %56,8'i, personellerin %82,1'i evli ve hemşirelerin %67,2'si bekar olarak çalışmaktadır.

Hepsi şikkı hekimlerimiz için geçerli olduğu anket formunda yazılmıştır. Sağlık kurumlarında çalışanların %49,1'nin kliniklerde çalıştıkları görülmektedir. Hekimlerin hepsinin tüm alanlarda çalıştıkları görülmektedir. Hemşirelerin %59,4'ü, teknikerlerin %48,6'si, personellerin %75,0'i kliniklerde çalıştığı görülmektedir.

Kurumda çalışanların tüm meslek gruplarının büyük bir çoğunluğun 1-5 yıllık bir tecrübeye sahip oldukları görülmektedir. Sağlık kurumlarının mesleki tecrübelerine önem verdiği, buna karşılık yeni mezun olmuş, mesleki tecrübeleri olmayan çalışanlara da şans verdiği bünyelerinde yer aldığı görülmektedir.

Sağlık kurumlarında çalışma süresi incelendiğinde; kurumlarda tüm meslek grupları çalışanların genellikle 1-5 yıllar boyunca kurumda çalışmakta oldukları görülmüştür. Buna karşılık %22,1'lık bir dilimin kurumda 1 yıldan az çalışmaktadır. Kurumlarda çalışanların büyük bir çoğunluğunun hastalar ile temas halinde oldukları görülmüştür. Tüm meslek grupları hastalara gerekli temas halinde bulunmaktadır.

6.2.Tıbbi Hataların Meydana Gelme Sebepleri

Sağlık personeli en çok tıbbi hata sebebinin “Birim sayısının yetersiz olması” olduğunu belirtti. Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata sebeplerinin birim sayısının yetersiz olması, iletişim bozuklukları, ekip çalışmasının olmaması, sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması, mesleki eğitimin yetersiz olması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,5$).

Birim sayısının yetersiz olması maddesine bakıldığında sağlık personelinin verdikleri cevaplar arasında fark bulunmaktadır ($p <0,5$). Hemşirelerin %57 ‘si birim sayısının yetersiz olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir.

Sağlık personelinin vermiş oldukları cevaplara bakıldığında zaman uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, halsizlik, strese bağlı tıbbi hataların meydana geldiği konusundaki görüşler aynıdır. Analizlere bakıldığında uzun çalışma saatleri nedeniyle yaşanan yorgunluk, halsizlik ve stresin tıbbi hatalara yol açtığı görülmemektedir. ($p> 0,5$)

İletişim bozuklukları maddesine bakıldığında sağlık personelinin verdikleri cevaplar arasında fark bulunmaktadır ($p <0,01$). Hemşirelerin %50,8’ i iletişim bozukluklarının tıbbi hataları meydana getirdiğini düşündüğü tespit edilmiştir.

Ekip çalışmasının olmaması maddesine bakıldığında sağlık personelinin verdikleri cevaplar arasında fark bulunmaktadır ($p<0,01$). Hekimlerin %40’i ekip çalışmasının olmamasının tıbbi hataları meydana getirdiğini düşündüğü tespit edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması maddesine bakıldığında sağlık personelinin verdikleri cevaplar arasında fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Hekimlerin %31,4 sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olmasının tıbbi hataları meydana getirdiğini düşündüğü tespit edilmiştir.

Mesleki eğitimin yetersiz olması maddesine bakıldığında sağlık personelinin verdikleri cevaplar arasında fark bulunmaktadır ($p<0,001$).Hekimlerin %37,1’i mesleki eğitimin yetersiz olmasının tıbbi hataları meydana getirdiğini düşündüğü tespit edilmiştir. (Tablo 6. 2)

Tablo 6.2. Tıbbi Hataların Meydana Gelme Sebeplerinin Mesleklere Göre Dağılımı

	Meslek (n: 393)				Ki kare	p
	Hekim (%)	Hemşire (%)	Tekniker (%)	Personel (%)		
Birim Sayısının Yetersiz Olması						
Evet	22.9	57.0	36.9	35.7	24,893	P <0,001
Hayır	77.1	43.0	63.1	64.3		
Uzun Çalışma Saatleri Nedeniyle Yoğunluk, Halsizlik, Stres						
Evet	71.4	81.3	74.8	73.8	3,054	0.383
Hayır	28.6	18.8	25.2	26.2		
İletişim Bozuklukları						
Evet	42.9	50.8	31.5	32.1	11,919	0.008**
Hayır	57.1	49.2	68.5	67.9		
Ekip Çalışmasının Olmaması						
Evet	40.0	28.1	16.2	33.3	13,835	0.003**
Hayır	60.0	71.9	83.8	66.7		
Sağlık Hizmetlerinin Karmaşık Bir Yapıda Olması						
Evet	31.4	24.2	10.8	1.2	33,258	P<0,001
Hayır	68.6	75.8	89.2	98.8		
Mesleki Eğitimlerinin Yetersiz Olması						
Evet	37.1	23.4	13.5	7.1	25,755	P<0,001
Hayır	62.9	76.6	86.5	92.9		

*p<0,05 **p<0,01

6.3.Araştırmada Kullanılan Anketlerin Güvenilirlik Analizi

Araştırmada kullanılan iki anketin güvenilirlik analizine ayrıca bakıldığında; Hasta güvenliği bilgi düzeyi güvenilirlik analizi 0,973 olduğu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin ise 0,741 olduğu tespit edilmiştir.

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi güvenilirlik analizi

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,741	44

Hasta güvenliği bilgi düzeyi güvenilirlik analizi

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,973	40

6.4.Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Analizleri

Anketin 10 güvenlik kültürü boyutunun her birinin iç tutarlılıkları incelenmiştir. Maddeler, hem pozitif hem de negatif yönlerde yazıldığı için öncelikle negatif olanlar ters kodlanmıştır. Araştırmadaki 10 güvenlik kültürü alt alanının Cronbach alfa katsayısı 0,50'nin üzerinde (0,50-0,61) bulundu. Tüm maddeler için iç tutarlılık güvenilirliği 0,741 idi. (Tablo 6.4.1)

Tablo 6.4.1.Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin iç tutarlılık güvenilirliği

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Maddeleri	Cronbach's Alpha (İç tutarlılık Güvenirliliği)
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	0,540
Hataların Raporlanma Sıklığı	0,608
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması Ve Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	0,547
Hastane Müdahaleleri Ve Değişimi	0,618
Yönetici Beklentileri Ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	0,552
Organizasyonel Öğrenme Ve Sürekli Geliştirme Faaliyetleri	0,524
Üniteler İçi Ekip Çalışması	0,501
İletişimin Açık Tutulması Ve Hatalar Hakkında Geribildirim	0,532
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	0,570
Personel Sağlama	0,542

Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddeleri “Üniteler içinde ekip çalışması” en yüksek olumlu cevap ortalamasına sahipti (% 84,2). “Hastane müdahaleleri ve değişimi” konusunda verilen olumlu cevap yüzdeleri (Ort. % 26) de 10 alt maddeleri içinde en düşük olanı idi (Tablo 6.4.2)

Tablo 6.4.2. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerin ortalama skorları (% Ort)

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Maddeleri	Olumlu Cevap Yüzde Ortalaması (%)
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	%45,1
Hataların Raporlanma Sıklığı	%66,3
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması Ve Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	%68,7
Hastane Müdahaleleri Ve Değişimi	%26
Yönetici Beklentileri Ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	%44,1
Organizasyonel Öğrenme Ve Sürekli Geliştirme Faaliyetleri	%81,2
Üniteler İçi Ekip Çalışması	%84,2
İletişimin Açık Tutulması Ve Hatalar Hakkında Geribildirim	%71,5
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	%57,7
Personel Sağlama	%50,4

Anketin tüm maddeleri incelendiğinde en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamalarının “Üniteler içinde ekip çalışması” alt maddelerin “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” maddesine ait olduğu belirlendi (% 80,9). En düşük ortalama ise, “Hastane müdahaleleri ve değişim” alt maddesindeki “Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.” (% 16,8) maddelerine aitti. (Tablo 6.4.3)

Tablo 6.4.3. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerine verilen olumlu cevap yüzdesi (%) (n=393)

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Maddeleri	Olumlu Cevap Yüzdesi (%)
Güvenliğin kapsamlı algılanması	
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	%23,2
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	%74,6
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	%22,6
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	%69,7
Hataların raporlanma sıklığı	
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor	%56,5
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor	%62
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor	%58,5
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	%48,4
Hastane üniteleri birbiriyle uyum içinde çalışmaz	%28
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	%63,8
Yönetim, sadece istemeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir.	%36,1
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	%63,6

Tablo 6.4.3. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerine verilen olumlu cevap yüzdesi (%) (n=393) (Devamı)

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Maddeleri	Olumlu Cevap Yüzdesi (%)
Hastane yönetimi hasta güvenliğini arttıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	%75,3
Hastane müdahaleleri ve değişimi	
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	%23,1
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	%30,2
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	%25,2
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problem oluşur.	%28,5
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	%16,8
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	%66,2
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	% 69
Yöneticilerimiz, katle kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	%44,5
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	% 15,5
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme faaliyetleri	
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	% 72,5
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	% 66,1
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	% 62,1

Tablo 6.4.3. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerine verilen olumlu cevap yüzdesi (%) (n=393) (Devamı)

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Maddeleri	Olumlu Cevap Yüzdesi (%)
Üniteler içi ekip çalışması	
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler	% 67,9
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	% 80,9
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	% 74,6
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	% 60,8
İletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geribildirim	
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	% 71,5
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	% 61,4
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	% 75,9
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler.	% 43,5
Bu birimde biz, hastaların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	% 55,4
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.	% 19,6
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	% 50,9
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	% 45,6
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	% 39,1
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	% 47,1
Personel sağlama	
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	% 51,4
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	% 23,4
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde “kriz modunda” çalışırız.	% 69,2

Sağlık çalışanlarının yaklaşık %97'si çalışma birimlerindeki hasta güvenliğinin derecesi konusunda olumlu cevap verirken, % 3,1 'i bu konuda çalışma birimlerini zayıf bulduklarını belirtti. (Tablo 6.4.4)

Tablo 6.4.4. Hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili cevapların yüzdesi (%)

Hasta Güvenliği Sonuçları	Cevap Yüzdesi
Mükemmel	7.1
Çok İyi	60.1
Kabul Edilebilir	29.8
Zayıf	3.1
Başarısız	0

Hasta çalışanlarının çoğunun hasta güvenliği ile ilgili hatalı olayları hiç raporlamadıkları belirlendi. (Tablo 6.4.5)

Tablo 6.4.5. Hasta güvenliği ile ilgili hatalı olayları raporlama durumu yüzdesi (%)

Raporlanan Olayların Sayısı	Cevap yüzdesi
Hiç	81,2
1-2 Olay Raporu	16,5
3-5 Olay Raporu	1,5
6 -10 Olay Raporu	0,5
21 ve Üzeri Raporu	0,3

Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre üniteler içi ekip çalışmasının olduğu düşüncesinde anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. ($p < 0,05$) Erkekler kadınlara göre ünite içi ekip çalışmasının fazla olduğunu düşünmektedir (Tablo 6.4.6). Diğer alt boyutlarında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 6.4.6. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin cinsiyetlere göre dağılımı

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	z	p
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Kadın	308	3,15	0,49	194,71	-0,775	0,438
	Erkek	85	3,20	0,55	205,30		
Hataların raporlanma sıklığı	Kadın	308	3,67	0,90	200,08	-1,038	0,299
	Erkek	85	3,50	1,06	185,85		
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetimin desteği	Kadın	308	3,35	0,44	200,55	-1,189	0,234
	Erkek	85	3,27	0,44	184,13		
Hastane müdahaleleri ve değişimi	Kadın	308	2,63	0,75	199,07	-0,690	0,490
	Erkek	85	2,57	0,76	189,51		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Kadın	308	3,14	0,57	198,25	-0,422	0,673
	Erkek	85	3,13	0,56	192,45		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Kadın	308	3,66	0,60	191,72	-1,796	0,073
	Erkek	85	3,77	0,61	216,12		
Üniteler içi ekip çalışması	Kadın	308	3,71	0,68	189,54	-2,505	0,012*
	Erkek	85	3,91	0,65	224,05		
İletişim açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim	Kadın	308	3,43	0,56	200,87	-1,290	0,197
	Erkek	85	3,30	0,65	182,99		
Hastaya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Kadın	308	3,26	0,58	195,18	-0,611	0,541
	Erkek	85	3,33	0,72	203,60		
Personel Sağlama	Kadın	308	3,08	0,67	193,70	-1,109	0,267
	Erkek	85	3,18	0,64	208,96		

Yaş grupları dağılımının hataların raporlama sıklığı üzerinde etkisinin olduğu tespit edilmiştir. ($p < 0,001$) 36-45 yaş grubunda çalışan sağlık personeli raporlama sıklığı etkisine daha az katılmaktadır. Yaş grupları dağılımının hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetimin desteği üzerinde etkisinin olduğu tespit edilmiştir. ($p < 0,05$). 18-25 yaş grubunda çalışan sağlık personeli üniteler arasında ekip çalışması ve hastane yönetimin desteğinin etkisine daha az katılmaktadır. Yaş grupları dağılımının üniteler içi ekip çalışması üzerinde etkisinin olduğu tespit edilmiştir. ($p < 0,05$). 18-25 yaş grubu aralığında çalışan sağlık personeli ünite içi ekip çalışmasının etkisine daha az katılmaktadır. Yaş grupları dağılımının iletişim açık tutulması ve hatalar hakkında geribildirim üzerinde etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). 18-25 yaş grubu aralığında çalışan sağlık personeli iletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirimin etkisinin daha az olduğuna katılmaktadır. Yaş grupları dağılımının hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtlar üzerinde etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). 26-35 yaş grubunda çalışan sağlık personeli hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtların etkisine daha az katılmaktadır. Yaş grupları dağılımının personel sağlama üzerinde etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). 18-25 yaş grubunda çalışan sağlık personeli personel sağlama üzerinde etkisine daha az katılmaktadır. (Tablo 6.4.7)

Tablo 6.4.7. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin yaş gruplarına göre dağılımı

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	ki kare	p
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	18-25	122	3,17	0,60	194,96	6,899	0,075
	26-35	113	3,11	0,38	188,62		
	36-45	111	3,12	0,43	191,05		
	46-55	47	3,38	0,61	236,51		
Hataların raporlanma sıklığı	18-25	122	3,53	0,93	184,80	19,266	p<0,001
	26-35	113	3,92	0,90	230,58		
	36-45	111	3,41	0,89	169,52		
	46-55	47	3,75	1,00	212,84		
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetimin desteği	18-25	122	3,25	0,47	172,41	12,958	0,005**
	26-35	113	3,32	0,40	191,37		
	36-45	111	3,42	0,44	223,13		
	46-55	47	3,38	0,45	212,67		
Hastane müdahaleleri ve değişimi	18-25	122	2,60	0,74	198,04	0,871	0,832
	26-35	113	2,62	0,77	199,63		
	36-45	111	2,67	0,75	199,24		
	46-55	47	2,52	0,77	182,68		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	18-25	122	3,19	0,68	202,09	0,923	0,820
	26-35	113	3,09	0,51	188,84		
	36-45	111	3,13	0,51	197,95		
	46-55	47	3,15	0,46	201,17		

Tablo 6.4.7. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin yaş gruplarına göre dağılımı (Devamı)

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	ki kare	p
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	18-25	122	3,74	0,69	205,67	4,932	0,177
	26-35	113	3,67	0,51	195,11		
	36-45	111	3,60	0,61	180,49		
	46-55	47	3,81	0,55	218,03		
Üniteler içi ekip çalışması	18-25	122	3,64	0,73	174,89	13,280	0,004**
	26-35	113	3,8252	0,60	211,61		
	36-45	111	3,7275	0,69	189,25		
	46-55	47	3,9787	0,63	237,60		
İletişim açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim	18-25	122	3,34	0,70	190,26	12,949	0,005**
	26-35	113	3,50	0,54	219,35		
	36-45	111	3,30	0,45	171,10		
	46-55	47	3,54	0,57	221,93		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	18-25	122	3,28	0,64	198,02	10,221	0,017*
	26-35	113	3,17	0,55	174,09		
	36-45	111	3,30	0,59	203,39		
	46-55	47	3,43	0,74	234,33		
Personel sağlama	18-25	122	3,00	0,67	180,19	8,357	0,039*
	26-35	113	3,09	0,61	197,09		
	36-45	111	3,12	0,65	199,00		
	46-55	47	3,34	0,74	235,70		

*p<0,05 **p<0,01

Hastane müdahaleleri ve değişimi ve Personel sağlama eğitim durumlarına göre anlamlı fark vardır. (p<0,05) Hastane müdahaleleri ve değişiminin eğitim duruma göre incelediğinde üniversite mezunları eğitim durumunun etkisine daha az katılmaktadır. Personel sağlamanın eğitim durumlarına incelediğinde önlisans mezunları eğitim durumunun etkisine daha az katılmaktadır. (Tablo 6.4.8)

Tablo 6.4.8. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin eğitim durumlarına göre dağılımı

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	ki kare	p
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Lise	139	3,19	0,51	208,59	4,688	0,196
	Önlisans	87	3,09	0,49	176,97		
	Üniversite	104	3,16	0,46	193,70		
	Lisansüstü	63	3,21	0,59	204,53		
Hataların raporlanma sıklığı	Lise	139	3,65	0,91	197,19	0,344	0,952
	Önlisans	87	3,64	0,83	192,62		
	Üniversite	104	3,67	0,87	201,73		
	Lisansüstü	63	3,53	1,23	194,82		
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetimin desteği	Lise	139	3,37	0,48	208,43	6,647	0,084
	Önlisans	87	3,35	0,50	202,91		
	Üniversite	104	3,25	0,38	172,86		
	Lisansüstü	63	3,37	0,35	203,48		
Hastane müdahaleleri ve değişimi	Lise	139	2,66	0,77	203,83	11,036	0,012*
	Önlisans	87	2,81	0,74	224,70		
	Üniversite	104	2,47	0,73	176,70		
	Lisansüstü	63	2,50	0,73	177,20		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Lise	139	3,14	0,55	199,74	1,521	0,678
	Önlisans	87	3,19	0,66	205,95		
	Üniversite	104	3,13	0,58	193,38		
	Lisansüstü	63	3,08	0,44	184,56		
	Önlisans	87	3,30	0,34	200,78		
	Üniversite	104	3,28	0,23	194,69		
	Lisansüstü	63	3,30	0,29	202,39		

Tablo 6.4.8. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt grup analizlerinin eğitim düzeyine göre dağılımı (Devamı)

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	ki kare	p
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Lise	139	3,67	0,64	194,12	0,623	0,891
	Önlisans	87	3,71	0,62	203,20		
	Üniversite	104	3,70	0,58	199,49		
	Lisansüstü	63	3,68	0,55	190,69		
Üniteler içi ekip çalışması	Lise	139	3,62	0,77	178,05	6,947	0,074
	Önlisans	87	3,79	0,52	198,57		
	Üniversite	104	3,83	0,68	210,79		
	Lisansüstü	63	3,87	0,62	213,87		
İletişim açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim	Lise	139	3,43	0,58	197,76	3,233	0,357
	Önlisans	87	3,32	0,66	192,33		
	Üniversite	104	3,47	0,53	210,67		
	Lisansüstü	63	3,34	0,54	179,21		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Lise	139	3,15	0,62	181,54	5,729	0,126
	Önlisans	87	3,33	0,69	194,80		
	Üniversite	104	3,31	0,52	206,29		
	Lisansüstü	63	3,39	0,62	218,80		
Personel sağlama	Lise	139	3,08	0,70	193,67	13,127	0,004**
	Önlisans	87	2,95	0,64	168,86		
	Üniversite	104	3,13	0,54	201,76		
	Lisansüstü	63	3,31	0,75	235,35		

*p<0,05 **p<0,01

Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetimin desteği, Hastane müdahaleleri ve değişimi, Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, Üniteler içi ekip çalışması, Personel Sağlama sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık sağladığı tespit edilmiştir. ($p < 0,05$) Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetimin desteği etkisine hemşireler, teknikerler ve hekimler daha az katılmaktadır. Hastane müdahaleleri ve değişime etkisine hekimler, teknikerler ve hemşireler daha az katılmaktadır. Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirmenin etkisine personeller daha az katılmaktadır. Ünite içi ekip çalışmasının etkisine personeller daha az katılmaktadır. Personel sağlamanın etkisine tekniker ve hemşireler daha az katılmaktadır. (Tablo 6.4.9)

Tablo 6.4.9. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin meslek gruplarına göre dağılımı

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	ki kare	p
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Hekim	70	3,21	0,58	202,04	6,239	,101
	Hemşire	128	3,17	0,54	198,73		
	Tekniker	111	3,07	0,42	177,14		
	Personel	84	3,24	0,48	216,40		
Hataların raporlama sıklığı	Hekim	70	3,57	1,21	198,28	4,905	,179
	Hemşire	128	3,72	0,97	206,54		
	Tekniker	111	3,71	0,87	202,87		
	Personel	84	3,46	0,66	173,64		
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetimin desteği	Hekim	70	3,34	0,37	198,36	24,247	p<0,001
	Hemşire	128	3,26	0,45	177,89		
	Tekniker	111	3,27	0,40	178,98		
	Personel	84	3,52	0,47	248,79		

Tablo 6.4.9. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin meslek gruplarına göre dağılımı (Devamı)

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	ki kare	p
Hastane müdahaleleri ve değişimi	Hekim	70	2,48	0,71	172,86	19,607	p<0,001
	Hemşire	128	2,50	0,83	181,01		
	Tekniker	111	2,59	0,61	195,97		
	Personel	84	2,95	0,75	242,85		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Hekim	70	3,11	0,40	189,84	5,757	,124
	Hemşire	128	3,19	0,65	204,27		
	Tekniker	111	3,06	0,60	179,40		
	Personel	84	3,19	0,48	215,14		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Hekim	70	3,67	0,56	190,14	11,435	,010*
	Hemşire	128	3,82	0,60	223,39		
	Tekniker	111	3,62	0,63	186,54		
	Personel	84	3,59	0,59	176,32		
Üniteler içi ekip çalışması	Hekim	70	3,89	0,61	217,58	14,978	,002**
	Hemşire	128	3,76	0,73	201,71		
	Tekniker	111	3,86	0,60	209,45		
	Personel	84	3,49	0,70	156,22		
İletişim açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim	Hekim	70	3,37	0,51	185,04	6,142	,105
	Hemşire	128	3,47	0,58	210,80		
	Tekniker	111	3,39	0,71	204,66		
	Personel	84	3,35	0,44	175,82		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Hekim	70	3,37	0,60	216,24	6,597	,086
	Hemşire	128	3,18	0,62	177,82		
	Tekniker	111	3,31	0,62	198,59		
	Personel	84	3,29	0,60	208,08		
Personel Sağlama	Hekim	70	3,33	0,74	239,98	13,568	,004**
	Hemşire	128	3,04	0,63	189,07		
	Tekniker	111	3,03	0,63	179,60		
	Personel	84	3,09	0,66	196,26		

*p<0,05 **p<0,01

Güvenliğin kapsamlı algılanması, Hataların raporlanma sıklığı, Hastane müdahaleleri ve değişimi, Üniteler içi ekip çalışması, iletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, Personel sağlama maddelerinin meslek sürelerine göre anlamlı bir fark sağladığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Güvenliğin kapsamlı algılanması, hataların raporlama sıklığı ve iletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim alt maddelerinde meslek sürelerine göre çalışan sağlık personelinin benzer görüşe sahip oldukları tespit edilmiştir.

Hastane müdahaleleri ve değişimi maddesine 16-20 yıldır sağlık kurumunda çalışan sağlık personeli etkisine daha az katılmaktadır. Üniteler içi ekip çalışması maddesine 1 yıldan az çalışan sağlık personeli etkisine daha az katılmaktadır. Personel sağlama maddesine 1 yıldan az, 1-5 yıl, 16-20 yıl arasında çalışan personeller etkisine daha az katılmaktadır. (Tablo 6.4.10)

Tablo 6.4.10. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin meslek süresine göre dağılımı

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	ki kare	p
Güvenliğin kapsamlı algılanması	1 Yıldan az	39	3,32	0,51	231,00	13,690	,018*
	1-5 Yıl	141	3,17	0,54	196,79		
	6-10 Yıl	74	3,06	0,39	177,06		
	11-15 Yıl	61	3,13	0,40	193,93		
	16-20 Yıl	35	3,01	0,36	163,34		
	21 Yıl ve Üzeri	43	3,37	0,68	232,91		
Hataların raporlama sıklığı	1 Yıldan az	39	3,31	1,00	162,83	15,134	,010*
	1-5 Yıl	141	3,52	0,88	181,74		
	6-10 Yıl	74	3,86	0,79	221,30		
	11-15 Yıl	61	3,86	0,92	223,57		
	16-20 Yıl	35	3,46	1,08	178,27		
	21 Yıl ve Üzeri	43	3,74	1,08	213,76		

Tablo 6.4.10. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin meslek süresine göre dağılımı (Devamı)

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	ki kare	p
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetimin desteği	1 Yıldan az	39	3,26	0,36	175,31	5,534	,354
	1-5 Yıl	141	3,38	0,45	207,37		
	6-10 Yıl	74	3,27	0,51	182,35		
	11-15 Yıl	61	3,30	0,43	189,43		
	16-20 Yıl	35	3,34	0,39	198,91		
	21 Yıl ve Üzeri	43	3,40	0,39	217,06		
Hastane müdahaleleri ve değişimi	1 Yıldan az	39	2,40	0,64	172,65	17,347	,004**
	1-5 Yıl	141	2,75	0,77	215,83		
	6-10 Yıl	74	2,73	0,75	214,49		
	11-15 Yıl	61	2,63	0,68	197,02		
	16-20 Yıl	35	2,33	0,79	145,93		
	21 Yıl ve Üzeri	43	2,41	0,78	168,77		
Yönetici beklentisi ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	1 Yıldan az	39	3,19	0,71	209,37	6,696	,244
	1-5 Yıl	141	3,21	0,59	211,16		
	6-10 Yıl	74	3,07	0,54	185,59		
	11-15 Yıl	61	3,13	0,50	195,86		
	16-20 Yıl	35	3,00	0,47	165,16		
	21 Yıl ve Üzeri	43	3,10	0,51	186,52		

Tablo 6.4.10. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin meslek süresine göre dağılımı (Devamı)

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	ki kare	p
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	1 Yıldan az	39	3,88	0,62	219,79	6,555	,256
	1-5 Yıl	141	3,71	0,62	202,23		
	6-10 Yıl	74	3,58	0,52	173,16		
	11-15 Yıl	61	3,66	0,49	187,82		
	16-20 Yıl	35	3,62	0,71	199,07		
	21 Yıl ve Üzeri	43	3,72	0,72	211,55		
Üniteler içi ekip çalışması	1 Yıldan az	39	3,57	0,83	165,23	24,200	p<0,001
	1-5 Yıl	141	3,61	0,73	174,93		
	6-10 Yıl	74	3,76	0,49	197,45		
	11-15 Yıl	61	3,84	0,59	203,86		
	16-20 Yıl	35	4,03	0,56	245,96		
	21 Yıl ve Üzeri	43	4,04	0,70	247,84		
İletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim	1 Yıldan az	39	3,39	0,54	183,35	11,977	,035**
	1-5 Yıl	141	3,28	0,66	179,58		
	6-10 Yıl	74	3,45	0,53	205,42		
	11-15 Yıl	61	3,57	0,50	228,20		
	16-20 Yıl	35	3,32	0,51	179,19		
	21 Yıl ve Üzeri	43	3,53	0,53	222,27		
Hastaya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	1 Yıldan az	39	3,37	0,64	223,76	8,265	,142
	1-5 Yıl	141	3,28	0,58	199,79		
	6-10 Yıl	74	3,19	0,63	172,19		
	11-15 Yıl	61	3,19	0,59	184,99		
	16-20 Yıl	35	3,40	0,65	220,30		
	21 Yıl ve Üzeri	43	3,30	0,70	204,36		

Tablo 6.4.10. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin meslek süresine göre dağılımı (Devamı)

		n	Mean	Std. Deviation	Mean Rank	ki kare	p
Personel Sağlama	1 Yıldan az	39	2,98	0,65	179,35	27,446	p<0,001
	1-5 Yıl	141	3,00	0,69	179,70		
	6-10 Yıl	74	3,06	0,52	190,12		
	11-15 Yıl	61	3,02	0,59	181,80		
	16-20 Yıl	35	3,40	0,63	245,10		
	21 Yıl ve Üzeri	43	3,51	0,70	263,99		

*p<0,05 **p<0,01

Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinin toplamı ile hasta güvenliği bilgi düzeyi arasında bir ilişkinin çok zayıf olduğu tespit edilmiştir ($p=0,172$). Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ile Hastane müdahaleleri ve değişim arasında zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,331$). Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri ile güvenliğin kapsamlı algılanması arasında zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,256$). Üniteler içi ekip çalışması ile Hataların raporlanma sıklığı arasında zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,255$). Üniteler içi ekip çalışması ile Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme arasında orta bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,504$). İletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim ile Hataların raporlanma sıklığı arasında zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,306$). İletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim ile Üniteler içi ekip çalışması arasında zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,361$). Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ile Güvenliğin kapsamlı algılanması arasında zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,386$). Personel sağlama ile Güvenliğin kapsamlı algılanması arasında zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,293$). Personel sağlama ile Üniteler içi ekip çalışması arasında zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,451$). Personel sağlama ile İletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geri bildirim arasında zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,255$). (Tablo 6.4.11)

Tablo 6.4.11. Hasta güvenliği Kültürü Hastane Anketi alt maddeleri ile Toplam bilgi düzeyi arasındaki korelasyon

	Toplam Bilgi Düzeyi	Güvenliği Kapsamlı Algılanması	Hataların Raporlanma Sıklığı	Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması ve Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	Hastane Müdahaleler ve Değişim	Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	Üniteler İçin Ekip Çalışması	İletişimin Açık Tutulması ve Hatalar Hakkında Geribildirim	Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Personel Sağlama	Toplam
Toplam Bilgi Düzeyi	1											
Güvenliği Kapsamlı Algılanması	,018	1										
Hataların Raporlanma Sıklığı	,126*	-,048	1									
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması ve Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	,122*	,129*	,004	1								
Hastane Müdahaleler ve Değişim	-,047	,157**	-,088	,331**	1							
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	,071	,256**	,047	,194**	,153**	1						
Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	,090	,211**	,220**	,097	-,136**	,185**	1					
Üniteler İçin Ekip Çalışması	,165**	,151**	,255**	,093	-,127*	,118*	,504**	1				
İletişimin Açık Tutulması ve Hatalar Hakkında Geribildirim	,245**	-,008	,306**	,174**	-,086	,243**	,235**	,361**	1			
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	-,061	,386**	-,179**	,248**	,121*	,194**	,210**	,051	-,037	1		
Personel Sağlama	,041	,293**	,083	,154**	,031	-,107*	,099	,451**	,255**	,095	1	
Toplam	,172**	,469**	,360**	,539**	,373**	,474**	,487**	,572**	,562**	,401**	,462**	1

Araştırmada, Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği olumlu cevap ortalaması, Bodur ve Filiz'in çalışmasında olumlu cevap skorundan ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmanın Benchmark skorundan ise daha yüksek bulunmuştur. Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri olumlu cevap ortalaması, Bodur ve Filiz'in çalışmasında olumlu cevap skorundan daha yüksek, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmanın Benchmark skorundan ise daha düşük bulunmuştur. Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme faaliyetleri olumlu cevap ortalaması, Bodur ve Filiz'in çalışmasında olumlu cevap skorundan daha yüksek, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmanın Benchmark skorundan ise daha düşük bulunmuştur. İletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geribildirim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hataların raporlanma sıklığı ve Personel sağlama olumlu cevap ortalaması, Bodur ve Filiz'in çalışmasında olumlu cevap skorundan ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmanın Benchmark skorundan ise daha yüksek bulunmuştur. Güvenliği kapsamlı algılanması, Hastane müdahaleleri ve değişimi Benchmark çalışması skorundan daha düşük bulunmuştur.(Tablo 6.4.12)

Tablo 6.4.12. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerinin olumlu skor ortalamaları ile Benchmark Skoru Karşılaştırması (Ort)

Hasta güvenliği kültürü Hastane Anketi alt maddeleri	Olumlu Cevaplar	Bodur skor Bodur ve Filiz (21)	Benchmark Skoru Sorra ve ark (22)
Güvenliğin kapsamlı algılanması	%45,1	%62	%56
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	%23,2	%67	%55
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	%74,6	%67	%53
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	%22,6	%57	%64
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	%69,7	%57	%55
Hataların raporlanma sıklığı	%66,3	%15	%54
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor	%56,5	%13	%47
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor	%62	%14	%50
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor	%58,5	%18	%67
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	%68,7	%40	%62
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	%48,4	%46	%34
Hastane üniteleri birbiriyle uyum içinde çalışmaz	%28	%57	%51
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	%63,8	%40	%47
Yönetim, sadece istemeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir.	%36,1	%32	%50
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	%63,6	%37	%65

Tablo 6.4.12. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerinin olumlu skor ortalamaları ile Benchmark Skoru Karşılaştırması (Ort) (Devamı)

Hasta güvenliği kültürü Hastane Anketi alt maddeleri	Olumlu Cevaplar	Bodur skoru Bodur ve Filiz (21)	Benchmark Skoru Sorra ve ark (22)
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	%63,6	%37	%65
Hastane yönetimi hasta güvenliğini arttıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	%75,3	%40	%72
Hastane müdahaleleri ve değişimi	%26	%54	%35
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	%23,1	%44	%29
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	%30,2	%59	%44
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	%25,2	%46	%56
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problem oluşur.	%28,5	%42	%32
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	%16,8	%67	%36
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	%44,1	%44	%70
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	%66,2	%37	%68
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	% 69	%41	%72
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	%44,5	%37	%67
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	% 15,5	%60	%71

Tablo 6.4.12. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerinin olumlu skor ortalamaları ile Benchmark Skoru Karşılaştırması (Ort) (Devamı)

Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddeleri	Olumlu Cevaplar	Bodur skor Bodur ve Filiz (21)	Benchmark Skoru Sorra ve ark (22)
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme faaliyetleri	%81,2	%41	%66
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	% 72,5	%51	%77
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	% 66,1	%21	%48
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	% 62,1	%52	%62
Üniteler içi ekip çalışması	%84,2	%70	%75
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler	% 67,9	%65	%81
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	% 80,9	%75	%81
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	% 74,6	%72	%73
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	% 60,8	%70	%63
İletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geribildirim	%71,5	%38	%59
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	% 71,5	%30	%53
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	% 61,4	%43	%72
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	% 75,9	%47	%59
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler.	% 43,5	% 19	%46

Tablo 6.4.12. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerinin olumlu skor ortalamaları ile Benchmark Skoru Karşılaştırması (Ort) (Devamı)

Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddeleri	Olumlu Cevaplar	Bodur skoru Bodur ve Filiz (21)	Benchmark Skoru Sorra ve ark (22)
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	% 55,4	% 42	%65
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.	% 19,6	% 47	%60
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	%57,7	%24	%37
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	% 50,9	%42	%58
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	% 45,6	%19	%39
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	% 39,1	%23	%28
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	% 47,1	% 14	%44
Personel sağlama	%50,4	%44	%48
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	% 51,4	%36	%45
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	% 23,4	%76	%61
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde “kriz modunda” çalışırız.	% 69,2	%21	%40

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hasta bakımının güvenliğini geliştirmede en önemli engelin sağlık kuruluşlarındaki güvenlik kültürü ortamı olduğu belirtilmektedir (1). Son yıllarda hasta güvenliği kültürü üzerine daha çok durulmaya başlanmıştır. Bunun sebebi, sağlık kurumlarında hasta güvenliği ile ilgili geliştirilmesi gereken alanların saptanmasına, çalışanlarda hasta güvenliği hakkında farkındalık oluşturmaya olanak sağlanmalıdır (15).

Sağlık çalışanlarının yaklaşık %97'sinin son bir yıl içerisinde hiç olay rapor yazmadıkları, %16,5'nin ise 1-2 olay raporladıkları tespit edilmiştir (Tablo 6.4.5). Yapılan araştırmada 36-45 yaş grubunda çalışan personelinin raporlama sıklıklarının oldukça az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.4.7) En çok raporlamanın bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında yapıldığı tespit edilmiştir (Tablo 6.4.12). Filiz (1) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, sağlık çalışanlarının % 83,9 'unun hiç olay rapor formu yazmadığı vurgulanmıştır. Dönmez ve ark (23) tarafından gerçekleştirilen diğer çalışmada hemşirelerin beşte dördünden fazlası (%83.1) son 12 ayda birimlerinde hata/olay raporunun hiç yazılmadığını, yaklaşık onda biri de (%8.1) hata/olayların raporlanmasından korkulduğunu belirtmiştir. AHRQ (24) tarafından gerçekleştirilen 2018 Kullanıcı Karşılaştırmalı Veritabanı Raporu (user comparative database report) isimli çalışmada sağlık çalışanlarının % 55'nin hiç olay rapor formu yazmadığı görülmektedir. Hasta güvenliğinin etkili bir şekilde yürütülmesi, olası hataların önlenmesi için kurumda çalışanlar tarafından benimsenmiş olması gerekmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları aktif bir olay raporlama sürecine dahil edilmelidir. Bulgularımızı destekleyecek şekilde Evans ve ark (25)'nin yaptıkları çalışmada ise hekimler ve hemşirelerin, yöneticilerden geri bildirim alamadıkları, zarar uğratmayan hataları önemsemedikleri, iş yoğunluğu gibi sebeplerle hataları raporladıkları belirtilmektedir.

Sağlık hizmeti sunum sürecinde sağlık çalışanları tıbbi hatalarla karşılaşmaktadır. Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hataların meydana gelmesinde en çok uzun çalışma saatleri nedeniyle yaşanan yorgunluk, halsizlik ve stresin sebep olduğunu tespit edilmiştir (Tablo 6.2).

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi analizinde, Sorra ve ark tarafından yayımlanan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi el kitabından yola çıkarak tüm maddelerinin olumlu cevap yüzdeleri hesaplanmıştır (15).

Yapılan araştırmada hasta güvenliği kültürünün oluşması için geliştirilmesi gereken maddeler sıralanmıştır:

- Personel sağlama
- Hastane müdahaleleri ve değişimi
- Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri

Sağlık alışanlarının hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt maddelerinde en yüksek olumlu cevap yüzdesini ünite içi ekip çalışmasına verdiği tespit edilmiştir (Tablo 6.4.2). Alt maddeyi oluşturan sorular incelendiğinde, birimdeki kişilerin birbirine destek olduğu, çok fazla iş yapılması gerektiği durumlarda takım olarak çalışmanın benimsenerek personelin birbirine yardımcı olduğu ve insanların birbirlerine karşı saygılı davrandıkları görülmüştür. Çalışanlar birim içerisinde hasta güvenliğini ekip olarak yürütmesine rağmen üniteler arasında birlikte çalışmaktan kaçındıkları tespit edilmiştir. niteler içerisinde oluşturulan hasta güvenliği kültürünün kurum içindeki diğer ünitelere yansıtılamadığı görülmüştür. Bu da sağlık kurumları içerinde genel bir hasta güvenliği kültürü oluşmasını engellemektedir. Aynı zamanda kaliteli bir sağlık hizmetinden bahsedildiğinde kurum içerisinde tüm birimlerde ortak değerler, tutumlar aynı düzeyde olmalıdır. Bütün birimlerin birbirleri ile etkili iletişim kurabilmeleri gerektiğinde birbirleri arasında ekip olarak çalışabilmeleri gerekmektedir. Bu sayede kurum içerisinde hasta güvenliği kültürünü iyileştirebilir ve geliştirebilirler.

Alt maddeler arasında en düşük olumlu cevap yüzdesi ise, hastane müdahaleleri ve değişimi maddesi olmuştur. Alt maddeyi oluşturan sorular incelendiğinde, hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeylerin gözden kaçırılarak kaybolduğu, nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önlemleri bilgiler kaybedildiği, diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmaktan genellikle hoşlanılmadığı, birimler arasında bilgi aktarımında problemler oluştuğu, nöbet değişimleri hastalar açısından problemli olduğu yorumları yapılabilir. Hastanede nöbet değişimlerinin hastalar açısından problemli olduğunu düşünmektedirler (Tablo 6.4.12). Bu görüşü niversite mezunu

olan hekim, hemşire ve tekniker grubunda çalışan personeli desteklemektedir. Genelde bu çalışanların 16-20 yıl sürelerde çalıştıkları tespit edilmiştir (Tablo 6.4.7, Tablo 6.4.8, Tablo 6.4.9 ve Tablo 6.4.10). Hasta güvenliğinin sağlanmasında, nöbet değişimi konusunda iyileştirmeler yapılmalıdır. Devir teslim sırasında genellikle sözlü veya yazılı iletişim kurulmaktadır. Hasta bakımıyla ilgili konularda sağlık çalışanları arasındaki iletişim ve bilgiyi paylaşmada isteklilik hasta tesliminde önemlidir. Bu konuda belirlenmiş standart bulunmamaktadır. Hasta güvenliği açısından hataların meydana gelmesinin önlenmesi için genel bir standart oluşturulması önerilir.

Sözer (7) tarafından yapılan çalışmada hasta güvenliği kültürü anketinin güçlü ve zayıf yönleri değerlendirilmiş ve çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalardan elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Belçika’da yapılan çalışmada en düşük olumlu cevap yüzdesi % 35 ile hastane yönetiminin hasta güvenliği ne olan desteği, % 36 ile hataya karşı cezalandırıcı olmayan tutum, en yüksek olumlu cevap yüzdesi ise %70 ile üniteler arası ekip çalışması maddesi olduğu saptanmıştır. Norveç’te yapılan çalışmada iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geribildirim ve yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri maddeleri dışındaki maddelerin Amerika Birleşik Devletlerindeki sağlık çalışanlarına göre daha yeterli görmektedirler. Aynı araştırma ekibi, dokuz kamu iki özel hastanede uygulama yapmıştır. En yüksek olumlu cevap yüzdesi %76 ile organizasyonel öğrenme sürekli geliştirme faaliyetleri, en düşük olumlu cevap yüzdesi %21 ile hataya karşı cezalandırıcı olmayan tutum olarak saptanmıştır.

Filiz (1) tarafından gerçekleştirilen çalışmada en yüksek olumlu cevap yüzdesi %71 ile üniteler içi ekip çalışması maddesine ait olduğu görülürken çalışmamızla tutarlı bir sonuç elde edildiği görülmektedir. En düşük olumlu cevap yüzdesi ise %15 hataların raporlama sıklığı, %19 hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ve % 38 ile personel sağlama maddeleri olduğu görülmektedir. Çalışmamızın literatürden farklı çıkmasının sebebi hasta güvenliği uygulamalarında aksaklıklar yaşanmasıdır. Bu konuda yaşanan aksaklıkların giderilmesi için sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi önerilir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimleri hasta güvenliği açısından değerlendirilmelerine bakıldığında birimlerdeki hasta güvenliği derecesi %91 oranında kabul edilir düzeydedir (Tablo 6.4.4). Hasta güvenlik derecesinin yüksek çıkması hasta güvenliğinin yeterli oranda sağlandığını ve kalite çalışmalarının kurum içerisinde etkin görev aldığını göstermektedir. Dönmez ve ark (23) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, hemşirelerin yaklaşık üçte birinin (%37.8) çalıştıkları birimde hasta güvenliği derecesini çok iyi ve yaklaşık beşte ikisi kabul edilebilir (%43.3) olarak değerlendirdiği görülmüştür. Gülay (13) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, %12'si mükemmel %38'i çok iyi, %46'sı ise makul olarak değerlendirmiştir. Filiz (1) tarafından gerçekleştirilen çalışmada %8,4 oranında mükemmel, %32 oranında çok iyi ve %46 oranında kabul edilebilir şeklinde tanımlanmıştır. Hasta güvenlik dereceleri literatür ile kıyaslandığında benzer sonuçlar elde edildiği ve sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimlere güvendikleri yönünde yorumlanabilir.

Araştırmada Filiz (1) tarafından yapılan çalışma ile Sora ve ark (21) yapılan çalışmanın benchmark skorları karşılaştırılmıştır. Genel olarak sağlık çalışanları hasta güvenliği kültürü konularında benzer cevaplar vermişlerdir. Hasta güvenliği kültürü hastane anketinin alt maddelerine bakıldığında “güvenliğin kapsamlı algılanması”, “hastane müdahaleleri ve değişim”, “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” benchmark skorundan daha düşük olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 6.4.12) Sağlık çalışanlarının en güçlü oldukları alt madde ise “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” maddesidir. Bu da birimlerin kendi içlerinde ekip çalışmasına önem verdiklerini göstermektedir. En zayıf olduğu alt madde “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” maddesidir. Bu konuda en çok iyileştirme faaliyetlerinin yapılması gerekmektedir.

İletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geribildirim maddesine bakıldığında sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun (%71,5'nin) raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendirildiği tespit edilmiştir. % 19,6'sının ise bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korktuğu tespit edilmiştir. Buradaki farklılığın 18-25 yaş grubu aralığındaki çalışanlarından kaynaklandığı gözlenmiştir. (Tablo 6.4.7) Özellikle yeni işe başlayan çalışanların bilgi ve tecrübe yetersizliklerinin olması sebebiyle soru sormaktan çekindikleri tespit edilmiştir. Bulgularımıza benzer olarak Filiz (1) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının % 40'ı hatalar konusunda kendilerine geribildirimde bulunduğu belirtirken, daha azı (%36) çalışma ortamlarında açık ve samimi bir iletişim olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir.

Yönetici beklentileri ve yönetimin desteği maddesine bakıldığında sağlık çalışanları, yöneticilerinin tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden geldiğini düşünmektedirler (Tablo 6.4.12). Hastane yönetiminin hasta güvenliği konusunda desteğinin daha az olduğu bulunmuştur.

Personel sağlama maddesine bakıldığında sağlık çalışanlarının en çok katıldıkları görüşte olduğu yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalıştıklarıdır. Birim içerisinde iletişimin ve ekip çalışmasının fazla olduğu tespit edilmiştir. Katılmadıkları görüş ise olduğu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılmadığıdır. Birimlerde yeterli eleman olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.4.12). Filiz (1) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının personel yetersizliği olduğunu düşündüğü görülmüştür. Personel yetersizliğinin olması hasta güvenliğini tehdit eden olaylardandır. Hasta bakımı doğrudan olumsuz yönde etkilenir.

Güvenliğin kapsamlı algılanması maddesine bakıldığında en düşük görüşün birim içerisinde hasta güvenliği ile ilgili problemler olduğu tespit edilmiştir. En yüksek görüşün ise hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilke olduğu tespit edilmiştir. Aralarındaki farklılığın 16-20 yıldır çalışan sağlık personelinin kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 6.4.10). Çalışma süresi arttıkça

hasta güvenliği kültürü üzerinde de algısının azalmaya başladığı tespit edilmiştir. Bulgularımız ile aynı görüşe sahip olan Korkmazer ve ark (26) çalışması incelendiğinde 11 ve üstü yıl çalışanlar grubunun algısının genellikle daha düşük olduğu görülmektedir.

Organizasyonel öğrenme, bilgi ve yeniliklerin sürekli geliştirilmesi sağlanmalıdır. Sağlık hizmeti veren kurumlar operasyonel anlamda çalışmalarında sağlık personeline hasta güvenliği kültürü ve uygulamalarını öğrenmeyi sağlayan imkanlar yarattıkça kalite ve hasta güvenliği çalışmaları geliştirilebilir.

Hasta güvenliği bilgi düzeyi ile hasta güvenliği kültürü anketi karşılaştığında anlamlı veriler elde edilememiştir (Tablo 6.4.12). Hasta güvenliği bilgi düzeyi sorularının olumlu cevap yüzdeleri mesleklere göre incelendiğinde hekimlerin çoğunlukla tüm sorulara daha az oranda katıldıkları tespit edilmiştir. Bunun sebebinin hekimlerin sağlık kurumlarında sunmuş oldukları hizmetle alakalı dürüst bir cevaplandırma sağlamadıkları olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hekimlerin çalışmaya katılma isteklerinin olmaması ve anket toplama aşamasında destek göstermediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar ve öneriler elde edilmiştir:

- Sağlık çalışanları, çalışma ortamlarındaki hasta güvenliği ile ilgili bazı uygulamaları yetersiz bulmaktadır. Bu konuda sağlık çalışanlarının görüşleri alınmalı ve etkin bir şekilde yürütülmesi için sağlık çalışanlarının da hasta güvenliği uygulamalarına dahil edilmesi gerekmektedir.
- Sağlık çalışanları hastanelerindeki hasta güvenliği kültürünün iyi düzeyde olduğunu düşünmektedir. Bu sebeple kurumlardaki kaliteyi artırmak önerilir.
- Sağlık çalışanlarının tıbbi hatalarının raporlanmasını önemsemediği tespit edilmiştir. Ramak kala olayların ve hastaya zarar verme ihtimali olmayan hatalar sağlık çalışanları tarafından hiç raporlanmadığı tespit edilmiştir. Geliştirilen güvenlik raporlama sisteminin aktif olarak kullanılması ve çalışanların sisteme duyduğu güven artırılmalıdır.
- Yöneticilerin hasta güvenliği konusunda uygulamaları daha çok desteklemesi gerekmektedir. Hasta güvenliğine kaynak ayırması, hasta güvenliği ile alakalı

sonuçların bildirilmesi, yöneticilerin birimlerde hasta güvenliği açısından alan denetimlerine başlaması önerilir.

- “Hasta Güvenliği Komitesi” çalışmalarının daha verimli olması kalite birim çalışanlarının ve yönetimin bu konuda duyarlı davrandığının personele yansıtılması gerekmektedir. Komite toplantılarında sağlık çalışanlarının da hasta güvenliği konusunda görüşlerinin alınması önerilir.
- Sağlık çalışanları arasında iletişimin etkili sağlanması için standart bir iletişim tekniği geliştirilmesi ve sağlık çalışanlarına bu konuda eğitimler verilmesi önerilir.

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği bilgi düzeyi ile hasta güvenliği kültürü algılama düzeyinin ölçülmesi amacıyla yapılan araştırmamız kalite çalışmaları açısından veri kaynağı olarak değerlendirilebilir. Bu çalışma özel hastaneler kompleksinde yürütülmüştür. Sağlık çalışanlarının araştırmaya daha dürüst bir şekilde yaklaşması için devlet kurumlarında çalışan sağlık personellerinde görüşlerinin alınması ve farklı sağlık kuruluşlarının karşılaştırılması önerilir.

8. KAYNAKÇA

1. Filiz E. Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi,s.1-124, Konya 2009.
2. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı : Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Türkiye İstatistikleri.s.10-16, Ankara, 2018.
3. Çakar, T., Serdar M. Kalite Yönetim Sistemleri. SAU Fen Bilim Enstitüsü Derg. 6(2):87-91, 2002.
4. Kırılmaz H. 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı.p.648, Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2010.
5. Taş Y, Akpınar AT, İşçi E, Kalite yönetim sistemi ile hasta güvenliği kültürü ilişkisinin belirlenmesine yönelik bir araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği.s.3-4,Kocaeli, 2014.
6. Sayek F.TTB Raporları /Kitapları, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya.1.Baskı, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, s 62-85,Ekim 2011.
7. Sözer E, Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,s.15-16, s.43-48, s62-69,İzmir,2012.
8. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. <https://kalite.saglik.gov.tr/>. Erişim Tarihi: Ağustos 1, 2019.
9. Çevik G. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi.Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,s.5-8,Isparta,2018.
10. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite Ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı,Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları - Hastane Seti (Versiyon 4).Ankara, 2009.
11. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane.s.77,Ankara,2015.

12. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>. Erişim Tarihi: Temmuz 14, 2019.
13. Gülay H. Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,s 99-102, 2016.
14. Aygin D, Cengiz H. İlaç Uygulama Hataları Ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011;45(3):113-114
15. Sorra J, Gray L, Streagle S. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. s.51, 2016
16. Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>. Erişim Tarihi: Ağustos 1, 2019.
17. Akalin HE. Hasta Güvenliği Kültürü : Nasıl Geliştirebiliriz?.ANKEM Dergi. 18(Ek 2):12-13, 2004.
18. Sağlık Bakanlığı. TC.Sağlık Bakanlığı - Güvenlik Raporlama Sistemi. <https://grs.saglik.gov.tr/>. Erişim Tarihi: Temmuz 19, 2019.
19. Demir M, Erdemli B, Kurtoğlu M, Öngen G. Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu.s.74-79; 2010.
20. Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi.Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15:2, 2012.
21. Bodur S, Filiz E. Validity and Reliability of Turkish Version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and Perception of Patient Safety in Public Hospitals in Turkey. BMC Health Services Research, 10:28, s.12; 2010.
22. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2008 Comparative Database Report. Agency Healthc Res Qual.(08):81,2008

23. Ünsal Atan Ş, Dönmez S, Duran Taşçı E. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. F.N. Hem.Dergisi; 21(3):172-180, 2013.
24. Patient Safety Hospital Survey On Patient Safety Culture 2018 User Database Report Surveys on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov. Erişim Tarihi: Ağustos 1, 2019.
25. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, et al. Attitudes And Barriers To Incident Reporting: A Collaborative Hospital Study. Qual Saf Health Care. ;15(1):39-43,2006.
26. Korkmazer F, Yıldız A, Ekingen E. Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.;4(2):s.143-146, 2016.

9. EKLER

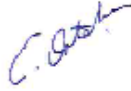
EK -1. ANKET FORMU

19.02.2016

ÖZEL NİSA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,
İSTANBUL

Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi bölümü öğrencisi olan Esen ORTAKÇI tarafından Yrd. Doç. Dr. Nüket GÜLER BAYSOY danışmanlığında yürütölmekte olan **"Bir Özel Hastaneler Kompleksinde Yürütölen Hasta Güvenliğine İlişkin Kalite Çalışmaları Konusunda Personel Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi"** başlıklı yüksek lisans tezine ait araştırmanın Medipol Sağlık Grubu'nda gerçekleştirilmesi planlanmış olup, çalışma etik kurul onayı için Medipol Üniversitesi Etik Kurulu'na sunulacaktır. Konu özeti ve araştırma anketi ekte sunulmuştur. Çalışmanın Özel Nisa Hastanesi'nde yapılabilmesi için gerekli onayın verilmesini arz ederiz.

Sorumlu Araştırmacı
Esen ORTAKÇI



Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Nüket GÜLER BAYSOY



Adres: Kavacık Mah. Ekinçiler Cad. No:19
Kavacık Kavşağı, Beykoz/İstanbul

508 561 00 68



09.12.2016

ÖZEL İSTANBUL MEDİPOL HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
İSTANBUL

Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi bölümü öğrencisi olan Esen ORTAKÇI tarafından Yrd. Doç. Dr. Nüket GÜLER BAYSOY danışmanlığında yürütülmekte olan "Bir Özel Hastaneler Kompleksinde Yürütülen Hasta Güvenliğine İlişkin Kalite Çalışmaları Konusunda Personel Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tezine ait araştırmanın Medipol Sağlık Grubu'nda gerçekleştirilmesi planlanmış olup, çalışma etik kurul onayı için Medipol Üniversitesi Etik Kurulu'na sunulacaktır. Konu özeti ve araştırma anketi ekte sunulmuştur. Çalışmanın Özel İstanbul Medipol Hastanesi'nde yapılabilmesi için gerekli onayın verilmesini arz ederiz.

Sorumlu Araştırmacı
Esen ORTAKÇI



Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Nüket GÜLER BAYSOY



Adres: Kavacık Mah. Ekinçiler Cad. No:19
Kavacık Kavşağı, Beykoz/İstanbul

506 561 00 69

Uygundur



Değerli Katılımcılar,

Bu araştırma, **Bir Özel Hastaneler Kompleksinde Yürütülmekte Olan Hasta Güvenliğine İlişkin Kalite Çalışmaları Konusunda Personel Bilgi Ve Tutumlarının Belirlenmesi** amacıyla planlanmıştır. Bilgileriniz yalnızca bu araştırma için kullanılacak olup, kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu bilgilerin toplanmasının tek amacı, hasta güvenliği uygulamalarının sahada çalışan personel tarafından ne ölçüde algılandığını, benimsendiğini inceleyerek durum tespiti yapmak ve hasta güvenliği kültürünün ne derece yerleştiğini saptamaktır.

Anket tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Anketi samimi olarak yanıtlamanız araştırmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir.

Araştırmaya vereceğiniz destek için şimdiden teşekkür ederim.

Esen ORTAKÇI

Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz

() Kadın () Erkek

2. Yaşınız

() 18-25 () 26-35 () 36-45 () 46-55 () 56 ve üzeri

3. Eğitim durumunuz

() Lise () Önlisans () Üniversite () Lisansüstü

4. Medeni durumunuz

() Bekar () Evli

5. Mesleğiniz

() Hekim () Tekniker

() Hemşire /ATT ()

6. Çalıştığınız Birim

() Klinikler () Poliklinikler

() Diğer

7. Meslekteki Toplam Çalışma Süreniz

() 1 yıldan az () 6-10 yıl () 16-20 yıl

() 1-5 yıl () 11-15 yıl () 21 yıl ve üzeri

8. Şu anda çalıştığınız hastanedeki toplam çalışma süreniz

- () 1 yıldan az () 6-10 yıl () 16-20 yıl
() 1-5 yıl () 11-15 yıl () 21 yıl ve üzeri

9. Mesleğini gereği hastalarla direkt etkileşim veya temas halinde misiniz?

- () Evet () Hayır

10. Size göre tıbbi hataların meydana gelme sebebi nedir? (Birden Fazla Seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Birim Çalışan Sayısının Yetersiz Olması
- Uzun Çalışma Saatleri Nedeniyle Yorgunluk, Halsizlik, Stres
- İletişim Bozuklukları
- Ekip Çalışmasının Olmaması
- Sağlık Hizmetlerinin Karmaşık Bir Yapıda Olması
- Mesleki Eğitimin Yetersiz Olması
- Diğer.....

11. Tıbbi bir hata meydana geldiğinde tutum nasıl olmalıdır?

- Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır.
- Hata yapıldığında özür dilenmelidir.
- Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir.
- Diğer.....

12. Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?

- () Hiç Duymadım () Nadiren () Ara sıra () Çok sık

13. Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz?

- () Çok Güvenirim () Biraz Güvenirim () Güvenmem

14. Aşağıdaki ifadeleri, Hastane Yönetiminizin Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Uygulamalarına İlişkin tutumuna göre cevaplayınız

Aşağıdaki hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaları, hastanemizdeki uygulanma derecesine göre değerlendiriniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastanemizde, hastane yönetimi kalite geliştirme ve hasta güvenliği uygulamalarını ön planda tutmaktadır.					
2. Hastane yönetimi, hasta güvenliği ile ilgili süreçleri ve iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesi hakkında önceliklerini belirlemektedir.					
3 Kalite geliştirme ve hasta güvenliği uygulamaları koordineli olarak ekip çalışması halinde yürütülmektedir.					
4. Kalite geliştirme ve hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin bilgiler hastane yönetimi tarafından personele düzenli olarak iletilmektedir.					
5. Kalite geliştirme ve hasta güvenliği uygulamaları hakkında çalışanlara yeterli düzeyde eğitim programı uygulanmaktadır.					
6. Yönetim, personelin kalite geliştirme ve hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin eğitimlere katılmayı destekler.					
7. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, çalışanlar özgürce fikirlerini, yönetime iletebilirler.					
8. Hasta güvenliğini etkileyebilecek hatalarla ilgili olarak önleyici tedbirleri almaktadır.					
9. Hastanemizde hasta güvenliğini tehdit eden olaylar meydana geldiğinde düzeltici faaliyetler yapılmaktadır.					
10. Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirleri alınmaktadır.					

Aşağıdaki hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaları, hastanemizdeki uygulanma derecesine göre değerlendiriniz.	Kesinlikle uygulanmıyor	Uygulanmıyor	Kararsızım	Uygulanıyor	Kesinlikle Uygulanıyor
11. Hastalara, herhangi bir tedaviye başlamadan önce kimlik doğrulama işlemi yapılmaktadır.					
12.Hastalara; ilaç, kan ya da kan ürünleri verilmeden önce kimlik doğrulama işlemi yapılır.					
13. Kan bankasından gelen kan ve kan ürünleri verilmeden cross-match formu ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir.					
14.Yüksek riskli ilaç kategorileri tespit edilir ve etiketlenir.					
15.Yüksek riskli ilaç uygulamalarında yan etki ve advers etki takibi yapılır.					
16.Tedavi süreci başlayan yatan hastanın daha önceden kullandığı ilaçlar tespit edilir ve teslim alınır.					
17.Düşme riski bulunan hastaların, düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskinin azaltılması için dört yapraklı yonca figürü kullanılıp, önlemler alınır.					
18. Hasta düşmeleri bildirimleri kalite geliştirme birimine teslim edilir.					
19.Bir hata meydana geldiğinde, güvenli raporlama sistemi kullanılarak kalite geliştirme birimine teslim edilir.					
20.Herhangi bir durumda hastada meydana gelen ve yaşam bulgularını etkilediği saptandığında mavi kod verilir ve ilgili ekip tarafından müdahale edilir.					
21.Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin sağlanması için, sözlü ya da telefonla alınan direktifler kayıt altına alınır.					

Aşağıdaki hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaları, hastanemizdeki uygulanma derecesine göre değerlendiriniz.	Kesinlikle uygulanmıyor	Uygulanmıyor	Kararsızım	Uygulanıyor	Kesinlikle Uygulanıyor
22.Kullanılmaması gereken kısaltmalar listesi tüm çalışanlar tarafından bilinir.					
23.Enfeksiyon risklerinin azaltılması için enfeksiyon kontrol ve önleme birimi tarafından çalışmalar sistemli bir biçimde uygulanır.					
24. Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son kontrolleri yapılır.					
25. Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme yapılır.					
26. Hastalar birimler arası transfer edilirken yazılı prosedüre göre hareket edilir.					
27. Hastaya herhangi bir müdahale yapılmadan önce işlem hakkında hekim tarafından hasta bilgilendirilir ve yazılı onam alınır.					
28. Rutin işlemlerde ve düşük riskli müdahalelerde, sözlü ve hatta, dolaylı onam alınabilir.					
29. Hasta dosyaları eksiksiz olarak doldurulur.					
30. Hastanelerde verilen bakımın kalitesini değerlendiren akreditasyon kurumları da yine hasta dosyalarındaki bilgileri inceler					
31. Hastaya at bilgi ve bulguların ayrıntılı ile öğrenebileceği tek yer hasta dosyalarıdır.					
32. Hasta dosyaları doğru, zamanında ve tam olarak doldurulduğunda, hasta kendisi ile ilgili hiçbir bilginin atlanmayacağını düşünecek, hastane personeline güveni artacak, psikolojik olarak rahatlayacaktır.					

Aşağıdaki hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaları, hastanemizdeki uygulanma derecesine göre değerlendiriniz.	Kesinlikle uygulanmıyor	Uygulanmıyor	Kararsızım	Uygulanıyor	Kesinlikle Uygulanıyor
33. Radyasyonlu alanda bulunan cihazların bakım- onarım, kalibrasyon ve nitelik denetimlerinin yapılması sağlanır.					
34. Radyasyonlardan korunma konusunda uygulamaya özgü eğitim almış personel çalışır.					
35. Hasta kısıtlaması gerekiyorsa buna hekim karar verir. Kısıtlamanın nasıl yapılacağı yazılı olarak bildirilir ve her gün kısıtlama değerlendirmesi yapılır.					
36. Kısıtlama uygulanacak hastaya ve yakınına kısıtlama süreci hakkında bilgi verir.					
37. Kısıtlama nedeni ile hastaya zarar gelmişse olay bildirimini yapılır.					
Aşağıdaki İfadeleri Hastanenizin Genel Durumunu Göz Önünde Tutup, Katılım Derecenize Uygun Olarak Değerlendiriniz.	Çok Kötü	Kötü	Ne İyi Ne Kötü	İyi	Çok İyi
38. Genel Olarak, Hastanemizin Kalite Yönetim Sistemi					
39. Genel Olarak, Hastanemizde Sunulan Hizmetin Kalitesi					
40. Genel Olarak, Hastanemizin Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Uygulamaları					

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ

Yönlendirme: Bu ankette size hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusunda sorular sorulmaktadır.

- **“Olay”,** hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın yapılan bir hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.
- **“Hasta güvenliği”,** sağlık bakım hizmetleri verilirken hastanın yararlanması veya istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önlemedir.

BÖLÜM A

Lütfen çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırsınız.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hisseder.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9.	Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10.	Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11.	Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12.	Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13.	Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14.	Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde “kriz modunda” çalışırız.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15.	Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16.	Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17.	Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18.	Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM B

Yönetici/ supervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılımı yorum	Katılımı yorum	Ne Katılımı Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM C

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkla oluyor?

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3.	Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.	Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5.	Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6.	Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM D

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Bir hata yapıldığında ancak <u>hastayı etkilemeden fark edilip düzeltilmediğinde</u> ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Bir hata yapıldığında ancak <u>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına</u> ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. <u>Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen</u> bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM E

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

☐	☐	☐	☐	☐
A	B	C	D	E
Mükemmel	Çok İyi	Kabul Edilebilir	Zayıf	Başarısız

BÖLÜM F

Hastaneniz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyor um	Katılmıyo rum	Ne Katılım Ne Katılma m	Katılıyo rum	Kesinlikle Katılıyor um
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Hastane üniteleri birbiriyle uyum içinde çalışmaz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir iş birliği vardır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman <u>kaybedilir</u> .	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7.	Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8.	Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9.	Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10.	Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11.	Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM G

Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecinize verdiniz?

- | | |
|---|---|
| ☐ a. Hiç | ☐ d. 6-10 olay raporu |
| ☐ b. 1-2 olay raporu | ☐ e. 11-20 olay raporu |
| ☐ c. 3-5 olay raporu | ☐ f. 21 ve üzeri olay raporu |

10.ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI



E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.2282
Konu : Etik Kurulu Kararı

12/02/2016

Sayın Esen Ortakçı

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Bir Özel Hastaneler Kompleksinde Yürütülen Hasta Güvenliğine İlişkin Kalite Çalışmaları Konusunda Personel Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:

-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 12.02.2016 tarihinde e-imzalanmıştır.

~~Evrağınızı <http://ebys.medipol.edu.tr/e-imza/confirmationCodeDocumentViewer.aspx> linkinden 11943709X7 kodu ile doğrulayabilirsiniz.~~

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Özel Hastaneler Kompleksinde Yürütülen Hasta Güvenliğine İlişkin Kalite Çalışmaları Konusunda Personel Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Esen Ortakçı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	25.01.2016		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	25.01.2016		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 89	Tarih: 10/02/2016		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Toplantıda Bulunma

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esen	Soyadı	Yavuz
Doğum Yeri	İzmir	Doğum Tarihi	22.07.1992
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	
E- mail	esenortakci@hotmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi	2019
Lisans	T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi	2015
Lise	Özel okyanus Anadolu lisesi	2010

İş Deneyimi (Sondan Geçmişe Doğru)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
Kalite Uzmanı	Özel Ekol Hastanesi	2018 - Halen
Hasta Hakları Sorumlusu	Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	2017-2018
Kalite Yönetim Temsilcisi	Özel Rumeli Hastanesi	2016- 2017

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	60,98008	60,49286	58,72583

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office	Çok İyi
SPSS	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

