T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANEDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMASININ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE TOPLUMUN HASTA GÜVENLİĞİ HAKKINDAKİ TUTUMUNUN BELİRLENMESİ

Emel FİLİZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman
Prof.Dr.Said BODUR

KONYA-2009

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANEDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMASININ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE TOPLUMUN HASTA GÜVENLİĞİ HAKKINDAKİ TUTUMUNUN BELİRLENMESİ

Emel FİLİZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman
Prof.Dr.Said BODUR

KONYA-2009

İÇİNDEKİLER **Sayfa**

TABLOLAR DİZİNİ iii
ŞEKİLLER DİZİNİ v
1.GİRİŞ 1
1.1. Sağlık Hizmetleri ve Hasta Güvenliği 1
1.1.1. İlaç Hataları 4
1.1.2. Cerrahi Hatalar 7
1.1.3. Hastane Enfeksiyonu ve El Hijyeni 8
1.1.4. Hasta Güvenliğine Hastaların Katılımı ve Sorumluluğu 9
1.1.5. Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulları 11
1.2. Hasta Güvenliği Kültürü 13
1.2.1. Hataların Raporlanması 13
1.2.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi 15
1.3. Amaç 17
1.4. Araştırmanın Hipotezleri 17
2. GEREÇ VE YÖNTEM 18
2.1. Araştırmanın Tipi 18
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 18
2.3. Araştırma Evreni 18
2.4. Örneklem Hacmi 18
2.5. Araştırmanın Örneklemi 19
2.6. Örneklem Tanıtımı 19
2.7. Veri Toplama Araçları 24
2.7.1. Hasta Güvenliği Anketi 24
2.7.2. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 25
2.8. Ön Uygulama 29
2.9. Verilerin Toplanması 29
2.10. Etik Durum 29
2.11. Araştırmanın Değişkenleri 29
2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları 30
2.13. Varsayımlar 30
2.14. Veri Analizi 30

(İÇİNDEKİLER) **Sayfa**

3. BULGULAR 31
3.1. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumlarına İlişkin Bulgular.....31
3.2. Toplumun Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumlarına İlişkin Bulgular.....41
3.3. Sağlık Çalışanlarının Kurumlarındaki Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarına İlişkin Bulgular 48
3.3.1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin Geçerlilik ve Güvenilirliği.....51
4. TARTIŞMA 72
4.1. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumları.....72
4.2. Toplumun Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumları ...77
4.3. Sağlık Çalışanlarının Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları.....81
5.SONUÇ ve ÖNERİLER.....87
6. ÖZET.....90
7. SUMMARY 91
8. KAYNAKLAR 92
9. EKLER.....97
EK-A Sağlık Çalışanları Hasta Güvenliği Anket Formu 97
EK-B. Toplum Hasta Güvenliği Anket Formu 101
EK-C. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 104
EK-D. Etik Kurul İzni. 108
EK-E. Konya İl Sağlık Müdürlüğü İzni 109
EK-F. S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Başhekimliği İzni 110
EK-G. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzni..... 111
EK-H Konya Numune Hastanesi Başhekimliği İzni..... 112
EK-I. Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata ve Hata Raporlama Konusunda Bazı Katılımcıların Yorumları 113
10. ÖZGEÇMİŞ..... 116

TABLOLAR DİZİNİ **Sayfa**

Tablo 2.6.1. Sağlık çalışanlarının demografik özellikleri 21
Tablo 2.6.2. Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri 22
Tablo 2.6.3. Çalışmaya katılan toplumun demografik özellikleri (n=240) 23
Tablo 3.1.1. Sağlık çalışanlarının tıbbi hatalarla ilgili kişisel deneyimleri 32
Tablo 3.1.2. Sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarıyla ilgili tutumları 33
Tablo 3.1.3. Sağlık çalışanlarının tıbbi hata ile ilgili düşünceleri 34
Tablo 3.1.4. Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata sebepleri.....35
Tablo 3.1.5. Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata durumunda tutum.....36
Tablo 3.1.6. Sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "önleyebilir" bulma oranları (%) 37
Tablo 3.1.7. Sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "uygulanabilir" bulma oranları (%) 38
Tablo 3.1.8. Sağlık çalışanlarının hastanede hasta güvenliği ile ilgili bazı uygulamaları yeterli bulma oranları (%).....40
Tablo 3.2.1. Çalışmaya katılan toplumun ve sağlık çalışanlarının tıbbi hatalarla ilgili kişisel deneyimleri 41
Tablo 3.2.2. Toplum bireylerinin ve sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarıyla ilgili tutumları 42
Tablo 3.2.3. Toplumun ve sağlık çalışanlarının tıbbi hata ile ilgili düşünceleri 43
Tablo 3.2.4. Topluma ve sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata sebepleri 44
Tablo 3.2.5. Topluma ve sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata durumunda tutum 44
Tablo 3.2.6. Toplumun ve sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "önleyebilir" bulma oranları (%).....46
Tablo 3.2.7. Toplumun ve sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "uygulanabilir" bulma oranları (%).....47
Tablo 3.3.1. Hastane sağlık çalışanlarının demografik özellikleri 49
Tablo 3.3.2. Hastanede çalışan sağlık personelinin mesleki özellikleri 50
Tablo 3.3.3. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alanlarının iç tutarlılık güvenilirlikleri.....52
Tablo 3.3.4. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi ortalama alt alan skorları (% Ort) ...53
Tablo 3.3.5. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerine verilen olumlu cevap skorları (%) (n=309) 54

(TABLOLAR DİZİNİ) **Sayfa**

Tablo 3.3.6. Hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili cevaplar (%) 56
Tablo 3.3.7. Hasta güvenliği ile ilgili hatalı olay raporlanma durumu (%).....56
Tablo 3.3.8. Hastanelere göre hasta güvenliği kültürü alt alan skorları (% Ort) 57
Tablo 3.3.9. Hastanelere göre hasta güvenliği kültürü ile ilgili maddelere verilen olumlu cevap skorları (%).....58
Tablo 3.3.10. Hastanelere göre hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili cevaplar (%) ..60
Tablo 3.3.11. Hastanelere göre hasta güvenliği ile ilgili hatalı olay raporlanma durumu (%) 60
Tablo 3.3.12. Sağlık personeline göre hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan olumlu cevap skorları (% Ort) 61
Tablo 3.3.13. Sağlık personeline göre hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerine verilen olumlu cevap skorları (%).....62
Tablo 3.3.14. Personele göre hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili cevaplar (%) 64
Tablo 3.3.15. Personele göre hasta güvenliği ile ilgili hatalı olay raporlanma durumu (%) 64
Tablo 3.3.16. Bölümlere göre hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan olumlu skorları (% Ort) 65
Tablo 3.3.17. Bölümlere göre hasta güvenliği kültürü hastane anketinin maddelerine verilen olumlu cevap skorları (%).....66
Tablo 3.3.18. Bölümlere göre hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili cevaplar (%) 68
Tablo 3.3.19. Bölümlere göre hasta güvenliği ile ilgili hatalı olay raporlanma durumu (%) 68
Tablo 3.3.20. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi madde ve alan olumlu skor ortalamalarının Benchmark skoru ile karşılaştırılması (% Ort±SS) ..69

ŞEKİLLER DİZİNİ **Sayfa**

Şekil 3.3.1. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan olumlu skor ortalamalarının benchmark skoru ile karşılaştırılması 71

1. GİRİŞ

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin oluşturulmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir. Hasta güvenliği yoksul-zengin tüm ülkelerin önemli bir sorunudur ve karşı karşıya olunan risk sağlık hizmetlerinin pek çok yönü ile ilişkilidir. Hastaların daha güvenli bakım alabilmeleri için pek çok ülkede giderek artan çalışmalar yapılmasına rağmen henüz çok sınırlı başarılar elde edilebilmiştir. Hasta güvenliğine yönelik çalışmaların başarıya ulaşabilmesi, öncelikle sorunun boyutunun büyüklüğüne ilişkin farkındalığı artırmak, daha sonra da hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıracak, suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir kültür geliştirmekle mümkün olabilecektir (WHO 2006).

1.1. Sağlık Hizmetleri ve Hasta Güvenliği

Sağlık hizmeti, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların rehabilitasyonu için yapılan tıbbi hizmetlerdir (Resmi Gazete 1961). Sağlık hizmetleri toplum yararına olmakla birlikte hizmetle ilgili süreçler, teknolojiler ve insan faktörünün karmaşık birleşimi nedeniyle hata ve istenmeyen olayların meydana gelme riski bulunmaktadır (Akalın 2004, ICN 2006).

Bireyin taleplerini karşılamaya yönelik hizmetlerde kalite, verimlilik, ulaşılabilirlik ve ekonomik açıdan elde edilebilir olma gibi özellikler aranmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan farklı sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Hızla değişen teknoloji, artan maliyetler, artan hasta şikayetleri ve yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine yol açmıştır. Hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak, hizmeti verenlerin öncelikli konusu olmalıdır. Hasta güvenliği konusu son yıllarda büyük önem kazanmaya başlamıştır (Kohn ve ark 2000). Bu alanla ilgili yayınların giderek artmasına rağmen genel bir literatür birliği olmamasından kaynaklanan güçlükler sebebiyle Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) girişimiyle hasta güvenliğinin uluslar

arası sınıflandırılması için çalışma başlatılmıştır. Bu çalışmada, hasta güvenliği ile ilişkili olarak tanımlanan bazı kavramlar şunlardır;

Hasta, sağlık bakımı alan kişi olarak; **sağlık bakımı** ise, sağlığın düzeltilmesi, korunması, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi için bireyler ve toplum tarafından alınan hizmetler olarak tanımlanmıştır. **Güvenlik,** tehlikeden uzak olma halidir. **Tehlike** ise, riske götürebilecek ya da riski artırabilecek hareket, etmen ya da koşuldur. **Hasta güvenliği,** sağlık bakımı ile ilişkili olarak hastanın gereksiz zarar veya olası zarar görme durumundan uzak olması şeklinde tanımlanmıştır. **Olay** (hasta güvenliği olayı), hastanın zarar görmesine sebep olan veya zarar görmesi şeklinde sonuçlanan durumdur. **Hata**, yanlış bir plan yapılması veya planlanmış bir eylemin yanlış yürütülmesidir. **İhlal etme**, bir işlemin sürecinden, standardından veya kurallarından kasıtlı olarak sapmadır. Hata ve ihlallerin her ikisi de gerçekte olay meydana gelmese de riski artıran durumlardır. **Risk,** bir olayın meydana gelebilme ihtimalidir. **Ters olay (advers event),** hastada bir zararın meydana gelmesini doğuran olaydır. **Zarar,** vücudun işlevinin ya da yapısının bozulması veya bundan dolayı sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır. Zarar, hastalık, yaralanma, acı, sakatlık ve ölüm hallerini içerir ve fiziksel, sosyal veya psikolojik olabilir. **Kılpayı (near-miss),** çok yakın olduğu halde zarara sebep olmayan olaydır (WHO 2007c).

Sağlık hizmetlerinde yaşanan tıbbi hataların kabul edilemez düzeyde yüksek olduğu düşünülmektedir (Kohn ve ark 2000). Yapılan araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, sağlık kurumlarından hizmet almanın potansiyel risklerinin neredeyse dağa tırmanma, bungee jumping gibi yüksek riskli etkinlikler kadar olduğu belirtilmektedir (Young 2005). Tıbbi hatalar Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almakta ve motorlu taşıt kazaları, meme kanseri ve AIDS e bağlı ölümlerden önce gelmektedir (Kohn ve ark 2000). New York'ta ve Utah'ta hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı sırasıyla % 3.7 ve % 2.9 bulunmuştur. Bunların % 58 ve % 53'ü önlenebilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmış ve % 13,6'sı ve % 6,6'sının ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir (Brennan ve ark 1991, Leape ve ark 1991). Bu veriler kullanılarak, 1997 yılı içinde ABD'de hastaneye yatan 33.6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hata sebebi ile her yıl en az **44.000**, belki de **98.000** hastanın öldüğü öngörülmektedir (Kohn ve ark 2000). ABD'de önlenebilir tıbbi hataların maliyetinin 17-29 milyar

dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir (Kohn ve ark 2000). Tıbbi hataların başka ülkelerin de sorunu olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Yetişkin hastalarla altı ülkede yapılan bir çalışmada hastaların tıbbi hata deneyiminin ABD'de % 34, Kanada'da % 30, Avustralya'da % 27, Yeni Zelanda'da % 25, Almanya'da % 23 ve Birleşik Krallık'ta % 22 oranında olduğu belirlenmiştir (Schoen ve ark 2005). New York'ta toplumda yapılan bir araştırmada yetişkinlerin tıbbi hataya maruz kalma oranı % 21 bulunmuştur (Adams ve Boscarino 2004). Başka bir çalışmada hekimlerin % 35'inin, toplumun % 42'sinin kendilerinin veya aile bireylerinden birinin tıbbi hataya maruz kaldığı, bu hataların önemli bir bölümünün ciddi hatalar olduğu bildirilmiştir (Adams ve Boscarino 2004). Avrupa komisyonunun Avrupa Birliğine üye ve aday ülkelerde yaptığı bir araştırmada halkın tıbbi hatalar konusundaki algılamaları ve deneyimleri sorgulanmış, katılımcıların % 23'ü herhangi bir tip tıbbi hataya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Birliğe yeni üye ülkeler ve aday ülkelerin tıbbi hatalar konusunda daha az bilgili ve daha çok endişeli olduğu bildirilmiştir (European Commission 2006).

Leape ve arkadaşları (1991) en sık karşılaşılan tıbbi hataların ilaç hataları olduğunu (% 19) ve bunu cerrahi yara infeksiyonlarının (% 14) izlediğini bildirmişlerdir. Daha sonra sırasıyla tanı hataları (% 8), tedavi hataları (% 8), prosdedürle 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 (herbiri yaklaşık % 3 oranında).

Tıbbi hatalar, hastanın yatış süresinde uzama, mortalite ve morbiditede artış, hasta ve yakınlarının psikolojik rahatsızlıkları gibi sonuçlar doğurabilmekte, hatalardan sağlık çalışanları da olumsuz etkilenmektedir (Pronovost ve ark 2005). Tıbbi hatalar sadece hastanelerde yaşanmamaktadır. Doktorun muayenehanesinde, evde, huzurevlerinde ve polikliniklerde yaşanan hataların prevalansı hakkında yeterli veri bulunmamaktadır (Weingart ve ark 2000). DSÖ Ekim 2007'de Cenevre'de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl Dünya'da tahminen 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi uygulamalar sebebiyle sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur (WHO 2007a).

Institute of Medicine (IOM) 21'inci yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır;

1. Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma,

2. Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi,

3. Hasta-odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti,

4. Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik),

5. Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu,

6. Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması (IOM 2001).

1.1.1. İlaç Hataları

En sık karşılaşılan tıbbi hataların ilaç hataları olduğu belirtilmektedir (Leape ve ark 1991). En iyi hastanelerde bile her 100 hastanın 7'sinde ciddi sonuçları olan ya da potansiyel ciddi sorunlara yol açabilecek ilaç hataları görülmektedir (Bates ve ark 1995). İlaç hatası, Amerikan Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi tarafından ''ilacın sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenebilir bir olay'' olarak tanımlanmıştır (NCC MERP 2005).

İlaç hatalarıyla ilişkili bazı faktörler şunlardır:

- İlaç isim benzerliği veya ambalaj benzerliği,
- Sık kullanılmayan ilaçlar,

- Sık kullanılan ve alerjiye yol açabilen ilaçlar (örn. antibiyotikler, narkotikler, nonsteroid antienflamatuarlar…),

- Kullanım uygunluğunun test edilmesi gereken ilaçlar (örn. lityum, varfarin, digoksin).

Karmaşık (komplex) ilaç dozlarının uygulandığı yoğun bakım üniteleri, acil üniteleri gibi bölümlerde ilaç hataları görülme riski daha da artmaktadır. Hastanın ölümüyle sonuçlanan ilaç hatalarının çoğunda yanlış doz (% 41), yanlış ilaç (% 16) ve yanlış veriliş yolu (% 10) yer almaktadır. Bu hataların sebeplerine bakıldığında sözel ya da yazılı iletişim bozukluğunun ilk sırada yer aldığı görülmektedir. İsim benzerliği okunuş benzerliği olan ilaçlar özellikle sözel direktiflerle ilişkili hatalara yol açmaktadır. İlaçların görünüş ve ses benzerliğinden dolayı isim karışıklığı, ilaç etiketleme hatası ve bilgi eksikliği hataya yol açan diğer sebepler arasındadır (Phillips ve ark 2001).

İlaç hatalarının dağılımı;

- Hekim order'ları % 39-49,

- Hemşire uygulamaları % 26-38,

- Uyarlama (transcription) % 11-12,

- Hazırlama ve dağıtım (eczane) % 11-14 (Bates ve ark 1995, Leape ve ark 1995).

Yüksek riskli ilaçlar hatalı kullanıldığında hastada ciddi zararlara ve ölüme sebep olabilir. Institute for Safe Medication Practices tarafından tanımlanan yüksek riskli ilaçlar arasında en önemlileri;

- Konsantre potasyum klorür ve fosfat solüsyonları,

- Opioidler ve narkotikler,

- İnsülin,

- İV antikoagülanlar (heparin) ve

- Konsantre sodyum klorür solüsyonu (% 0.9'un üzerinde) olarak tanımlanmıştır (Cohen 2001).

Konsantre Potasyum Klorid Avustralya, Kanada, İngiltere, ve Kuzey İrlanda' daki kuruluşlar tarafından ilaçla tedavide yüksek risk grubu içerisinde tanımlanmıştır. Konsantre elektrolit çözeltilerinin özellikle de Potayum Kloridin hasta bakım birimlerinden çıkarılması bu maddelerle ilgili ciddi sakatlık ve ölüm vakalarının azaltılmasında etkili olmuştur. DSÖ'nün "hasta güvenliği çözümleri"nde yüksek riskli ilaç tedavisinde güvenliğin geliştirilmesi konusu yer almaktadır (WHO 2007b).

İlaç hatalarını önlemek için yapılan önerilerden bazıları şunlardır:

- Yüksek riskli ilaçların belirlenmesi,
- Heparin ve insülin'in birbirine yakın olarak saklanmaması,
- Hasta servislerindeki narkotik stoklarının kısıtlanması,
- Potasyum klorid/fosfat solüsyonlarının hasta servis stoklarından kaldırılması,
- İlaç konsantrasyonlarının standardize edilmesi,
- İlaç konsantrasyonlarının düşürülmesi ve
- İlaç hazırlıklarının yalnızca eczanede yapılması ya da hazır İV solüsyonlarının kullanılması (Cohen 2001).

Önlenebilir ilaç hatalarının hastanede kalış süresini uzattığı, maliyeti artırdığı, bilinmektedir (Classen ve ark 1997). IOM'un "Preventing Medication Errors" raporunda (2007) ABD'de her yıl önlenebilir ilaç hatalarından tahminen 1,5 milyon kişinin zarar gördüğü bildirilmiştir. Raporda ayrıca hastanede yatan hastalarda her gün ortalama bir ilaç hatası yapıldığı da belirtilmektedir.

Hemşire, zamanının büyük çoğunluğunu hastayla birlikte geçirdiğinden, ilaç uygulama sürecini en yakından gözlemleyen meslek üyesidir. İlaç uygulamalarından çoğu durumlarda hemşireler sorumludur. Araştırmalar, hemşire sayısının

yetersizliğinin ve ağır iş yükünün ilaç hatalarının artışında etkili olduğunu göstermektedir. Örneğin, günde 12,5 saatin üzerinde çalışan hemşireler üç kat daha fazla ilaç hatası yapmaktadır (Rogers ve ark 2004).

İlaç hataları en önemli hasta güvenliği sorunudur ve hemşire ile birlikte diğer tüm sağlık çalışanlarını ilgilendirir. Hemşirelerin yaptığı ilaç hatalarının daha fazla olmasının sebebi zamanlarının yaklaşık % 40'ını ilaç uygulamalarıyla geçiriyor olmalarından kaynaklanmaktadır (Armitage ve Knapman 2003).

İlaç uygulama hatalarına bakıldığında, ilacın order edilme aşamasından uygulandıktan sonraki etkilerin takibini de içine alan, çok geniş bir süreç içinde gerçekleştiği görülmektedir. İlaç uygulama hataları; ilacı yanlış zamanda uygulama, ilacı uygulamayı unutma, yanlış dozda verme, reçete edilmemiş ilacı uygulama, yanlış ilacı uygulama, ilacı uygun teknikle hazırlamama, etkileşime giren ilaçları ayni anda uygulama, uygulamayı kaydetmeme şeklinde örneklendirilebilir. Cornish ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, hastaların % 54'ünün hastaneye yatmadan önce düzenli olarak kullandığı ilaçlarında hata olduğu ve bu hataların % 46'sının ilacın atlanması, % 25'inin farklı doz, % 17'sinin farklı sıklık ve % 11'inin yanlış ilaç olduğu belirtilmiştir. İlaç hatalarının pek çoğu fark edilememekte, fark edilenlerin birçoğu da raporlanmadığı için açığa çıkmamaktadır (IOM 2007).

İlaç hatalarını azaltmada kültürel değişimin gerekliliği vurgulanmaktadır (Barber ve ark 2003). Hemşireler yöneticilerinin tepkisinden korkma, suçlanma, cezalandırılma korkusu gibi sebeplerle ilaç hatalarını gizleme eğilimindedirler (Hume 1999, Mayo ve Duncan 2004). Oysa IOM'un raporunda hataların sistem eksikliğinden meydana geldiğini ve hata için kişileri suçlamadan güvenli bakım sistemleri oluşturmanın gerekliliğini vurgulamıştır (Kohn ve ark 2000).

1.1.2. Cerrahi Hatalar

Cerrahi hatalar tüm önlenebilir tıbbi hataların yaklaşık yarısını oluşturmaktadır (Leape ve ark 1991). Güvenli cerrahi için DSÖ bir kontrol listesi oluşturmuştur ve her aşama için ölçülebilir bileşenler belirlemiştir (WHO 2008). Dünya cerrahlar birliği de "yanlış yer", "yanlış yöntem" ve "yanlış taraf" cerrahisinin önlenmesi için evrensel bir protokol geliştirmiştir (The Joint Commission 2008). Cerrahi hataları en aza indirebilmek için hasta ve ailesi operasyon öncesi doğrulama

sürecinin bütün basamaklarına dahil edilmeli ve mümkün olduğu kadar taraf işaretleme sürecine katılımı sağlanmalıdır. Bilgilendirilmiş onam sürecinde hastanın rızası için imza alınırken doğrulama kararı verilmelidir. Prosedür başlamadan önce bütün cerrahi ekibin katıldığı bir "son mola" süreci olmalıdır. Bu süreçte hastanın pozisyonu, kimliklendirme, taraf ve mümkünse implant ve protezlerin hazır olup olmadığı konularında doğrulama yapılmalıdır (WHO 2007b).

1.1.3. Hastane Enfeksiyonu ve El Hijyeni

Hastanelerde edinilen enfeksiyonlardan dünyada 1,4 milyondan fazla insanın zarar gördüğü tahmin edilmektedir. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar dünyanın her yerinde meydana gelmekte ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeleri etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde hastaların % 5-10'u bir veya daha fazla enfeksiyona maruz kalmakta ve % 15-40'ının bundan etkilenerek yoğun bakıma alındıkları düşünülmektedir. ABD'de 136 hastadan biri hastane enfeksiyonu sebebiyle "ciddi şekilde" hasta olmaktadır. Bu da yıllık 2 milyon vaka demektir ve yıllık yaklaşık 4.5-5.7 milyon dolarlık ek maliyet ile 90.000 ölüme sebep olmaktadır. İngiltere'de hastane enfeksiyonlarının maliyetinin minimum bir milyon sterlini bulduğu ve yıllık olarak 5000'den fazla ölüme sebebiyet verdiği tahmin edilmektedir. Hastane enfeksiyonunu önlemede bakım sürecinde el hijyeni, etkili ve zamanında yerine getirilmesi gereken temel hasta güvenliği faaliyetidir (WHO 2007b). ABD'de Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) de el yıkamanın, mortalite, morbidite ve maliyeti artıran hastane infeksiyonlarından korunmada en temel yaklaşım olduğunu vurgulamaktadır. CDC, sağlık merkezlerinde el yıkama ile ilgili rehberler geliştirerek hangi durumlarda ve ne şekilde el yıkanması gerektiği konusunda önerilerde bulunmaktadır (CDC 2002). Konunun önemini bilmelerine rağmen sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin el hijyenine uyumunun yetersiz olduğu görülmektedir (Pitted ve ark 1999, Makay ve ark 2008). Hastane enfeksiyonundan korunmada hasta ve ailesinin/ziyaretçilerinin de hastanede bulundukları süre içerisinde el hijyenine dikkat etmeleri sağlanmalıdır. Hastaya dokunma öncesinde ellerini temizlemesi konusunda personel teşvik edilmeli, şayet kültürel olarak uygun ise hastalar personelin kendilerine dokunmadan önce ellerini temizleyip temizlemediklerini sormaları konusunda bilinçlendirilmelidir. Hangi durumlarda ve

nasıl bir teknikle el yıkanması gerektiği konusunda hastalar ve personel eğitilmelidir (WHO 2007b).

DSÖ 2005'te başlattığı "Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi" kapsamında el hijyeni hakkında kIlavuzların geliştirilmesi, "Daha Temiz Bakım Daha Güvenli Bakımdır" sloganıyla kampanya yürütülmesi ve enfeksiyon konusunda çalışmalarda bulunmaları için üye devletlere çağrıda bulunmuştur (WHO 2007b).

1.1.4. Hasta Güvenliğine Hastaların Katılımı ve Sorumluluğu

IOM'un (2001) 21. yüzyılın yeni sağlık sistemi için önerdiği 6 hedeften biri hasta merkezli bakımdır. Hasta merkezli bakımın anlamı, hastanın değerlerine inançlarına ihtiyaçlarına, önceliklerine saygılı ve duyarlı olmaktır. Hasta merkezli bakımı gerçekleştirebilmek için sağlık bakım organizasyonları hastaları sağlık ekibinin bir üyesi olarak görmeli ve kendi bakımlarına katılımlarını sağlamalıdır.

Sağlık hizmeti almaya gelen hasta, alacağı hizmetin kapsamı, kalitesi ve riskleri hakkında çok az şey bilmektedir. Hekim, hem hukuksal hem de etik olarak hastayı bilgilendirmekle yükümlüdür. Hastaları, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk ve yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişatı konularını içerecek şekilde sağlık durumları hakkında tam olarak bilgilendirmelidir (AMA 2008). Hasta, kurumda kaldığı süre içerisinde uyacağı kurallar ve rutin işlemler konusunda da bilgilendirilmelidir. Hastalar da bu konularda hekimden bilgi isteme hakkına sahiptir. Hasta, kendisine bakan sağlık personelinin kimliğini, mesleki kimliğini öğrenme hakkına, taburcu olduğu zaman, tanılar, tedavi ve yapılan işlemleri, elde edilen sonucu içeren yazılı bir belge isteme ve alma hakkına sahiptir (WHO 1994, Resmi Gazete 1998).

Hasta güvenliği yeni bir kavram olmamakla birlikte IOM'un raporundan sonra sağlık organizasyonlarının ve toplumun dikkatini çekmiş ve son yıllarda birçok ülkede hasta güvenliğini sağlama ve tıbbi hataları önleme çalışmaları başlatılmıştır. Toplumun da hasta güvenliği konusundaki farkındalığını artırmayı amaçlayan bu çalışmalar resmi ve özel birçok kurum tarafından yürütülmektedir. Çoğu ABD'de bulunan bu organizasyonlardan bazıları şunlardır: "National Patient Safety Agency", İngiltere sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini geliştirmek için 2001 yılında tıbbi

hataları raporlama ve hatalardan öğrenme konusunda çalışmalar yapmak amacıyla kurulmuştur. Toplumu tıbbi hatalar konusunda bilgilendirme çalışmaları da yapmaktadır. ABD'de "The Joint Commission" sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini geliştirmeye yönelik olarak kurumları akredite etmektedir. Ayrıca, hastaların kendi bakımlarına katılımlarını sağlayarak ve hasta güvenliği konularında onları eğiterek tıbbi hataları azaltmayı amaçlayan eğitim programları uygulamaktadır. ABD'de resmi bir kuruluş olan "Agency for Healthcare and Research" (AHRQ) de hasta ve ailelerini hasta güvenliğinin sağlanmasındaki rolleri konusunda eğitmek üzere materyaller geliştirmiştir. Kanada'da 2003 yılında kurulan "Canadian Patient Safety Institute" hasta güvenliği konusunda kapsamlı çalışmalar yürütmektedir (Golder 2007).

Araştırmalar çok sayıda kişinin tıbbi hata ile karşılaştığını göstermektedir ve bu hataların çoğunun önlenebilir olduğu bilinmektedir (Leape ve ark 1991, Schoen ve ark 2005, Adams ve Boscarino 2004). İlaç tedavisiyle ilgili olarak reçete yazılması, ilacın hazırlanması, verilmesi ve takip edilmesi sırasında görülen hatalara sık rastlanmaktadır. İlaç hatalarının ABD' de her yıl tahmini olarak 1,5 milyon insana zarar vermesi ve bunların binlercesini öldürmesi ve yıllık olarak en azından 3,5 milyon dolarlık bir maliyet çıkarması bu hataların ne kadar büyük bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (IOM 2007). Bazı ülkelerde hastaların % 67'den fazlası reçetelerine yazılmış ilaçla ilgili bir veya daha fazla hataya maruz kalmış, % 46'dan fazlasında ise hasta kabulü ve taburculuk sırasında yeni ilaçlar yazılırken hatalar meydana gelmiştir. Birden fazla hekim tarafından yazılan bütün ilaçların bilgisine sahip olacak kişi hastanın kendisidir. Reçeteli ve reçetesiz ilaçları bitkisel ve besin destek ilaçlarını, aşı geçmişini ve herhangi bir alerji veya ters ilaç reaksiyonu gibi bilgileri içeren doğru bir liste tutma ve bunu sürdürme konusunda hasta ve ailesi cesaretlendirilmelidir (WHO 2007b).

1.1.5. Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulları

IOM'un raporunda sağlık çalışanlarının güvenliğinin çoğu zaman hasta güvenliği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Raporda, çalışanların güvenliği ne kadar fazla olursa, hasta güvenliği de o ölçüde artar denilmektedir (Kohn ve ark 2000).

Uzun ve dinlenmesiz çalışma saatleri çalışanların sağlığını olumsuz etkilediği gibi, hata yapma ihtimalini artırarak hastaların nitelikli sağlık hizmeti almalarını da engellemektedir. Uyku düzensizlikleri ve yorgunluğun hata yapma ihtimalini artırdığı bilinmektedir (Weinger ve Ancoli-Israel 2002). 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre (1965) haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiştir. 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda (1980) haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, personel dağılımındaki yetersizlik, personel eksikliği gibi hususlar sağlık personelinin çalışma sürelerini etkilemektedir.

Hekimler, özellikle asistanlar, çoğu zaman haftada 40-45 saatin üzerinde çalışmaktadır. Uzun çalışma saatlerine bağlı yorgunluk nedeniyle hekimlerin hata yapma olasılıkları artmaktadır. Bazı ülkelerde fazla mesai çalışma süreleri sınırlandırılmıştır (Jason ve Daniel 2007).

Sağlık hizmetleri sunumunda hemşireler diğer sağlık çalışanları içinde oran olarak en büyük grubu oluşturmaktadırlar. Hasta güvenliğini geliştirici faaliyetler hemşirelik bakımıyla önemli derecede ilişkilidir (Milligan ve Dennis 2004). Hasta bakımında kalitenin korunması sağlıklı istihdamın göstergesidir. Hemşire sayısının yetersiz olduğu ortamlarda güvenli hasta bakımından söz edilemez. Hemşire istihdamı sadece hastaya bakım verecek personelin sayısına bağlı olmayıp iş yükü, iş ortamı, hasta durumunun karmaşıklığı, hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyi, görev ve yetki dağılımı ile de ilgilidir (NCNA 2005). Yeterli hemşire istihdamı hastanede yatan hastalarda ölüm oranını azaltmakta ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (Lang ve ark 2004). Hasta başına günlük ilave bir hemşire mesaisinin 30 günlük ölüm oranında % 50'lik bir azalma meydana getirdiği belirtilmektedir (Aiken ve ark 1999). Dimick ve arkadaşları (2001) gece şiftinde hemşire sayısının daha az olması ile ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonların artışı arasında ilişki olduğunu tespit etmiştir.

Yeterli istihdamın sağlanması hemşirelerin sağlığını da olumlu yönde etkiler. Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olduğu durumlarda ve sürekli mesaiye kalan hemşirelerde iş doyumunun yetersiz olduğu, işe devamsızlık ve sağlık sorunlarının da daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Sheward ve ark 2005, Aiken ve ark 2002).

Aşırı fazla mesai yapılması durumunda; hastanın durumundaki değişikliği fark etmede azalma, hemşirelerin reaksiyon hızında azalma, ilaç hataları, klinik karar vermede hatalar, hastane enfeksiyonunda artış, yatak yaralarında artışlar görülmektedir. IOM'un son raporlarından birinde (2004) hemşirelerin gönüllü olarak çalıştıkları fazla mesaiye bile sınırlama getirilmesi önerilmektedir. Ülkemizde kamu sağlık personelinin fazla mesai üst sınırı için bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Sadece fazla çalışmanın karşılığının ödenmesinde üst sınır belirtilmiştir (Resmi gazete 1965).

Günümüzde dünya genelinde yaşanan hemşire açığı nedeniyle hasta güvenliği ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin ciddi bir tehlike ile karşı karşıya kaldığı düşünülmektedir (Baumann ve Blythe 2003). Uluslararası Hemşireler Birliği, (ICN) hasta güvenliği konusunda hemşirelerin sorumluluklarını şu şekilde belirtmiştir:

- Hastaların ve ailelerinin olası riskler konusunda bilgilendirilmeleri,
- İstenmeyen olayların derhal ilgili makamlara rapor edilmesi,
- Bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol alınması,
- Hastalar ve diğer profesyonel sağlık bakım personeli ile iletişimin güçlendirilmesi,
- Yeterli istihdam düzeyleri sağlanması konusunda lobi faaliyetleri yürütülmesi,
- Hasta güvenliğini arttırıcı önlemlerin desteklenmesi,
- Sıkı ve kapsamlı enfeksiyonla mücadele programlarının teşvik edilmesi,
- Hataları en aza indirecek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirilmesine yönelik lobi faaliyetleri yürütülmesi (ICN 2006).

Hemşireler sağlık çalışanları içerisinde doğrudan hasta bakımı veren en büyük grup olduğundan tıbbi hataların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Yapılan bir araştırmada hekimlerin % 82'si, hemşirelerin % 95'i hasta güvenliğinin çok önemli bir konu olduğunu belirtmişlerdir (VanGeest ve Cummins 2003). Ülkemizde hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki yaklaşımları yeterince bilinmemektedir.

1.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Sağlık hizmeti verilirken hastaların zarar görmesine yol açan tıbbi hatalar, insan hatasından, teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilmektedir (Bernstein ve ark 2003).

Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi amacıyla oluşturulan sistemler için uluslararası hava taşımacılığı ve nükleer enerji merkezleri gibi yüksek güvenilirlikli sanayilerden güvenlik çalışmaları ve güvenlik kültürü model alınmıştır. Güvenlik sistemleri oluşturulmadan önce yüksek riskli etkinliklerden sayılan bu alanlar, bugün en güvenli alanlar olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumları da iletişim ve ekip çalışması modellerini uygulayarak ve hasta güvenliğini destekleyen çalışma ortamları oluşturarak yüksek güvenilirlikli organizasyonlar haline gelmeyi amaçlamaktadırlar (Pizzi ve ark 2001, HRC 2005).

"Kültür'', bir organizasyondaki ortak tutumlar, deneyimler, inançlar ve değerler bütünüdür ve kurumda işlerin nasıl yürütüldüğünü gösterir. Basitçe güvenlik kültürü, gelişmeye ihtiyaç duyulan konuları içeren, "Bizim, burada bir şeyleri yaparken kullandığımız yol" olarak tanımlanabilir (HRC 2005, Clarke 2006).

1.2.1. Hataların Raporlanması

Etkili güvenlik kültürü oluşturmada iki önemli kavram güvenlik kültürünü etkiler; hataların raporlanması ve hataların açıklanması. Hangi hataların belirlendiği, kabullenildiği, raporlandığı, ilgili veya etkilenen kişilere bildirildiği durumu, güvenliğin ne kadar iyi işlediğinin göstergesidir (HRC 2005).

Güvenlik kültürü için; sağlık bakımı çalışanlarının mevcut veya olası hataları, cezalandırılma korkusu olmadan raporlayabilmeleri ve tutarlı, açık iletişim

sağlanması gereklidir (Milligan ve Dennis 2005). Sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin tıbbi hataları raporlama konusunda isteksiz davrandıkları bildirilmiştir (Lawton ve Parker 2002). Hekimler ve hemşirelerin, yöneticilerden geri bildirim alamadıkları, kılpayı atlatılan hataları önemsemedikleri, iş yoğunluğu gibi sebeplerle hataları raporlamadıkları belirtilmektedir (Evans ve ark 2006). Sağlık bakım organizasyonlarında, problemleri belirleyebilmek, çözüm sağlamaya çalışmak ve hatalardan öğrenmeyi kolaylaştırmak için hata raporlama sistemleri geliştirilmelidir. Çalışanın işini kaybetme, küçük düşürülme gibi bir korkusu olmadan olayları, hataları tam raporlaması için mevcut engellerin giderilmesi konusunda mücadele edilmelidir. Kurumlar bu konuda politikalar geliştirerek hata raporlamayı desteklemelidir (Kohn ve ark 2000, WHO 2005). Birçok ülkenin hata bildirimi için ulusal raporlama sistemi bulunmaktadır ve raporlamayı sağlık çalışanları ve kurumların yanında hasta ve hasta aileleri de yapabilmektedir (WHO 2005). Ülkemizde ulusal bir raporlama sistemi bulunmamaktadır.

Tıbbi hataların ifşa edildiği bir kültür ortamı oluşturulması hasta güvenliğinin gerçekleşmesinde önemli bir unsurdur. Güçlü bir liderlik yönetiminde yapılan çalışmalar olmaksızın hasta güvenliğinin başarıya ulaşamayacağı düşünülmektedir (WHO 2006). Hemşire liderler hataların ifşasını kolaylaştırmak için açık bir iletişim ortamı oluşturmada anahtar kişiler olarak görülmektedir (Vogelsimeier ve Cawiezell 2000, Thompson ve ark 2005).

Sağlık bakımının beklenmedik sonuçları hakkında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesinin gereği savunulmaktadır. Hastaların zarar görmesine sebep olan bir hata meydana geldiği zaman hasta ve yakınlarından özür dilenmeli, hata kabullenilmeli ve telafi edilmelidir (Hebert 2001, Gallagher ve ark 2003, Schwappach ve Koeck 2004). Hataların ifşası sonucunda sağlık hizmeti ile ilgili davaların artma ihtimaline rağmen bu davaların şiddeti yüksek olmamaktadır. Tıbbi hataların önlenmesine yönelik yaklaşımlardan biri "suçlayıcı-cezalandırıcı" uygulamalardır ki bu yaklaşımda çalışanlar yapılan tıbbi hataları gizleme eğiliminde olmuşlardır. Cezalandırıcı olmayan yaklaşımda, tıbbi hatalar her ne kadar kişi tarafından gerçekleştirilse de aslında sistemden kaynaklanan bir sorun neticesinde ortaya çıktığı savunulmaktadır (Kohn ve ark 2000). Ölüm, sakatlık gibi en kötü biçimlerde sonuçlanan hatalar, daha önce böyle olumsuz sonuçlanmamış, ancak bu potansiyeli taşıyan hata süreçlerinin gözden kaçırılması, ya da yeterince dikkatle

analiz edilmemesi sonucunda oluşmaktadır. Hatanın tüm sorumluluğunu hatayı yapana yüklemek ve hata oluşturan süreci görmezden gelmek, aynı hatanın bir başkası tarafından yapılmasının önüne geçemeyecektir. "Neredeyse olacaktı" denilen ve "ramak kaldı" (near miss) olarak da adlandırılan olaylar organizasyonlarda sık olarak yaşanmaktadır. Bu olayların saptanması, raporlanması ve düzeltici faaliyetlerin yapılması önem taşımaktadır. Güvenlik kültürünün oluşturulmasında ramak kaldı olayların raporlanmasının teşvik edilmesi oldukça önemlidir (WHO 2005). Kazaların öncü-habercisi olabilecek bu olayların ciddi bir yaralanma veya ölümle sonuçlanmadan önce yaklaşık 300 kez gerçekleştiği bilinmektedir.

Sağlık organizasyonlarında tıbbi hata meydana geldikten sonra hatayı ortaya çıkaran sürece odaklanarak, hatayı yapanın onu bildirmesini destekleyen bir yaklaşımda bulunulması önerilmektedir (Kohn ve ark 2000). Hatanın bildirimi gerçekleştiğinde hasta güvenliği ve tıbbi hata konusunda deneyimli kişilerce sorunun ortaya çıkış süreci izlenerek hatanın nasıl oluştuğu ve bu hatadaki insan faktörünün yeri saptanabilmektedir. Böylelikle sistemde hataya yol açan durumlar ortadan kaldırılarak hatanın tekrarı engellenebilecektir.

Genellikle sağlık hizmeti organizasyonları kendi hatalarından öğrenme konusunda başarısız olmaktadır. Sonuç olarak aynı hatalar tekrar edilmekte ve hastalar da önlenebilir hatalar nedeniyle zarar görmekte, sakat kalmakta ya da ölmektedir (WHO 2006).

1.2.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi

Güvenlik kültürünü oluşturmada başlangıç noktası, sağlık hizmeti veren organizasyonda mevcut kültürün değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalardır (Pronovost ve ark 2004). Güvenlik kültürü değerlendirmesi, bir kurumda çalışanların ve yöneticilerin güvenlikle ilgili algılamalarını ve tutumlarını anlamayı sağlar. Kültür değerlendirmesi, kurumda geliştirilmesi gereken potansiyel birçok başlangıç noktasından en problemli olan alanları tanılamada yardımcıdır (Nieva ve Sorra 2003). Değerlendirme için uygun pek çok araç geliştirilmiştir (Colla ve ark 2005, Flin ve ark 2006). Bu araçlarda iletişim, ekip çalışması, yönetimin desteği ve genel güvenlik değerlendirmeleri yer almaktadır. Flin ve arkadaşları (2006) sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünü ölçmede kullanılan ve çoğu ABD'de

geliştirilmiş 12 anket tanımlamıştır. Bu çalışmada, AHRQ'nun hastanede hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek amacıyla geliştirdiği anketin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının diğerlerinden daha yeterli olduğu belirtilmiştir. Ankette hasta güvenliği kültürünün boyutlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorularla, sonuç değişkenlerinin yer aldığı sorular bulunmaktadır (Sorra ve Nieva 2004).

Kurumda hasta güvenliği kültürünü ölçen ilk incelemeden sonra, hasta güvenliği faaliyetleri için öncelikleri belirleme ve sağlık hizmeti sunumunu geliştirici hedefleri belirleme çalışmalarıyla organizasyon üyelerinin hasta güvenliği konusunda ortak görüşü sağlanmalıdır. Güvenlik kültürü ve güvenliğin gelişimi devam eden bir süreçtir ve değerlendirme-analiz-eğitim-strateji geliştirme ve yeniden değerlendirme şeklinde sürekli ve periyodik olmalıdır (Pronovost ve ark 2004).

IOM tarafından tıbbi hataların önlenmesi için yapılan önerilerin başında;

- Ulusal Hasta Güvenliği Merkezi'nin kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmaların amaçlarını belirlemesi, liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması,

- Tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması,

- Sağlık hizmetlerini ödeyen kuruluşların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanıması ve

- Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda "hasta güvenliği" kültürünün oluşturulması gelmektedir (Kohn ve ark 2000).

Hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğini tehdit eden durumları bilmeleri ve kurumlarında güvenlik kültürünü geliştirmeleri ile mümkündür. Tıbbi hatalar konusunda genel algılamalar ve yaşanan tecrübeler ülkelerin toplumları ve sağlık çalışanları arasında farklılıklar göstermektedir. Her ülke, kendi sağlık kurumlarında kültür surveyi yaparak hasta güvenliği konusunda öncelikle geliştirmesi gereken konuları saptamalıdır.

1.3. Amaç

Hasta güvenliği kültürü oldukça yeni bir alandır ve Türkiye'de bu alanda yayınlanmış bir çalışma yoktur. Hastanede güvenlik kültürü algılaması ve halkın hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu ile ilgili topluma dayalı yapılmış bir araştırmaya da rastlanmamıştır.

Bu çalışma;

- Kamu hastanelerindeki güvenlik kültürü algılama düzeyini belirlemek,

- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki görüşlerini değerlendirmek ve

- Toplumdaki bireylerin tıbbi hatalarla ilişkili görüşlerini saptamak, amacıyla planlanmıştır.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

1. Türkiye'de kamu hastanelerinde sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algılamasının düzeyi bilinmemektedir.

2. Hasta güvenliği ile ilgili konular sağlık personeli ve toplum tarafından farklı algılanmaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kamu sağlık kuruluşlarındaki güvenlik kültürü algılama düzeyini belirlemek ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği konusundaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla kesitsel tipte bir saha araştırması olarak planlandı.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 2007-2008 yıllarında Konya il merkezinde bulunan kamu hastaneleri, sağlık ocakları ve toplumda uygulandı.

2.3. Araştırma Evreni

Çalışma evreni, Konya il merkezinde bulunan kamu genel hastaneleri, sağlık ocakları ve Konya il merkezinde yaşayan toplumdur.

2.4. Örneklem Hacmi

Hastanede hasta güvenliği kültürü alt alanları için pozitif algılamasının beklenen ortalama 61,3±10,6'lık skorunu (Sorra ve ark 2007) beş puanlık sapma içinde, % 95 güven düzeyinde ve % 80 güçle birden fazla grupta karşılaştıracak şekilde örneklem büyüklüğü formülle belirlendi. Buna göre, her grup için en az n=71 kişiye ulaşılması planlandı. Ancak, hastane sayısının birden fazla olması, aynı zamanda bölüm sayısının çokluğu ve tüm bölümlerin temsil edilmesine özen gösterildiği ve dağıtılan anketlerin cevaplanma oranı düşük olabileceği için planlanan örnek hacminin iki katı personele anket dağıtıldı. Dönüş oranı % 51-91 arasında idi. Sağlık ocaklarında ise hipotetik bir hedef olmadığı ve ilk kez bir hasta güvenliği anketi uygulandığı için daha küçük örneklemle yetinildi. Örneğe çıkan 12 sağlık ocağında ziyaret sırasında mevcut bulunan tüm personele anket dağıtıldı. Dönüş oranı % 82 idi.

2.5. Araştırmanın Örneklemi

Konya il merkezinde bulunan tüm kamu genel hastaneleri örnekleme alındı. Bu hastaneler, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Sağlık Bakanlığı Konya Numune Hastanesidir. Sağlık kuruluşlarındaki her bölümden, hasta ile doğrudan etkileşimi olan sağlık personelinin (hekim, hemşire ve hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli) katılımına özen gösterilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanları örneklem kapsamına alındı.

Sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelini temsil etmek üzere üç merkez ilçeden rastgele seçilen dörderden toplam 12 sağlık ocağında anket çalışması yapıldı. Konya il merkezinde yaşayan toplum için örneklem olarak aynı sağlık ocaklarının hizmet bölgelerinden küme örnekleme ile anket uygulanacak bireylere ulaşıldı. Küme hacmi 20 alındı. Küme başlangıç noktaları Ev Halkı Tespit Fişlerinden rasgele seçilen hanelerdi. Her haneden bir yetişkin ile görüşüldü. Sokak numarası yönünde 20 haneye ulaşıldı.

Tıp Fakültesi Hastanesinden 132, Araştırma Hastanesinden 84, Numune Hastanesinden 93 sağlık çalışanı örnekleme alındı. Bunların 102'si hekim, 135'i hemşire ve 72'si hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni (ATT)) idi. Bu gruba araştırmanın tüm anketleri uygulandı. Hasta güvenliği ile ilgili tutum belirleme anketi ise ayrıca sağlık ocağı personeline de uygulandığından tutum ile ilgili örneklem daha geniş hacimli oldu. Böylece toplam 156 hekim, 183 hemşire ve 150 diğer sağlık personeline ulaşıldı. Toplum örneklemesi ise (12*20=) 240 olarak gerçekleşti.

2.6. Örneklem Tanıtımı

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan hastane ve sağlık ocaklarındaki hekim, hemşire ve hemşire kadrosunda çalışan diğer sağlık personeli ile yine örnekleme dahil edilen toplumun demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin veriler tablo ve metinler eşliğinde sunuldu.

Çalışmaya katılan 489 sağlık personelinin 156'sını (% 31,9) hekim, 183'ünü (% 37,4) hemşire ve 150'sini (% 30,7) diğer sağlık personeli (ebe, sağlık memuru,

ATT) oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin 95'i (% 60,9) erkek iken hekim dışı sağlık personelinin çoğu kadın ve 25-34 yaş grubundaydı. Hemşirelerin 88'i (% 48,1) ön lisans, hemşire olarak çalışan sağlık personelinin 73'ü (% 48,7) lise mezunuydu. Hekimlerin 90'ı (% 57,7) gelir düzeyini iyi, hemşirelerin 96'sı (% 52,5) orta ve hemşire olarak çalışan sağlık personelinin 72'si (% 48,0) kötü olduğunu belirtti. Katılımcıların çoğu evli idi. Hekimlerin 95'i (% 60,9), hemşirelerin 103'ü (% 56,3) ailesinde kronik hastalık olduğunu, hemşire olarak çalışan sağlık personelinin 79'u (% 52,7) ailesinde kronik hastalık olmadığını bildirdi (Tablo 2.6.1).

Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri incelendiğinde, hekimlerin 54'ünün (% 34,7) mesleki kıdemi 15 yıl ve üzeri, hemşirelerin 53'ünün (% 29,6) mesleki kıdemi 10-14 yıl arası ve hemşire olarak çalışan sağlık personelinin 44'ünün (% 29,5) mesleki kıdemi 5 yıl ve altında idi. Hekimlerin 62'sinin (% 39,7) haftada 50 saat ve üzeri çalıştığı, hemşirelerin 110'u (% 60,1) ve hemşire olarak çalışan sağlık personelinin 77'sinin (% 51,3) haftada 40-49 saat arası çalıştığı belirlendi (Tablo 2.6.2).

Çalışma kapsamına alınan toplumdaki bireylerin 166'sı (% 69,2) kadın ve 104'ü (% 43,3) 25-34 yaş arasında, 98'i (% 40,8) ilköğretim mezunu, 121'i (% 50,4) orta gelir düzeyine sahip ve 160'ı (% 66,7) evliydi. Katılımcıların 114'ü (% 47,5) ev hanımı, 218'inin (% 92,4) sosyal güvencesi vardı. Katılımcıların 124'ü (% 52,3) ailesinde kronik hastalık olduğunu bildirdi (Tablo 2.6.3).

Tablo 2.6.1. Sağlık çalışanlarının demografik özellikleri

	Hekim (n=156)		Hemşire (n=183)		Diğer* (n=150)	
Demografik Özellik	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Cinsiyet						
Erkek	95	60,9	2	1,1	46	30,7
Kadın	61	39,1	181	98,9	104	69,3
Yaş grubu						
24 yaş ve altı	4	2,6	19	10,4	32	21,3
25-34 yaş	76	48,7	111	60,7	76	50,7
35-44yaş	59	37,8	49	26,8	35	23,3
45 yaş ve üzeri	17	10,9	4	2,2	7	4,7
Öğrenim düzeyi						
Lise			47	25,7	73	48,7
Önlisans			88	48,1	57	38,0
Lisans			42	23,0	18	12,0
Lisansüstü	156	100	6	3,3	2	1,3
Sağlık kuruluşu						
Üniversite Hastanesi	60	38,5	42	23,0	30	20,0
S.B.Eğ. Arş. Hastanesi	17	10,9	38	20,8	29	19,3
Numune Hastanesi	25	16,0	55	30,1	13	8,7
Sağlık ocağı	54	34,6	48	26,2	78	52,0
Gelir düzeyi algısı						
İyi	90	57,7	83	45,4	31	20,6
Orta	62	39,7	96	52,5	47	31,3
Kötü	4	2,6	4	2,2	72	48,0
Medeni durum						
Bekar	32	20,5	43	23,5	44	29,3
Evli	120	76,9	137	74,9	104	69,3
Dul/Boşanmış/Ayrı	4	2,6	3	1,6	2	1,3
Ailede kronik hastalık varlığı						
Var	95	60,9	103	56,3	71	47,3
Yok	61	39,1	80	43,7	79	52,7

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Tablo 2.6.2. Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri

	Hekim (n=156)		Hemşire (n=183)		Diğer* (n=150)	
Mesleki Özellik	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Çalıştığı birim						
Dâhili birimler	48	30,8	66	36,1	30	20,0
Cerrahi birimler	25	16,0	38	20,8	21	14,0
Acil/YB/Ameliyathane	29	18,6	31	16,9	21	14,0
Sağlık ocağı	54	34,6	48	26,2	78	52,0
Mesleki kıdemi						
5 yıldan az	32	20,5	34	19,0	44	29,5
5-9 yıl	42	26,9	40	22,3	26	17,4
10-14 yıl	28	17,9	53	29,6	41	27,5
15 yıl ve üzeri	54	34,7	52	29,1	38	25,5
Hastanedeki kıdemi						
1 yıldan az	28	17,9	30	16,5	44	29,3
1-4 yıl	55	35,3	59	32,4	42	28,0
5-9 yıl	36	23,1	34	18,7	19	12,7
10 yıl ve üzeri	37	23,7	59	32,4	45	30,0
Çalıştığı birimdeki kıdemi						
1 yıldan az	31	19,9	52	28,6	54	36,2
1-4 yıl	57	36,5	69	37,9	50	33,6
5-9 yıl	38	24,4	32	17,6	26	17,4
10 yıl ve üzeri	30	19,2	29	15,9	19	12,8
Haftalık çalışma saati						
40 saati geçmiyor	39	25,0	61	33,3	67	44,7
40-49 saat	55	35,3	110	60,1	77	51,3
50 saatten fazla	62	39,7	12	6,6	6	4,0

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Tablo 2.6.3. Çalışmaya katılan toplumun demografik özellikleri (n=240)

Demografik Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	74	30,8
Kadın	166	69,2
Yaş grubu		
24 yaş ve altı	24	10,0
25-34 yaş	104	43,3
35 -44yaş	46	19,2
45 yaş ve üzeri	66	27,5
Öğrenim düzeyi		
İlköğrenim	98	40,8
Ortaöğrenim	68	28,3
Yükseköğrenim	74	30,8
Gelir düzeyi algısı		
İyi	82	34,2
Orta	121	50,4
Kötü	37	15,4
Medeni durum		
Bekar	76	31,7
Evli	160	66,7
Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor	4	1,7
Meslek		
Ev hanımı	114	47,5
Esnaf-tüccar	25	10,4
Memur	68	28,3
İşçi	33	13,8
Sosyal güvence		
Var	222	92,5
Yok	18	7,5
Ailede kronik hastalık varlığı		
Var	127	52,9
Yok	113	47,1

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri üç formla toplandı:

1. Sağlık Çalışanları Hasta Güvenliği Anketi (Bkz. Ek-A)

2. Toplum Hasta Güvenliği Anketi (Bkz. Ek-B)

3. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Sorra ve Nieva 2004) (Bkz. Ek-C)

2.7.1. Hasta Güvenliği Anketi

Literatür bilgisinden yararlanılarak geliştirilen bu anket kamu sağlık kuruluşlarında çalışan ve hastalarla en çok etkileşimde bulunan hekim, hemşire ve hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeline (ebe, sağlık memuru, ATT) ve toplumdaki yetişkin bireylere uygulandı.

Anketin birinci bölümünde bireylerin demografik özellikleri ile ilgili olarak cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, gelir düzeyi algısı, medeni durumu, mesleği, sosyal güvencesi, kronik hastalık varlığı ile kendisi veya aile bireylerinin tıbbi hata ile karşılaşma durumu ve hatalarla ilgili görüş ve tutumlarına ilişkin sorulara yer verildi.

İkinci bölümde AHRQ'nun (2000) tıbbi hatalardan korunabilmek için bireylere önerdiği bazı ("Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi", "tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması", "hastanın kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi" gibi) davranışların tıbbi hataları önleme derecesi ve uygulanabilirliği soruldu. Cevaplama bölümü, "hiç önlemez", "kısmen önler", "tamamen önler" şeklinde ve "uygulanabilir", "uygulanamaz" şeklinde düzenlendi. Üçüncü bölümde hastane sağlık çalışanlarına "hasta güvenliği" açısından önemli bulunan bazı uygulamaların çalışma ortamlarında ne ölçüde yapılabildiği soruldu. Yirmi altı maddeden oluşan bu bölümde, "ilaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olması", "yangın çıkışlarının açık tutulması", "yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi", gibi ifadeler yer aldı. Cevaplar "yeterli", "kısmen yeterli", "yetersiz", "hiç yapılmıyor" şeklinde düzenlendi.

2.7.2. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

Anket, AHRQ tarafından 2004 yılında geliştirilen "Hospital Survey on Patient Safety Culture" anketinin Türkçesidir (Sorra ve Nieva 2004). Ankette hasta güvenliği kültürünün boyutlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorularla, sonuç değişkenlerinin yer aldığı sorular bulunmaktadır. Ankette ayrıca kişisel bilgilerin yer aldığı yedi soru bulunmaktadır.

Hasta güvenliği kültürü anketinin ünite /bölüm düzeyindeki boyutları:

1. Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde)
2. Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)
3. Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)
4. İletişimin açık tutulması (3 madde)
5. Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)
6. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)
7. Personel sağlama (4 madde)
8. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (3 madde)

Güvenlik kültürünün hastane düzeyinde ölçtüğü boyutlar:

1. Hastane üniteleri arasında ekip çalışması(4 madde)
2. Hastane müdahaleleri ve değişim (4 madde)

Sonuç değişkenlerini kapsayan konular:

1. Güvenliğin ayrıntılı algılanması (4 madde)
2. Olayların raporlanma sıklığı (3 madde)
3. Hastane ünitesinde hasta güvenliğinin derecesi (1 madde)
4. Raporlanan olayların sayısı (1 madde)

Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 maddelerindeki sorular ters yönlü sorulardı.

Cevaplamada A, B ve F bölümlerinde "kesinlikle katılmıyorum", "katılmıyorum", "ne katılıyorum ne katılmıyorum", "katılıyorum", "kesinlikle katılıyorum" ifadeleri, C ve D bölümlerinde "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" ifadeleri kullanıldı. Bölüm E'de hasta güvenliği derecesi "mükemmel", "çok iyi", "kabul edilebilir", "zayıf" ve "başarısız" olarak değerlendirildi. Bölüm G'de raporlanan olayların sayısı sınıflandırılarak soruldu. A bölümünden bir ve H bölümünden altı soru kişisel bilgilerle ilgiliydi. Son bölümde katılımcılardan hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama hakkındaki yorumlarını yazmaları istendi.

Anketin Orijinalinin Geçerlilik ve Güvenilirliği

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusundaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla AHRQ tarafından geliştirilerek (2004) yayınlanan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 42 madde ve 12 alt alandan oluşmaktadır (Sorra ve Nieva 2004). Anket ABD'deki hastanelerde yaygın olarak kullanıldığından AHRQ hastane sonuçlarını karşılaştırmak için 2007 yılında ilk karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmuş, 2008 yılında anketi yeni ve yeniden uygulayan hastanelerin sonuçlarını karşılaştırarak veri tabanını güncellemiştir. Karşılaştırmalı verilerin her yıl güncellenerek en azından 2012 yılına kadar devam edeceği bildirilmektedir (Sorra ve ark 2007, Sorra ve ark 2008).

Geçerlilik Analizi: Güvenlik kültürü alt boyutları için (ters sorular çevrildikten sonra) cevaplamaların ortalamaları alınarak kompozit skor elde edilmiştir. Güvenlik kültürünün 12 alt boyutunun her biri ile ilgili olarak her katılımcı için bir kompozit skor hesaplandı. Her maddede 5'li skala uygulandığından kompozit skor 1 ile 5 aralığındaydı (1: en düşük, 5: en yüksek skor). Kompozit skor hesaplandıktan sonra güvenlik kültürü boyutları birbirleriyle ilişkilendirilmiştir.

Her bir güvenlik kültürü boyutunun yapı geçerliliği birbiriyle kısmen ilişkilendirilerek kompozit skorlarda yansıtılmıştır. Bu ilişki 0,20 ile 0,40 arasında olan korelasyonla gösterilmiştir. 0,20 den düşük olan korelasyon iki güvenlik kültürü boyutu arasında zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çok yüksek korelasyonlar (0,85 ve üzeri) boyutların aslında aynı kavramı ölçtüğünü göstermekte ve bu durumda boyutlar birbirleriyle birleştirilip bazı maddeler de çıkarılabilmektedir.

Güvenlik kültürü kompositleri arasındaki ilişki 0,23 (“Hatalar için cezalandırıcı olmayan yanıt” ile “Personel sağlama” ve “Olay raporlama sıklığı” arasında) ile 0,60 (“Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ile “Güvenliğin kapsamlı algılanması” arasında) arasında bulunmuştur. Bu ilişkilerin tümü beklenen orta ve yüksek aralıklar içindedir. Güvenlik kültürü boyutlarının hiçbirinde yüksek korelasyon çıkmamış olması, aynı yapıyı ölçen iki güvenlik kültürü boyutunun olmadığını göstermektedir.

Korelasyonlar 12 güvenlik kültür boyutu ve dört sonuç değişkeni için hesaplanmıştır. En yüksek korelasyon 0,66 ($p<0,001$) idi ve “Güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “Hasta güvenliğinin derecesi” sonuç değişkenleri için hesaplanmıştır. Bu yüksek korelasyon katılımcıların birimlerindeki hasta güvenliğinin derecesini değerlendirme ile güçlü bir ilişkisi olan “Güvenliğin kapsamlı algılamasının” skala geçerliliğinin ispatını göstermektedir. İkinci en yüksek korelasyon, “Güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” arasında bulunmuştur ($r=0,60$, $p<0,001$). Bu bulgular hasta güvenliği konularında ilerlemede hastane yönetiminin önemli rolü olduğunu göstermektedir. Çalışanlar güvenlik konusunda hastane yönetiminin aktif desteğini gördüklerinde birimlerindeki hasta güvenliği derecesi konusunda yüksek puan vermektedir.

“Olay raporlama sıklığı” boyutu ile ilgili en yüksek korelasyon, “Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim” konusunda bulunmuştur ($r=0,48$, $p<0,001$). Şaşırtıcı olarak en düşük ilişkinin “Olay raporlama sıklığı” ile “Hatalar için cezalandırıcı-olmayan yanıt” arasında olduğu saptanmıştır ($r=0,23$, $p<0,001$). Hastane çalışanları, hatalar konusunda açık bir iletişim kurulması ve olay raporlama sonucunda yapılan değişiklikler hususunda kendilerine geri bildirim verilmesi halinde olay raporlama sıklığının artacağını belirtmektedir. Bu korelasyonlar, olay raporlama sıklığının artmasının, cezalandırıcı olmayan bir kültür oluşturmadan çok, iletişim ve geri bildirimin geliştirilmesiyle başarıya ulaşılacağı izlenimini vermektedir.

Varyans Analizi: Hastaneler Arasındaki Farklar: Güvenlik kültürü komposit skorlarının hastaneler arasında nasıl farklılaştırıldığını incelemek için, son analiz olan tek-yönlü varyans (ANOVA) analizi, 12 güvenlik kültürü boyutların her birinde

ve iki sonuç değişkeni (“Raporlanan olay sayısı” ve “Hasta Güvenliğinin derecesi”) üzerinde yapılmıştır.

ANOVA, genel olarak her bir güvenlik kültür boyutu hakkında hastanelerin birbirinden farklı olup olmadığını incelemektedir. Hastanelerin her bir boyutta farklı skorlara sahip olduğu ve her hastanenin kompozit skorlarının da farklı olduğu hipotezini destekleyecek şekilde 12 kompozitin her birindeki tüm ANOVA’lar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastanelerin gerçek hasta güvenlik seviyeleri farklı olduğundan, güvenlik kültürü boyutları konusunda, bazıları yüksek, bazıları da düşük puan almış olmaları gerekir ki sonuçlar da bunu göstermektedir.

Güvenilirlik Analizi: Konfirmatör faktör analizinde gösterilen 12 güvenlik kültürü boyutunun her biri için iç uyumluluk güvenilirlikleri incelenmiştir. Maddeler, hem pozitif hem de negatif yönlerde yazıldığı için öncelikle negatif olanlar ters kodlanmıştır. Araştırmadaki 12 güvenlik kültürü boyutunun her birinin kabul edilen (Cronbach alfa en az 0,60 olması gerektiği tanımlanmıştır) güvenilirliğe sahip olduğu bulunmuştur. Güvenilirlik katsayıları 0,63 ve 0,84 arasındadır.

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin Türkçesinin Hazırlanması

Anketin Türkçeye **ilk tercümesi** araştırmacı tarafından yapıldı. Bu çeviri anadili Türkçe olan bir İngilizce dil uzmanınca ve araştırmacılarla danışma için de **gözden geçirildi**. Elde edilen Türkçe anketin İngilizceye **geri çevirisi** anadili İngilizce olan ve Türkçeyi iyi bilen ve anket hakkında bilgisi olmayan bir uzman tarafından yapıldı. Bu İngilizce yeni anket metni, anketi ilk olarak geliştirenlerden **Joann Sorra’ya** (AHRQ) telefon ve e-posta yoluyla iletilerek orijinaliyle çevirisi arasındaki ifade farklılıklarının sorun oluşturup oluşturmayacağı ve bu haliyle kullanılıp kullanılamayacağı **danışıldı.** Anketin 42 maddesinden üçünde farklı anlam çıkarılabileceği kuşkusu ile yapılan değişiklik önerileri doğrultusunda tarafımızdan gerekli **düzeltmeler yapıldı.**

2.8. Ön Uygulama

Sağlık çalışanlarına uygulanacak anket beş doktor ve sekiz hemşireye uygulanarak anlaşılırlığı test edildi ve katılımcıların görüşleri alındı. Toplumdaki bireyler için çalışma kapsamına alınmayan bir sağlık ocağı bölgesindeki 10 eve gidilerek anket uygulandı. Ön uygulamada yer alan bireyler çalışma örneğine alınmadı. Uygulama sonuçlarına göre tarafımızdan hazırlanan anketlerde gerekli düzeltmeler yapıldı.

2.9. Verilerin Toplanması

Sağlık çalışanlarına ve toplumdaki yetişkin bireylere uygulanacak olan anketler bireylerin sözlü onamı alındıktan sonra araştırıcı tarafından uygulandı.

2.10. Etik Durum

Araştırmanın etik izni S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulundan alındı (Tarih: 28.12.2007, Sayı: 2007/242) (Bkz. Ek-D). Araştırma için kurumsal olarak İl Sağlık Müdürlüğünden (Bkz. EK-E), Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden (Bkz. EK-F), Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Bkz. EK-G) ile Konya Numune Hastanesi Başhekimliklerinden (Bkz. EK-H) resmi izinler alındı, ayrıca anket uygulanacak bireylerin sözlü onamları alındı.

2.11. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü algılama düzeyi

- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki bilgi ve tutumları

- Toplumdaki bireylerin hasta güvenliği konusundaki tutumları

Bağımsız değişkenler

- Sağlık çalışanının yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, mesleği

- Toplumdaki bireylerin yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, mesleği, sosyoekonomik düzeyi

- Katılımcıda kronik hastalık varlığı

- Katılımcının düzenli sağlık kontrolü olup olmadığı

- En son hangi sağlık kuruluşundan hizmet alındığı

- Kamu hastanesinde yatarak tedavi görüp görmediği

2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma kapsamına Konya il merkezindeki kamu sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli ile il merkezinde yaşayan 18 yaş üzeri en az ilkokul mezunu yetişkinler alındı.

- Ev Halkı Tespit Fişlerine göre gidilen evlerde erkeklerin işte olması sebebiyle daha çok kadınlara ulaşılabildi.

2.13. Varsayımlar

Anket uygulanan sağlık çalışanı ve toplumdaki yetişkin bireylerin verdikleri cevapların doğru olduğu varsayıldı. Anketteki güvenlik kültürü ile ilgili hususların doğru anlaşıldığı varsayıldı.

2.14. Veri Analizi

Veriler, ortalama, standart sapma ve yüzdelerle özetlendi. Katagorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Ki-Kare testinden yararlanıldı. Güvenlik kültürü ile ilgili skorlar anketin orijinalinin yönergesine göre yüzdeye dönüştürüldü. Anketteki ters yönlü sorular çevrildi. Güvenlik kültürü ile ilgili skor ortalamalarının karşılaştırılmasında veriler normal dağıldığı için (Lilliefors testine göre) tek yönlü varyans analizi ve varyansların homojenliğine göre post hoc testlerinden (Tukey HSD, Tamhane's T2) yararlanıldı. Karşılaştırılacak ortalamanın iki tane olması halinde normal dağılıma uygunluk testi sonucuna göre uygun test uygulandı, 0,05'ten küçük P değeri önemli kabul edildi.

3. BULGULAR

Sağlık çalışanları ile toplumdaki bireylerin tıbbi hata/hasta güvenliği konusundaki görüşlerini değerlendirmek ve sağlık kuruluşlarındaki güvenlik kültürü algılama düzeyini belirlemek amacıyla planlanan bu araştırmadan elde edilen bulgular üç başlıkta incelendi.

1) Sağlık çalışanlarının tıbbi hata ve hasta güvenliği konusundaki görüş ve tutumlarına ilişkin bulgular.

2) Toplumun tıbbi hata ve hasta güvenliği konusundaki görüş ve tutumlarına ilişkin bulgular.

3) Sağlık çalışanlarının çalıştıkları hastanedeki hasta güvenliği kültürü algılamalarına ilişkin bulgular.

3.1. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan hastane ve sağlık ocaklarındaki sağlık çalışanlarının tıbbi hata ve hasta güvenliği konusundaki görüşleri, tutumları ve bu konudaki kişisel deneyimleri ile ilgili bulgulara yer verildi.

Çalışmaya katılan hekimlerin % 20,5'i, hemşirelerin % 24,2'si, diğer sağlık personelinin % 25,2'si kendisinin ya da ailesinden birinin tıbbi hataya maruz kaldığını bildirdi (Toplamda % 23,3). Tıbbi hataya maruz kalan hekimlerin % 53,1'i, hemşirelerin % 73,9'u, diğer sağlık personelinin % 72,2'sı (Toplamda % 67,5) hatalardan hekimleri sorumlu görmekte idi. Hekimlerin % 46,9'unun, hemşirelerin % 54,3'ünün ve diğer sağlık personelinin % 33,3'ünün tıbbi hata sonucu en çok psikolojik sorunlar yaşadıkları saptandı. Öte yandan, hekimlerin % 25,1'i, hemşirelerin % 17,4'ü ve diğer çalışanların % 41,7'si tıbbi hatadan dolayı ciddi zarar (işgücü kaybı, sakatlık, ölüm) gördüklerini belirtti. Sağlık çalışanları arasında, tıbbi hataya maruz kalma durumu, hatadan sorumlu görülenler ve hata sonucunda yaşananlar yönünden anlamlı fark yoktu ($P>0.05$) (Tablo 3.1.1).

Tablo 3.1.1. Sağlık çalışanlarının tıbbi hatalarla ilgili kişisel deneyimleri

	Hekim (n=156)		Hemşire (n=183)		Diğer* (n=150)		
Kişisel deneyimler	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Kendisi veya aile bireylerinin tıbbi hataya maruz kalma durumu							0,592
Hayır	124	79,5	141	75,8	110	74,8	
Evet	32	20,5	42	24,2	40	25,2	
Hatadan sorumlu görülenler							0,342
Hekim	17	53,1	32	73,9	28	72,2	
Hemşire	9	28,1	6	15,2	6	13,9	
Diğer Sağlık Personeli	6	18,8	4	10,9	6	13,9	
Hata sonucunda yaşananlar							0,328
Fiziksel sorunlar	9	28,1	11	28,3	10	25,0	
Psikolojik sorunlar	15	46,9	23	54,3	13	33,3	
İş gücü kaybı	4	12,5	3	6,5	8	19,4	
Sakatlık	2	6,3	-	-	3	5,6	
Ölüm	2	6,3	5	10,9	6	16,7	

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarıyla ilgili tutumları incelendiğinde hekimlerin % 80,8'inin, hemşirelerin % 86,3'ünün diğer sağlık personelinin % 81,1'inin düzenli doktor kontrolüne gitmedikleri, hekimlerin % 72,4'ünün hemşirelerin % 77,4'ünün ve diğer sağlık personelinin % 57,3 ünün herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yerinin hastane olduğu belirlendi. Hekim ve hemşire dışındaki sağlık personelinin ilk başvuruda sağlık ocağını tercih oranı diğerlerinden daha yüksekti ($P<0,05$) (Tablo 3.1.2).

Tablo 3.1.2. Sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarıyla ilgili tutumları

	Hekim (n=156)		Hemşire (n=183)		Diğer* (n=150)		
Sağlıkla ilgili tutumlar	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Düzenli doktor kontrolüne gitme							0,395
Giden	30	19,2	23	13,7	30	18,9	
Gitmeyen	126	80,8	160	86,3	120	81,1	
Sağlık sorununda ilk başvuru yeri							**0,000**
Sağlık ocağı	28	17,9	29	15,8	53	35,0	
Hastane	113	72,4	142	77,4	85	57,3	
Özel hastane/ muayenehane	15	9,6	12	6,8	12	7,7	

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Sağlık çalışanlarının yaklaşık üçte biri tıbbi hatayı yapan kişinin sorumlu tutulması gerektiğini belirtti. Hekimlerin % 84,0'ü, hemşirelerin % 74,2'si ve diğer sağlık çalışanlarının % 76,2'si tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu olduğunu belirtti (Tablo 3.1.3). Hekimler tıbbi hatanın sorumlusu olarak daha yüksek oranda kurumları göstermekte (P=0,003), hekim dışı sağlık personeli tıbbi hata konusunda hekimlere oranla hekimleri daha yüksek oranda suçlamakta (P=0,000) ve hekimler hastaların tıbbi hatalardan kendilerini kısmen de olsa koruyabilecekleri kanaatinde idi (P=0,013) .

Tablo 3.1.3. Sağlık çalışanlarının tıbbi hata ile ilgili düşünceleri

	Hekim (n=156)		Hemşire (n=183)		Diğer* (n=150)		
Tıbbi hata ile ilgili konu/bilgi	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Hataların sorumlusu							**0,003**
Kişiler	42	26,9	63	34,2	55	37,1	
Kurumlar	29	18,6	9	5,8	18	11,2	
Her ikisi	85	54,5	112	60,0	77	51,7	
Tıbbi hataları en sık yapan meslek grubu							**0,000**
Hekimler	27	17,3	91	48,9	69	46,9	
Hemşireler	37	23,7	17	9,5	19	12,6	
Hekim ve hemşireler	52	33,3	45	24,7	32	21,0	
Diğer sağlık çalışanları	40	25,6	30	16,8	30	19,6	
Hataları önlemede hastaların sorumluluğu							0,195
Var	131	84,0	138	74,2	112	76,2	
Yok	18	11,5	29	16,3	26	16,8	
Bilmiyorum	7	4,5	16	9,5	12	7,0	
Hastalar tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilir mi?							**0,013**
Büyük oranda koruyabilir	33	21,2	27	15,3	35	23,1	
Kısmen koruyabilir	105	67,3	110	59,5	87	58,7	
Koruyamaz	18	11,5	46	25,3	28	18,2	
Tıbbi hatalarla ilgili duyum alma sıklığı							0,122
Hiç duymadım	3	1,9	2	1,1	5	2,8	
Nadiren	78	50,0	73	39,5	70	47,5	
Ara sıra	71	45,5	96	52,1	63	42,7	
Çok sık	4	2,6	12	7,4	12	7,0	
Hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığına güvenme durumu							0,684
Çok	79	50,6	85	45,8	65	44,1	
Biraz	70	44,9	88	47,9	72	48,3	
Hiç	7	4,5	10	6,3	13	7,7	

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Sağlık çalışanları en önemli tıbbi hata sebebinin “uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stres” olduğunu belirtti (Tablo 3.1.4). Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata sebeplerinden “hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması”, “uzun çalışma saatleri nedeniyle oluşan yorgunluk ve stres”, “hekimlerin el yazılarının okunaklı olmaması" konularında sağlık personeli arasındaki görüş farklılığı anlamlı bulundu (P<0.05).

Tablo 3.1.4. Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata sebepleri

	Hekim (n=156)		**Hemşire (n=183)**		**Diğer* (n=150)**		
Tıbbi hata sebepleri	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması	65	41,7	112	58,9	69	48,2	**0,005**
Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres	131	83,9	147	77,3	100	69,9	**0,015**
İletişim bozuklukları	83	53,2	107	56,3	78	54,5	0,844
Ekip çalışmasının olmaması	72	46,1	68	35,8	60	41,9	0,142
Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması	52	33,3	69	36,3	49	34,2	0,836
Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması	80	51,2	99	52,1	88	61,5	0,139
Mesleki eğitimin yetersiz olması	52	33,3	64	33,7	47	32,9	0,988
Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması	19	12,1	77	40,5	54	37,8	**0,000**

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Çalışmaya katılan hekimlerin % 76’sı, hemşirelerin % 73’ü ve diğer sağlık personelinin % 80’i maruz kalınan tıbbi hata durumunda yapılan hataların hastaya açıklanması gerektiğini belirtti. Hekimlerin “tıbbi hata durumunda hastadan özür dilenmesine” taraf olmadıkları saptandı (P=0,010) (Tablo 3.1.5).

Tablo 3.1.5. Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata durumunda tutum

	Hekim (n=156)		Hemşire (n=183)		Diğer* (n=150)		
Tıbbi hata durumunda Tutum	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Hasta zarar görmediyse hiçbir şey yapılmamalı	11	7,05	15	7,9	9	6,3	0,853
Yapılan hatalar hastaya açıklanmalıdır	118	75,6	138	72,6	114	79,7	0,328
Hastadan özür dilenmelidir	52	33,3	89	46,8	70	48,9	**0,010**
Hata yapanlar dava edilmelidir	24	15,4	42	22,1	32	22,4	0,212
Fikrim yok	9	5,8	6	3,1	2	1,4	0,114

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "önleyebilir" bulma oranları yüksekti ve grupların görüşleri genel olarak benzerdi. Ancak, "ilaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi", "seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi" ve "hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması" davranışlarının tıbbi hataları önleyebilir bulma oranları arasında personele göre fark bulundu (Tablo 3.1.6).

Tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "uygulanabilir" bulma oranları incelendiğinde, "önleyebilir" bulma oranlarından nispeten daha düşük olduğu saptandı. Sağlık çalışanlarına göre "eczaneden ilaç alırken reçetedeki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması", "ilaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi", "seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi" davranışlarını uygulanabilir bulma oranları hekimlerde daha düşük bulundu (Tablo 3.1.7).

Tablo 3.1.6. Sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "önleyebilir" bulma oranları (%)

Önerilen davranışlar	Hekim (n=156)	Hemşire (n=183)	Diğer* (n=150)	P
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması	99,4	97,4	97,9	0,377
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi	99,4	98,9	99,3	0,899
Yazılan reçetelerin okunaklı olması	93,6	97,4	95,1	0,232
Eczaneden ilaç alırken reçetedeki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması	92,9	96,3	96,5	0,244
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması	97,4	98,4	97,2	0,721
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi	96,2	97,9	98,6	0,363
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi	78,8	90,5	92,3	**0,001**
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi	61,5	71,1	76,2	**0,019**
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerini yıkamasını istemesi	75,6	73,7	77,6	0,709
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi	96,8	93,2	94,4	0,320
Cerrahın, ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi	77,6	72,1	81,8	0,111
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	90,4	88,4	92,3	0,496
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi	82,1	82,6	87,4	0,383
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi	92,9	93,7	93,7	0,953
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması	60,3	63,7	71,3	0,123
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması	69,2	82,6	83,9	**0.002**
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi	75,0	80,5	80,4	0,386
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması	85,3	89,5	86,7	0,486

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Tablo 3.1.7. Sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "uygulanabilir" bulma oranları (%)

Önerilen davranışlar	Hekim (n=156)	Hemşire (n=183)	Diğer* (n=150)	P
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması	91,0	93,7	90,2	0,471
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi	97,4	98,4	95,8	0,338
Yazılan reçetelerin okunaklı olması	92,3	95,3	93,7	0,520
Eczaneden ilaç alırken reçetedeki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması	84,6	95,3	96,5	**0,000**
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması	95,5	97,4	95,8	0,612
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi	95,5	95,8	96,5	0,906
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi	57,7	71,1	72,7	**0,008**
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi	57,1	69,5	69,9	**0,023**
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerini yıkamasını istemesi	64,1	63,7	67,1	0,787
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi	95,5	93,2	91,6	0,386
Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi	69,2	66,3	65,7	0,781
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	84,0	88,4	83,9	0,387
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi	93,6	93,7	92,3	0,866
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi	80,1	86,8	84,6	0,231
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması	65,4	71,6	69,2	0,462
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması	70,5	76,3	81,8	0,072
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi	91,0	88,9	90,9	0,764
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması	94,9	92,6	96,5	0,299

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Tablo 3.1.8'de sağlık çalışanlarının hastanede hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları yeterli bulma oranları verildi. Buna göre sağlık çalışanları kurumlarında "hasta kimliğini doğrulamada doğru yöntemlerin kullanılması", "hastanın servise oryantasyonunun sağlanması" ve "yangın çıkışlarının açık tutulması" ile ilgili uygulamaları yetersiz bulduğunu belirtti. Hekimler genellikle uygulamaları diğer sağlık personeline göre daha az düzeyde yeterli bulmaktaydı.

Tablo 3.1.8. Sağlık çalışanlarının hastanede hasta güvenliği ile ilgili bazı uygulamaları yeterli bulma oranları (%)

Hasta güvenliği ile ilgili konular	Hekim (n=102)	Hemşire (n=135)	Diğer* (n=72)	P
Hastanın servise oryantasyonunun (odasının tanıtılması, hekim-hemşire ile tanıştırma, yangın çıkışı gösterilmesi vb.) sağlanması	51,0	57,0	55,4	0,639
Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması	81,4	88,7	90,8	0,138
İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olması	70,6	87,3	80,0	**0,005**
Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi	87,3	93,7	89,2	0,218
Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi	80,4	90,1	84,6	0,095
Narkotik ve sedatif ilaçların güvenli şekilde saklanması	87,3	85,9	83,1	0,751
Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması	52,9	69,7	78,5	**0,001**
Kesici ve delici maddelerin uygun şekilde toplanması	77,5	86,6	75,4	0,077
Yangın çıkışlarının açık tutulması	58,8	59,9	43,1	0,061
İşe yeni başlayanların oryantasyonlarının yapılması (tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb)	59,8	64,8	67,7	0,551
Hastanın özel eşyalarının emniyete alınması	54,9	67,6	63,1	0,129
Hizmet içi eğitim programlarının yapılması	66,7	76,8	81,5	0,069
Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması	57,8	86,6	78,5	**0,000**
Bası yarası oluşma riskinin tespiti ve gerekli önlemlerin alınması	75,5	81,0	75,4	0,504
Çalışanların kendilerini kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri	70,6	69,7	69,2	0,981
Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi	70,6	73,9	66,2	0,510
Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi	74,5	90,1	87,7	**0,003**
Sözel direktif alma/verme kriterlerinin yazılı olarak belirlenmesi	64,7	81,7	64,6	**0,004**
Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi	69,6	76,8	76,9	0,394
Hastanın kimliğini doğrulamada doğru yöntemlerin kullanılması (kimlik bileziği vb)	44,1	51,4	64,6	**0,035**
Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması	67,6	81,7	75,4	**0,041**

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

3.2. Toplumun Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan toplumun tıbbi hata ve hasta güvenliği konusundaki görüş ve tutumlarına ilişkin bulgular, bölüm 3.1'deki sağlık çalışanları bulgularıyla karşılaştırılarak sunuldu.

Çalışmaya katılan toplumun % 21,7'sinin ve sağlık çalışanlarının % 23,3'ünün kendisinin ya da aile bireylerinin tıbbi hataya maruz kaldığı belirlendi (P>0,05). Toplumun % 75,5'i ve sağlık çalışanlarının % 67,5'i hatalardan hekimleri sorumlu gördüğünü ve toplumun % 35,8'i, sağlık çalışanlarının % 27,2'si yapılan tıbbi hata sonucunda ciddi zarar (işgücü kaybı, sakatlık, ölüm) gördüklerini belirtti. Toplumla sağlık çalışanları arasında "hata sonucunda yaşananlar" yönünden fark anlamlıydı (P<0,005) (Tablo 3.2.1).

Tablo 3.2.1. Çalışmaya katılan toplumun ve sağlık çalışanlarının tıbbi hatalarla ilgili kişisel deneyimleri

	Toplum (n=240)		**Sağlık çalışanı (n=489)**		
Kişisel deneyimler	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Kendisi veya aile bireylerinin tıbbi hataya maruz kalma durumu					0,781
Hayır	187	77,9	375	76,7	
Evet	55	21,7	114	23,3	
Hatadan sorumlu görülenler					0,278
Hekim	44	75,5	77	67,5	
Hemşire	10	18,9	21	18,4	
Diğer Sağlık Personeli	3	5,7	16	14,0	
Hata sonucunda yaşananlar					**0,033**
Fiziksel sorunlar	15	28,3	31	27,2	
Psikolojik sorunlar	19	35,8	52	45,6	
İş gücü kaybı	13	24,5	14	12,3	
Sakatlık	5	9,4	4	3,5	
Ölüm	1	1,9	13	11,4	

Toplumdaki bireylerin % 25,4'ü, sağlık çalışanlarının % 17,0'ı düzenli sağlık kontrolüne gittiğini belirtti. Düzenli sağlık kontrolüne gitme oranı sağlık çalışanlarına göre toplumda daha yüksek bulundu (P=0,010). Toplumun ilk başvuruda sağlık ocağını tercih oranı daha yüksekti (P=0,001) (Tablo 3.2.2).

Tablo 3.2.2. Toplum bireylerinin ve sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarıyla ilgili tutumları

	Toplum (n=240)		Sağlık çalışanı (n=489)		
Sağlıkla ilgili tutumlar	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Düzenli doktor kontrolüne gitme					**0,010**
Giden	61	25,4	83	17,0	
Gitmeyen	179	74,6	406	83,0	
Sağlık sorununda ilk başvuru yeri					**0,001**
Sağlık ocağı	76	31,7	108	22,1	
Hastane	134	55,8	342	69,9	
Özel hastane/ muayenehane	30	12,5	39	8,0	

Çalışmaya katılan toplumun % 38,3'ü ve sağlık çalışanlarının % 32,7'si tıbbi hatayı yapan kişinin sorumlu tutulması gerektiğini belirtti. Toplumun % 46,3'ü ve sağlık çalışanlarının % 38,2'si tıbbi hataları en sık yapan meslek grubu olarak hekimleri gösterdi (P=0,000). Toplumun % 62,5'i ve sağlık çalışanlarının % 77,9'una göre hataları önlemede hastaların da sorumluluğu olduğu (P=0,000), toplumun % 55'i ve sağlık çalışanlarının % 61,8'i hastaların kendilerini tıbbi hatalardan kısmen koruyabilecekleri (P=0,000), toplumun % 15,4'ü ve sağlık çalışanlarının % 5,7'sinin çok sık tıbbi hata duyumu aldıkları (P=0,000) ve toplumda hataları önlemede bilgi ve farkındalığına güvenme oranının daha düşük olduğu (P=0,000) belirlendi (Tablo 3.2.3).

Çalışmaya katılan toplumun % 72,8'i hekimlerin hastalara yeterince vakit ayırmamasını tıbbi hataların sebebi olarak görürken, sağlık çalışanlarının % 77,3'ü uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stresin tıbbi hataların sebebi olduğunu belirtti. Sağlık çalışanları ve topluma göre "hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması", "uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stres", "hekimlerin hastalara yeterince vakit ayırmaması" sebepleri yönünden fark bulundu (Tablo 3.2.4).

Tablo 3.2.3. Toplumun ve sağlık çalışanlarının tıbbi hata ile ilgili düşünceleri

	Toplum (n=240)		Sağlık çalışanı (n=489)		
Tıbbi hata ile ilgili konu/bilgi	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Hataların sorumlusu					
Kişiler	92	38,3	160	32,7	0,261
Kurumlar	29	12,1	56	11,5	
Her ikisi	119	49,6	273	55,8	
Tıbbi hataları en sık yapan meslek grubu					
Hekimler	111	46,3	187	38,2	**0,000**
Hemşireler	76	31,7	73	14,9	
Hekim ve hemşireler	27	11,3	129	26,4	
Diğer sağlık çalışanları	26	10,8	100	20,4	
Hataları önlemede hastaların sorumluluğu					
Var	150	62,5	381	77,9	**0,000**
Yok	62	25,8	73	14,9	
Bilmiyorum	28	11,7	35	7,2	
Hastalar tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilir mi?					
Büyük oranda koruyabilir	28	11,7	95	19,4	**0,000**
Kısmen koruyabilir	132	55,0	302	61,8	
Koruyamaz	80	33,3	92	18,8	
Tıbbi hatalarla ilgili duyum alma sıklığı					
Hiç duymadım	11	4,6	9	1,8	**0,000**
Nadiren	86	35,8	221	45,2	
Ara sıra	106	44,2	231	47,2	
Çok sık	37	15,4	28	5,7	
Hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığına güvenme durumu					
Çok	39	16,3	229	46,8	**0,000**
Biraz	130	54,2	230	47,0	
Hiç	71	29,6	30	6,1	

Tablo 3.2.4. Topluma ve sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata sebepleri

	Toplum (n=240)		Sağlık çalışanı (n=489)		P
Tıbbi hataların sebepleri	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması	79	33,0	246	50,3	**0,000**
Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres	160	66,5	378	77,3	**0,002**
İletişim bozuklukları	129	53,9	268	54,8	0,822
Ekip çalışmasının olmaması	83	34,6	200	40,9	0,097
Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması	91	38,1	170	34,8	0,356
Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması	175	72,8	267	54,6	**0,000**
Mesleki eğitimin yetersiz olması	88	36,6	163	33,3	0,372
Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması	86	35,8	150	30,7	0,155

Tıbbi hata durumunda tutum bulguları incelendiğinde toplumun % 77,2'si ve sağlık çalışanlarının % 75,7'si yapılan hataların hastaya açıklanması gerektiğini belirtti. Özür dilenmesi ve dava edilmesi konularında toplum ve sağlık personeli arasında görüş farkı vardı (Tablo 3.2.5).

Tablo 3.2.5.Topluma ve sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata durumunda tutum

	Toplum (n=240)		Sağlık çalışanı (n=489)		
Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır?	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Hasta zarar görmediyse hiçbir şey yapılmamalı	8	3,3	52	10,6	**0,001**
Yapılan hatalar hastaya açıklanmalıdır	185	77,2	370	75,7	0,649
Hastadan özür dilenmelidir	136	56,7	211	43,1	**0,000**
Hata yapanlar dava edilmelidir	152	63,4	98	20,0	**0,000**

Tablo 3.2.6'da toplumun ve sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "önleyebilir" bulma oranları karşılaştırıldı. Önerilen davranışların yaklaşık yarısında toplum ve sağlık personelinin farklı düşündüğü belirlendi.

Tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "uygulanabilir" bulma oranları incelendiğinde, "hastanın ilaç alerjisini hekiminin bilmesi", "yazılan reçetelerin okunaklı olması", "ilaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi", "seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi", "klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi", "hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması", konularında sağlık çalışanları ve toplum arasında fark bulundu (Tablo 3.2.7).

Tablo 3.2.6. Toplumun ve sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "önleyebilir" bulma oranları (%)

Önerilen davranışlar	Toplum (n=240)	Sağlık Çalışanı (n=489)	P
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması	96,1	98,2	0,092
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi	98,0	99,2	0,287
Yazılan reçetelerin okunaklı olması	89,0	95,5	**0,001**
Eczaneden ilaç alırken reçetedeki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması	94,5	95,3	0,722
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması	96,9	97,8	0,470
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi	98,0	97,5	0,799
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi	91,3	87,3	0,113
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi	79,1	69,5	**0,005**
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerini yıkamasını istemesi	86,2	75,5	**0,001**
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi	95,7	94,7	0,599
Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi	87,0	76,7	**0,001**
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	95,7	90,2	**0,010**
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi	86,6	83,8	0,335
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi	91,7	93,5	0,453
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması	77,2	64,8	**0,001**
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması	87,8	78,7	**0,003**
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi	85,0	78,7	**0,039**
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması	94,5	87,3	**0,002**

Tablo 3.2.7. Toplumun ve sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları "uygulanabilir" bulma oranları (%)

Önerilen davranışlar	Toplum (n=240)	Sağlık Çalışanı (n=489)	P
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması	89,0	91,8	0,228
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi	92,5	97,3	**0,004**
Yazılan reçetelerin okunaklı olması	87,0	93,9	**0,002**
Eczaneden ilaç alırken reçetedeki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması	92,5	92,2	1,000
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması	96,1	96,3	0,842
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi	90,6	95,9	**0,005**
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi	73,2	67,3	0,111
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi	72,8	65,6	**0,047**
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerini yıkamasını istemesi	67,7	64,8	0,463
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi	90,2	93,5	0,112
Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi	69,7	67,1	0,508
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	82,3	85,7	0,240
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi	92,1	93,3	0,552
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi	77,6	84,0	**0,035**
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması	76,8	68,9	**0,026**
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması	80,3	76,1	0,196
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi	86,2	90,2	0,111
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması	92,1	94,5	0,266

3.3. Sağlık Çalışanlarının Hastanedeki Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hastanede çalışan 309 sağlık personelinin kurumlarındaki hasta güvenliği kültürü algılamalarına ilişkin bulgulara yer verildi. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi uygulanan sağlık personelinin 132'si (42,7) Tıp Fakültesi Hastanesinde, 84'ü (% 27,2) Eğitim Araştırma Hastanesinde ve 93'ü (% 30,1) Numune Hastanesinde görev yapmaktaydı. Çalışmaya katılanların 102'si (% 33,0) hekim, 135'i (% 43,6) hemşire ve 72'si (% 23,3) hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli idi. Hekimlerin 71'i (% 69,6) erkek iken hekim dışı sağlık personelinin çoğu kadındı. Hemşirelerin 59'u (% 43,7) ön lisans, hemşire olarak çalışan sağlık personelinin 50'si (% 69,4) lise mezunuydu. Hekim ve hemşirelerin çoğu gelir düzeylerini iyi ve orta olarak bildirirken hemşire olarak çalışan sağlık personelinin yarıdan fazlası kötü olduğunu belirtti (Tablo 3.3.1).

Personelin 144'ü (% 46,6) dâhili birim, 84'ü (27,2) cerrahi birim, 81'i (26,2) yoğun bakım-acil-ameliyathane çalışanı idi. Hekimlerin çoğu haftalık 50 saatten fazla çalışırken, hemşireler ve hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli 40-49 saat arasında çalışmaktaydı (Tablo 3.3.2).

Tablo 3.3.1. Hastane sağlık çalışanlarının demografik özellikleri

	Hekim (n=102)		Hemşire (n=135)		Diğer* (n=72)	
Demografik Özellik	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Cinsiyet						
Erkek	71	69,6	2	1,5	28	38,9
Kadın	31	30,4	133	98,5	44	61,1
Yaş grubu						
24 yaş ve altı	2	2,0	18	13,3	31	43,1
25-34 yaş	60	58,8	84	62,2	30	41,7
35-44yaş	30	29,4	30	22,2	10	13,9
45 yaş ve üzeri	10	9,8	3	2,2	1	1,4
Öğrenim düzeyi						
Lise			39	28,9	50	69,4
Önlisans			59	43,7	13	18,1
Lisans			31	23,0	8	11,1
Lisansüstü	102	100	6	4,4	1	1,4
Sağlık kuruluşu						
Üniversite Hastanesi	60	58,8	42	31,1	30	41,7
S.B.Eğ. ve Araş. Hastanesi	17	16,7	38	28,1	29	40,3
Numune hastanesi	25	24,5	55	40,7	13	18,1
Gelir düzeyi						
İyi	56	54,9	66	48,9	10	13,9
Orta	42	41,2	68	50,4	14	19,4
Kötü	4	3,9	1	0,7	48	66,7
Medeni durum						
Bekar	27	25,7	38	28,1	36	50,0
Evli	73	72,3	94	69,6	34	47,2
Dul/Boşanmış/Ayrı	2	2,0	3	2,2	2	2,8

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Tablo 3.3.2. Hastanede çalışan sağlık personelinin mesleki özellikleri

	Hekim (n=102)		Hemşire (n=135)		Diğer* (n=72)	
Mesleki Özellik	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Çalıştığı birim						
Dahili birimler	48	47,1	66	48,9	30	41,7
Cerrahi birimler	25	24,5	38	28,1	21	29,2
Acil/YB/Ameliyathane	29	28,4	31	23,0	21	29,2
Mesleki kıdemi						
5 yıldan az	29	28,4	32	24,4	39	54,9
5-9 yıl	27	26,5	33	25,2	10	14,1
10-14 yıl	15	14,7	34	26,0	12	16,9
15 yıl ve üzeri	31	30,4	32	24,4	10	14,1
Hastanedeki kıdemi						
1 yıldan az	19	18,6	23	17,2	28	38,9
1-4 yıl	42	41,2	45	33,6	29	40,3
5-9 yıl	22	21,6	21	15,7	6	8,3
10 yıl ve üzeri	19	18,6	45	33,6	9	12,5
Çalıştığı birimdeki kıdemi						
1 yıldan az	20	19,6	39	28,9	33	46,5
1-4 yıl	43	42,2	54	40,0	27	38,0
5-9 yıl	22	21,6	21	15,6	79	12,7
10 yıl ve üzeri	17	16,7	21	15,6	2	2,8
Haftalık çalışma saati						
40 saati geçmiyor	5	4,9	25	18,5	5	6,9
40-49 saat	37	36,3	98	72,6	62	86,1
50 saatten fazla	60	58,8	12	8,9	5	6,9

*Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

3.3.1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin Geçerlilik ve Güvenilirliği

Geçerlilik Analizi: Güvenlik kültürü anketindeki her alan için elde edilen alt alan skorları arasında orta derecede korelasyon vardı. Bir alan dışında 0,12-0,57 arasında belirgin ve orta düzeyde korelasyonlar görülmekteydi. "Olay raporlama" ile alt alanlar korele değildi. En yüksek korelasyon 0,57 ile (P<0,001) "Hastane yönetiminin desteği" ile "Birimler arasında ekip çalışması" arasındaydı. Anlamlı en düşük korelasyon (r=0,12 P<0,05) "Personel sağlama" ile "Yönetici beklentileri" arasındaydı. "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" ile birkaçı dışında –"Olay raporlama sıklığı" dahil- diğer alt alanlar arasında korelasyon saptanamadı.

Faktör Analizi : Kendi bulgularımıza faktör analizi uygulandı. Bunun amacı elde edilen bulgulardaki gruplamaların anketin orijinalindeki alt gruplarla uyumunu karşılaştırmaktı. Bu çalışmadaki bulgularla 42 madde 11 faktör altında toplanmaktaydı. Bu da gösteriyor ki alt alanlar birbirinden farklı durumları ölçmektedir. Bu bulgulara göre, bir alt alan ile ilgili soruların ölçtüğü hususların diğer alanlar için de benzer şekilde algılanıp cevaplandığı anlaşılmaktadır.

Varyans Analizi: Hastaneler arasında güvenlik kültürünün her alt alanı için Varyans analizi ile yapılan karşılaştırmalarda, alanların yarıya yakınında farklılıklar bulmuştur. Hastanelerin güvenlik kültürünün farklı düzeyde olabileceği düşünülürse anketin geçerliliği anlaşılacaktır. Bununla beraber her alanda farklılık çıkmaması hastanelerin aynı kültür ortamında, birbirlerine yakın ve birbirleri arasında personel aktarımının bulunmasından kaynaklanabilir. Sağlık personelinin mesleklerine göre benzer sonuçlar elde edilmiş olması anketin hasta güvenlik kültürü ile ilgili geçerliliğinin bir başka kanıtı sayılabilir.

Dil Geçerliliği: Herhangi bir dilde hazırlanan bir anketin başka bir dile kazandırılması sırasında uyulması gereken titizlik gösterilmiştir. Dil değişikliğine rağmen aynı konuların aynı hassasiyet düzeyinde anlaşılmasına özen gösterilmiştir (Bkz. Sayfa 28).

Güvenilirlik Analizi: Anketin 12 güvenlik kültürü boyutunun her birinin iç tutarlılıkları incelenmiştir. Maddeler, hem pozitif hem de negatif yönlerde yazıldığı için öncelikle negatif olanlar ters kodlanmıştır. Araştırmadaki 12 güvenlik kültürü alt alanının sekizinde Cronbach alfa katsayısı 0,50'nin üzerinde (0,57-0,86) bulundu

(Tablo 3.3.3). Tüm maddeler için iç tutarlılık güvenilirliği 0,864 idi. Split-half korelesyon katsayısı = 0.686 ve Guttman split-half katsayısı = 0.766 olarak yüksek düzeyde bulundu.

Tablo 3.3.3. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alanlarının iç tutarlılık güvenilirlikleri

Hasta güvenliği kültürü alt alanları	**İç tutarlılık güvenilirliği (Cronbach's alpha)**
Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde)	**0.572**
Hataların raporlanma sıklığı (3 madde)	**0.862**
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (4 madde)	**0.645**
Hastane müdahaleleri ve değişim (4 madde)	**0.657**
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde)	**0.717**
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)	**0.606**
Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)	**0.828**
İletişimin açık tutulması (3 madde)	**0.342**
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)	**0.750**
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)	**0.308**
Personel sağlama (4 madde)	**0.186**
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (3 madde)	**0.620**

Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alanlarından "Üniteler içinde ekip çalışması" en yüksek olumlu cevap ortalamasına sahipti (% 71). "Hataların raporlanma sıklığı" konusunda verilen olumlu cevap yüzdeleri (Ort. % 15) de 12 alt alan içinde en düşük olanı idi (Tablo 3.3.4).

Tablo 3.3.4. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi ortalama alt alan skorları (% Ort)

Hasta güvenliği kültürü alt alanları	Olumlu cevap yüzde Ortalaması
Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde)	**63**
Hataların raporlanma sıklığı (3 madde)	**15**
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (4 madde)	**48**
Hastane müdahaleleri ve değişim (4 madde)	**54**
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde)	**43**
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)	**49**
Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)	**71**
İletişimin açık tutulması (3 madde)	**36**
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)	**40**
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)	**19**
Personel sağlama (4 madde)	**38**
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (3 madde)	**37**

Anketin tüm maddeleri incelendiğinde en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamalarının "Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutundaki "Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız" maddesine ait olduğu belirlendi (% 75). En düşük ortalamalar ise, "Hataların raporlanma sıklığı" alt boyutundaki "Bir hata yapıldığında ancak *hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor" (% 14) ve "Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor" (% 14) maddeleri ile "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutundaki" "Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler" (% 14) maddelerine aitti (Tablo 3.3.5).

Tablo 3.3.5. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerine verilen olumlu cevap skorları (%) (n=309)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Olumlu cevap yüzdesi
Güvenliğin kapsamlı algılanması	
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	68
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	69
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	58
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	57
Hataların raporlanma sıklığı	
Bir hata yapıldığında ancak *hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor	14
Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor	14
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak *zarar vermeyen bir hata yapıldığında* ne sıklıkla rapor ediliyor	18
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz	48
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	40
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz	57
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	47
Hastane müdahaleleri ve değişim	
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir	46
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir	59
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	43
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir	67
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	36
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır	40
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister	36
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	60
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme.	
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız	52
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir	43
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz	53

Tablo 3.3.5 (Devam) Hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerine verilen olumlu cevap skorları (%) (n=309)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Olumlu cevap yüzdesi
Üniteler içinde ekip çalışması	
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler	66
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız	75
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır	72
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder	71
İletişimin açık tutulması	
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir	43
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder	19
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	46
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririliz	31
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliz	48
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız	42
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	14
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	19
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar	22
Personel sağlama	
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	39
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar	20
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır	75
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız	20
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	41
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor	38
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir	33
Genel skor	**44**

Sağlık personelinin % 81'i çalışma birimlerindeki hasta güvenliğinin derecesi konusunda olumlu cevap verirken, % 13,6'sı bu konuda çalışma birimlerini zayıf ve başarısız bulduklarını belirtti (Tablo 3.3.6).

Tablo 3.3.6. Hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili cevaplar (%)

Hasta güvenliği sonuçları	Cevap yüzdesi
Mükemmel	8,4
Çok iyi	32,0
Kabul edilebilir	46,0
Zayıf	12,3
Başarısız	1,3

Hastane sağlık çalışanlarının çoğunun hasta güvenliği ile ilgili hatalı olayları hiç raporlamadıkları belirlendi (Tablo 3.3.7).

Tablo 3.3.7. Hasta güvenliği ile ilgili hatalı olay raporlanma durumu (%)

Raporlanan olayların sayısı	Cevap yüzdesi
Hiç	83,9
1-2 olay raporu	10,9
3-5 olay raporu	4,6
6 ve üzeri olay raporu	0,6

Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının çoğunda hastanelere göre farklılık yokken, iki boyutta Tıp fakültesi hastanesi, bir boyutta ise Numune Hastanesinin olumlu cevap yüzdeleri daha düşüktü (P=0,000) (Tablo 3.3.8).

Tablo 3.3.8. Hastanelere göre hasta güvenliği kültürü alt alan skorları (% Ort)

Hasta güvenliği kültürü alt alanları	Tıp F. Hastanesi (n=132)	Eğ-Arş Hastanesi (n=84)	Numune Hastanesi (n=93)	P
Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde)	57	70	62	0,505
Hataların raporlanma sıklığı (3 madde)	14	18	12	0,529
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (4 madde)	42	54	48	0,472
Hastane müdahaleleri ve değişim (4 madde)	50	56	56	**0,000**
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti (4 madde)	48	44	37	0,486
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)	43	57	48	0,360
Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)	67	75	71	0,798
İletişimin açık tutulması (3 madde)	37	37	34	**0,000**
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)	36	47	38	0,427
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)	20	17	19	0,882
Personel sağlama (4 madde)	37	39	39	**0,000**
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (3 madde)	30	45	38	0,224

Güvenliğin kapsamlı algılanması ile ilgili olarak "Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır" maddesine tıp fakültesi çalışanlarının verdiği olumlu cevap yüzdeleri daha düşük bulundu (P=0,000). Ayrıca tıp fakültesi çalışanları "iş yükünün üstesinden gelecek kadar personelleri olmadığı (P=000) ve "hastane yönetiminin hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamadığı (P=0,023) görüşünde idi (Tablo 3.3.9).

Tablo 3.3.9. Hastanelere göre hasta güvenliği kültürü ile ilgili maddelere verilen olumlu cevap skorları (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Tıp F. Hastanesi (n=132)	Eğ-Arş Hastanesi (n=84)	Numune Hastanesi (n=93)	P
Güvenliğin kapsamlı algılanması				
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	59	72	72	**0,000**
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	61	82	63	0,141
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	53	63	58	0,650
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	54	63	55	0,654
Hataların raporlanma sıklığı				
Bir hata yapıldığında ancak *hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor	12	16	13	0,728
Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor	13	17	12	0,607
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak *zarar vermeyen bir hata yapıldığında* ne sıklıkla rapor ediliyor	18	22	13	0,316
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması				
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz	35	58	51	0,055
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	35	46	40	0,471
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz	59	56	55	0,926
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	40	54	47	0,353
Hastane müdahaleleri ve değişim				
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir	39	51	47	0,442
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir	58	57	63	0,840
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	37	48	44	0,486
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir	66	67	69	0,966
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri				
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	42	34	32	0,459
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır	47	40	34	0,350
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister	42	36	31	0,434
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	61	68	52	0,344
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme				
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız	47	57	51	0,612
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir	37	56	37	0,114
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz	45	60	55	0,335

Tablo 3.3.9 (Devam) Hastanelere göre hasta güvenliği kültürü ile ilgili maddelere verilen olumlu cevap skorları (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Tıp F. Hastanesi (n=132)	Eğ-Arş Hastanesi (n=84)	Numune Hastanesi (n=93)	P
Üniteler içinde ekip çalışması				
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler	60	72	66	0,580
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız	74	81	71	0,705
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır	71	69	75	0,878
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder	63	81	71	0,321
İletişimin açık tutulması				
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir	42	44	42	**0,000**
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder	19	22	16	0,623
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	50	45	43	0,754
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim				
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririliz	27	35	30	0,587
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliz	45	58	41	0,193
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız	37	49	41	0,414
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt				
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	14	13	15	0,931
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	20	20	19	**0,006**
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar	25	17	24	0,422
Personel sağlama				
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	19	57	41	**0,000**
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar	24	17	19	0,522
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır	82	65	77	0,360
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız	24	16	20	0,449
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği				
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	29	54	41	**0,023**
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor	32	44	37	0,381
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir	28	36	34	0,588

Sağlık personeli birimlerindeki hasta güvenliği derecesinin en azından kabul edilebilir düzeyde olduğunu belirtti. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler arasında fark yoktu (P>0,05) (Tablo 3.3.10).

Tablo 3.3.10. Hastanelere göre hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili cevaplar (%)

	Tıp F. Hastanesi (n=132)	Eğ-Arş Hastanesi (n=84)	Numune Hastanesi (n=93)
Hasta güvenliği sonuçları			
Mükemmel	6,8	9,5	9,7
Çok iyi	26,5	34,5	37,6
Kabul edilebilir	50,8	44,0	40,9
Zayıf	14,4	10,7	10,8
Başarısız	1,5	1,2	1,1

Hatalı olayları hiç raporlamayanların oranı her üç hastanede de yüksek bulundu Hatalı olayların raporlanma sayısı ile ilgili verilen cevapların yüzdeleri bakımından hastaneler arasında fark yoktu. (P>0,05) (Tablo 3.3.11).

Tablo 3.3.11. Hastanelere göre hasta güvenliği ile ilgili hatalı olay raporlanma durumu (%)

	Tıp F. Hastanesi (n=132)	Eğ-Arş Hastanesi (n=84)	Numune Hastanesi (n=93)
Raporlanan olayların sayısı			
Hiç	85,6	80,5	84,4
1-2 olay raporu	9,8	11,0	12,2
3-5 olay raporu	3,8	7,3	3,3
6 ve üzeri olay raporu	0,8	1,2	0,0

Hasta güvenliği kültürü alt alan maddelerinin çoğunda sağlık çalışanlarına göre fark yokken, Hastane müdahaleleri ve değişim boyutunda hekimlerin olumlu cevap ortalamaları daha düşüktü (P=0,000) (3.3.12).

Tablo 3.3.12. Sağlık Personeline göre hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan olumlu cevap skorları (% Ort)

	Hekim (n=102)	**Hemşire (n=135)**	**Diğer* (n=72)**	
Hasta güvenliği kültürü alt alanları				P
Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde)	52	67	68	0,276
Hataların raporlanma sıklığı (3 madde)	11	14	23	0,087
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (4 madde)	41	48	56	0,312
Hastane müdahaleleri ve değişim (4 madde)	51	54	54	**0,000**
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde)	39	47	45	0,672
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)	35	54	55	0,071
Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)	67	72	73	0,864
İletişimin açık tutulması (3 madde	33	37	38	0,823
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)	32	41	49	0,169
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)	16	20	19	0,789
Personel sağlama (4 madde)	40	38	36	0,900
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (3 madde)	29	35	49	0,061

* Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Hasta güvenliği kültürü anketinin maddelerine verilen cevapların çoğunda sağlık personeline göre fark yoktu. Fark bulunan maddelerde de çoğunlukla hekimler ortamı daha güvenliksiz bulmaktaydı (Tablo 3.3.13).

Tablo 3.3.13. Sağlık Personeline göre hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerine verilen olumlu cevap skorları (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Hekim (n=102)	Hemşire (n=135)	Diğer* (n=72)	P
Güvenliğin kapsamlı algılanması				
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	62	67	73	0,637
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	53	74	75	0,101
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	46	66	57	0,168
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	46	60	67	0,138
Hataların raporlanma sıklığı				
Bir hata yapıldığında ancak *hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor	9	13	21	0,074
Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor	10	13	19	0,223
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak *zarar vermeyen bir hata yapıldığında* ne sıklıkla rapor ediliyor	14	15	28	**0,040**
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması				
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz	40	48	51	0,498
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	32	40	49	0,166
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz	55	54	66	0,468
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	35	50	56	0,083
Hastane müdahaleleri ve değişim				
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir	38	46	51	0,385
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir	60	59	58	0,983
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	44	44	37	**0,000**
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir	61	69	72	0,619
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri				
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	36	37	38	0,973
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır	36	43	45	0,583
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister	33	42	31	0,378
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	50	65	66	0,264
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme				
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız	34	60	55	**0,022**
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir	39	41	50	0,453
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz	32	62	61	**0,004**

***** Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Tablo 3.3.13 (Devam) Sağlık Personeline göre hasta güvenliği kültürü hastane anketi maddelerine verilen olumlu cevap skorları (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Hekim (n=102)	Hemşire (n=135)	Diğer* (n=72)	P
Üniteler içinde ekip çalışması				
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler	65	65	65	
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız	67	79	77	0,573
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır	74	71	69	0,915
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder	60	72	80	0,238
İletişimin açık tutulması				
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir	39	45	45	**0,000**
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder	21	14	25	0,212
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	39	52	46	0,396
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim				
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririliriz	26	29	39	0,228
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliriz	38	50	57	0,148
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız	31	44	52	0,070
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt				
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	10	18	14	0,319
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	15	23	19	0,431
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar	24	21	25	0,831
Personel sağlama				
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	34	36	39	0,840
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar	23	20	20	**0,032**
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır	79	76	70	0,756
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız	25	20	16	0,368
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği				
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	31	38	54	**0,034**
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor	28	36	55	**0,008**
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir	28	33	39	0,403

* Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Sağlık çalışanlarının çoğu kurumlarındaki hasta güvenliği derecesinin kabul edilebilir düzeyde ve üzerinde olduğunu belirti. Sağlık personeline göre hastanede hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili olarak alınan cevapların yüzdeleri bakımından fark yoktu (P>0,05) (Tablo3.3.14).

Tablo 3.3.14. Personele göre hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili cevaplar (%)

	Hekim (n=102)	**Hemşire (n=135)**	**Diğer* (n=72)**
Hasta güvenliği sonuçları			
Mükemmel	5,9	7,0	15,4
Çok iyi	27,5	38,0	26,2
Kabul edilebilir	56,9	38,7	44,6
Zayıf	8,8	14,8	12,3
Başarısız	1,0	1,4	1,5

* Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Sağlık personelinin çoğu hasta güvenliği ile ilgili hatalı olayları hiç raporlamadıklarını bildirdi. Hatalı olayları raporlama konusundaki cevap yüzdeleri bakımından hekim, hemşire ve hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli arasında fark bulunmadı (P>0,05) (Tablo 3.3.15).

Tablo 3.3.15. Personele göre hasta güvenliği ile ilgili hatalı olay raporlanma durumu (%)

	Hekim (n=102)	**Hemşire (n=135)**	**Diğer* (n=72)**
Raporlanan olayların sayısı			
Hiç	78,4	85,5	89,1
1-2 olay raporu	13,7	10,9	6,3
3-5 olay raporu	6,9	2,9	4,7
6 ve üzeri olay raporu	1,0	0,7	0

* Hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli (ebe, ATT, sağlık memuru)

Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarına verilen olumlu cevap ortalamaları bölümlere göre incelendiğinde maddelerin çoğunda fark yoktu. "Hataların raporlanma sıklığı" cerrahi bölümlerde (P=0,010), "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" (P=0,000), ile "Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim" (P=0,042) Acil, Yoğun Bakım ve Ameliyathanede daha düşüktü (Tablo3.3.16). Anketin maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri bölümlere göre maddelerin çoğunda benzerdi. Acil, Yoğun Bakım ve Ameliyathanede çalışanların hasta güvenliği kültürü olumlu cevap yüzdeleri nispeten daha düşüktü (Tablo 3.3.17).

Tablo 3.3.16. Bölümlere göre hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan olumlu skorları (% Ort)

	Dahili böl. (n=144)	**Cerrahi böl. (n=84)**	**Acil, YB,A* (n=81)**	
Hasta güvenliği kültürü alt alanları				**P**
Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde)	59	69	60	0,616
Hataların raporlanma sıklığı (3 madde)	15	13	15	**0,010**
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (4 madde)	49	50	42	0,667
Hastane müdahaleleri ve değişim (4 madde)	56	52	50	0,838
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde)	46	46	38	**0,000**
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)	48	55	42	0,417
Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)	72	76	61	0,421
İletişimin açık tutulması (3 madde)	37	39	31	0,615
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)	41	49	27	**0,042**
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)	21	14	19	0,486
Personel sağlama (4 madde)	38	40	37	0,941
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (3 madde)	38	39	30	0,505

*YB,A: Yoğun Bakım, Ameliyathane

Tablo 3.3.17. Bölümlere göre hasta güvenliği kültürü hastane anketinin maddelerine verilen olumlu cevap skorları (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Dahili böl. (n=144)	Cerrahi böl. (n=84)	Acil, YB,A* (n=81)	P
Güvenliğin kapsamlı algılanması				
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	61	71	72	0,580
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	65	75	63	0,543
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	53	69	53	**0,005**
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	57	61	51	0,638
Hataların raporlanma sıklığı				
Bir hata yapıldığında ancak *hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor	15	10	13	0,607
Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor	13	13	15	0,086
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak *zarar vermeyen bir hata yapıldığında* ne sıklıkla rapor ediliyor	18	16	18	**0,006**
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması				
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz	48	41	48	**0,003**
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	38	49	33	0,187
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz	62	59	46	0,273
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	47	52	38	0,332
Hastane müdahaleleri ve değişim				
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir	48	45	37	0,474
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir	63	55	57	0,743
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	44	43	38	0,780
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir	69	64	67	0,909
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri				
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	41	43	24	**0,048**
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır	47	43	30	0,139
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister	38	33	40	0,704
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	59	64	58	0,843
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme				
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız	50	58	44	0,378
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir	39	49	40	**0,491**
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz	56	56	41	**0,000**

Tablo 3.3.17 (Devam) Bölümlere göre hasta güvenliği kültürü hastane anketinin maddelerine verilen olumlu cevap skorları (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Dahili böl. (n=144)	Cerrahi böl. (n=84)	Acil, YB,A* (n=81)	P
Üniteler içinde ekip çalışması				
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler	68	73	51	0,125
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız	74	80	70	0,712
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır	73	80	62	0,317
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder	73	74	62	0,529
İletişimin açık tutulması				
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir	37	54	41	0,166
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder	22	16	15	0,444
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	51	49	37	0,285
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim				
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririliz	32	40	16	**0,006**
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliz	49	57	35	0,071
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız	43	51	28	**0,035**
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt				
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	16	8	17	0,169
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	22	19	16	0,623
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar	26	16	25	0,257
Personel sağlama				
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	37	45	24	**0,042**
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar	20	18	25	0,538
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır	76	78	73	0,920
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız	18	19	26	0,405
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği				
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	42	44	30	0,227
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor	38	43	29	0,253
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir	33	31	33	**0,000**

YB,A: Yoğun Bakım, Ameliyathane

Hastanenin farklı bölümlerinde çalışanlar birimlerindeki hasta güvenliği derecesinin yeterli düzeyde olduğunu belirtti. Hasta güvenliğinin derecesi konusunda bölümlere göre fark bulunmadı (P>0,05) (Tablo 3.3.18).

Tablo 3.3.18. Bölümlere göre hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili cevaplar (%)

	Dahili böl. (n=144)	**Cerrahi böl. (n=84)**	**Acil, YB,A* (n=81)**
Hasta güvenliği sonuçları			
Mükemmel	9,0	9,5	6,2
Çok iyi	35,4	27,4	30,9
Kabul edilebilir	41,7	52,4	46,9
Zayıf	12,5	9,5	14,8
Başarısız	1,4	1,2	1,2

YB,A: Yoğun bakım, Ameliyathane

Bölümlerde hata raporlama sayısının çok az olduğu belirlendi. Hatalı olayların raporlanma sıklığı bakımında bölümler arasında fark yoktu (P>0,05) (Tablo 3.3.19).

Tablo 3.3.19. Bölümlere göre hasta güvenliği ile ilgili hatalı olay raporlanma durumu (%)

	Dahili böl. (n=144)	**Cerrahi böl. (n=84)**	**Acil, YB,A* (n=81)**
Raporlanan olayların sayısı			
Hiç	87,1	83,3	78,8
1-2 olay raporu	7,1	14,3	13,8
3-5 olay raporu	5,0	1,2	7,5
6 ve üzeri olay raporu	0,7	1,2	0

YB,A: Yoğun Bakım, Ameliyathane

Hastaneler genel skoru benchmark skoruyla karşılaştırıldığında anket maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri çoğu maddede daha düşüktü. En büyük fark "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutundaki maddelere aitti (Tablo 3.3.20).

Tablo 3.3.20. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi madde ve alan olumlu skor ortalamalarının benchmark skoru ile karşılaştırılması (% Ort±SS)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Olumlu skor ortalaması	Benchmark Skoru
Güvenliğin kapsamlı algılanması	**63±7**	**56**
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	68±7	53
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	69±11	55
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	58±5	52
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	57±5	64
Hataların raporlanma sıklığı	**15±4**	**54***
Bir hata yapıldığında ancak *hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor	14±2	47
Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor	14±3	50
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak *zarar vermeyen bir hata yapıldığında* ne sıklıkla rapor ediliyor	18±4	67
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	**48±7**	**47**
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz	48±12	34
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	40±6	47
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz	57±2	51
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	47±7	56
Hastane müdahaleleri ve değişim	**54±4**	**35***
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir	46±6	29
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir	59±3	44
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	43±5	32
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir	67±1	36
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	**43±6**	**70***
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	36±5	68
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır	40±7	72
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister	36±5	67
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	60±8	71
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	**49±7**	**66***
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız	52±5	77
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir	43±11	58
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz	53±7	62

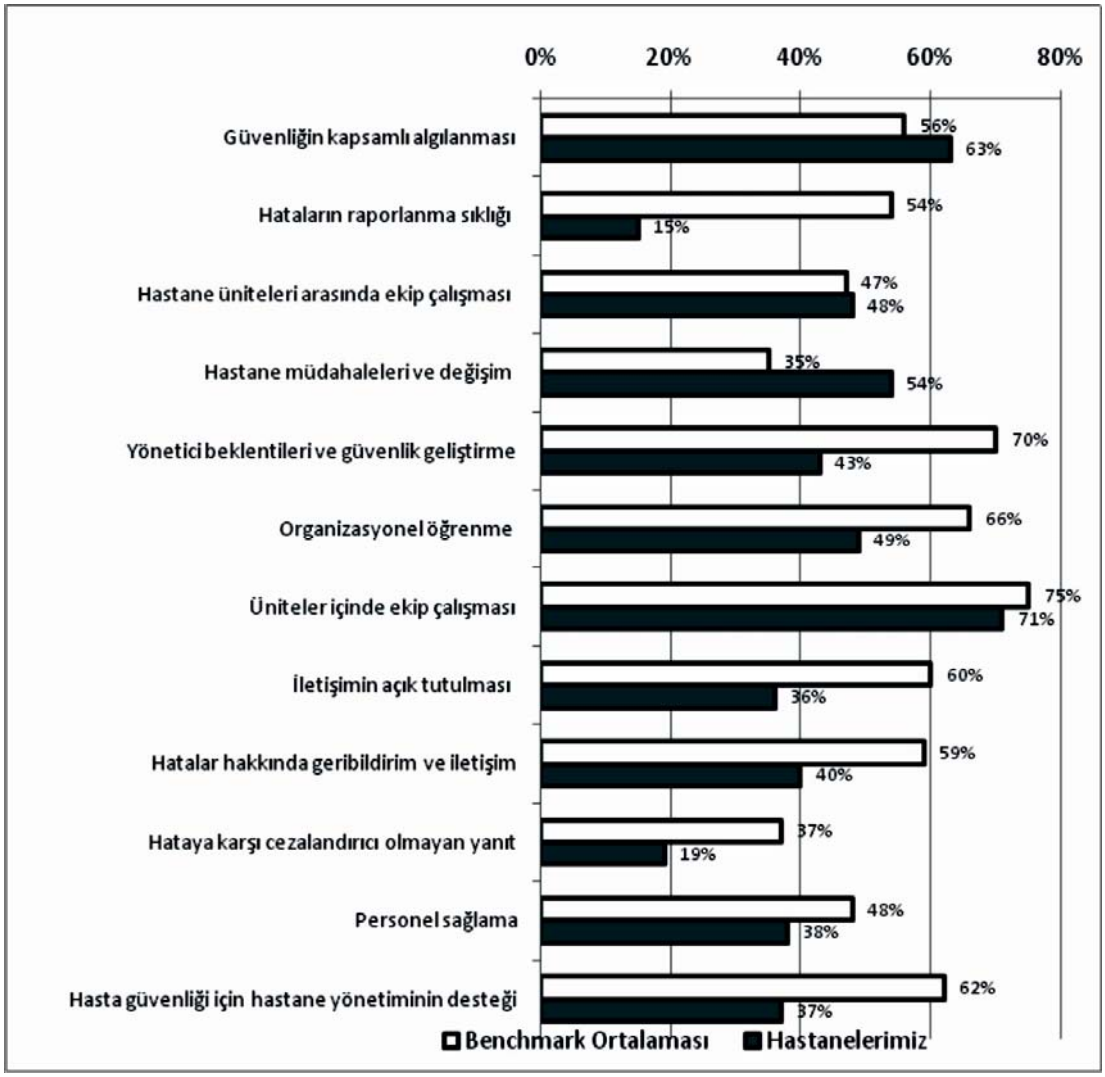
*P<0,05 (Her iki skor için aynı standart sapma kullanılarak yalnızca alt alan ortalamalarına t testi uygulandı.)

Tablo 3.3.20 (Devam) Hasta güvenliği kültürü hastane anketi madde ve alan olumlu skor ortalamalarının benchmark skoru ile karşılaştırılması (% Ort±SS)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Olumlu skor ortalaması	Bench-mark Skoru
Üniteler içinde ekip çalışması	**71±6**	**75**
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler	66±6	81
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız	75±5	81
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır	72±3	73
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder	71±9	63
İletişimin açık tutulması	**36±3**	**60***
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir	43±1	72
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder	19±3	46
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	46±4	60
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	**40±6**	**59***
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririliriz	31±4	53
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliriz	48±9	59
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız	42±6	65
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	**19±4**	**37***
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	14±1	44
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	19±1	39
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar	22±4	28
Personel sağlama	**38±9**	**48**
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	39±19	45
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar	20±4	48
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır	75±9	61
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız	20±4	40
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	**37±8**	**62***
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	41±12	72
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor	38±6	65
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir	33±4	50
Genel skor	**44**	

*P<0,05 (Her iki skor için aynı standart sapma kullanılarak yalnızca alt alan ortalamalarına t testi uygulandı.)

Hasta güvenliği kültürü algılaması hastaneler ortalaması benchmark skorla karşılaştırıldığında 12 alt alanın dokuzunda olumlu cevap ortalamaları daha düşüktü. En büyük fark, "hataların raporlanma sıklığı" ve "hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" konusundaydı (Şekil 3.3.1).



Şekil 3.3.1. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan olumlu skor ortalamalarının benchmark skoru ile karşılaştırılması

4. TARTIŞMA

Sağlık çalışanları ile toplumun tıbbi hatalarla ilgili görüşlerini saptamak ve hastane çalışanlarının hasta güvenliği algılama düzeyini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları üç başlık altında tartışılacaktır.

4.1. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumları

Sağlık çalışanlarının yaklaşık dörtte birinde kendisi ve ya ailesinde tıbbi hataya maruz kalma söz konusudur (Tablo 3.1.1). Sağlık hizmetleriyle iç içe bulunan sağlık personelinin tıbbi hatayla karşılaşma oranı yüksek görünmektedir. Blendon ve arkadaşlarının (2002) yaptığı benzer bir çalışmada hekim ve ailelerinin tıbbi hatayla karşılaşma oranı % 35 olarak bulunmuştur. Schwapprach ve Koeck'in (2004) sağlık çalışanlarını da kapsayan bir toplum çalışmasında tıbbi hata deneyiminin % 30 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma ile literatür arasındaki fark, tıbbi hata algılamasından kaynaklanabilir. Araştırmalarda nelerin tıbbi hata olarak algılandığı açıklanmamıştır. Çalışmamızda ve literatürde de görüldüğü gibi tıbbi hatalar sağlık çalışanlarını da önemli ölçüde etkilemektedir. Bu çalışmadaki bulgunun daha düşük olmasının sebebi hastaya ciddi zarar vermeyen durumların sağlık çalışanlarınca hata olarak kabul edilmemesinden kaynaklanabilir. Sağlık hizmetlerinde çalışanlar bile kendilerini tıbbi hatalardan koruyamamaktadır.

Yaşadıkları tıbbi hatanın sorumlusu olarak sağlık çalışanlarının üçte ikisi hekimleri sorumlu tutmaktadır (Tablo 3.1.1). Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında benzer şekilde hekimlerin % 70'i kendilerine yapılan hataya hekimlerin sebep olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda hemşireler ve diğer sağlık çalışanları daha çok hekimleri sorumlu tutarken, hekimler kendi meslektaşlarını daha az oranda (% 53) sorumlu bulmuştur. Gallagher ve arkadaşları (2006) da hekimlerin % 55'inin hasta bakımında ciddi bir hatada paylarının olduğunu bildirmiştir. Hekimler sağlık bakımının lideri olarak görüldüğünden yapılan hatalardan da öncelikli olarak onlar sorumlu tutulmaktadır.

Sağlık çalışanlarının yaklaşık üçte biri maruz kaldıkları tıbbi hatalar sonucunda ölüm dahil ciddi zarar görmüşlerdir (Tablo 3.1.1). Blendon ve

arkadaşlarının (2002) çalışmasında hekimlerin % 18'i kendilerine yapılan tıbbi hatadan dolayı ciddi zarar gördüklerini belirtmiştir. Tıbbi zararın ciddiyeti toplumdan topluma farklı algılanabilmektedir.

Sağlık çalışanların çoğu düzenli sağlık kontrolüne gitmemektedir. Hekim ve hemşireler sağlık sorunu yaşadıklarında ilk başvuru yeri olarak 2. basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir (Tablo 3.1.2). Bu durum sağlık çalışanının zaten bir sağlık kuruluşunda çalışıyor olmasından kaynaklanabilir. Çünkü gerek duyduklarında sağlık hizmetine kolayca ulaşabilmektedirler.

Katılımcıların üçte biri yapılan hatalardan kişilerin sorumlu tutulması gerektiğini düşünmektedir. Bu konuda hekimler diğerlerinden farklı olarak kişileri daha az oranda suçlamaktadır (Tablo 3.1.3) Bu bulgu kurum kültürünün hata yapanı cezalandırıcı yaklaşımı desteklediğini göstermektedir. Gallagher ve arkadaşlarına (2006) göre hekimlerin yarısı hatalardan dolayı kişileri sorumlu tutmaktadır. Diğer bir çalışmada da Blendon ve arkadaşları (2002) hekimlerin % 55'inin hatayı yapan kişiyi sorumlu tuttuğunu belirtmiştir. Başka bir araştırmada odak grup görüşmesine katılan hekimler yapılan hatalardan kişilerin sorumlu tutularak, hatadan ders almak ve eğitim aracı olarak kullanmak yerine hatayı yapanı cezalandırma yoluna gidildiğini belirtmişlerdir (VanGeest ve Cummins 2003). Kurum değil de kişileri suçlama oranı çalışmadan çalışmaya değişkenlik göstermektedir. Bunun sebebi kültürel olabilir.

Hekimler, tıbbi hataları hemşirelere göre hekimlerin daha az oranda (% 17) yaptığını düşünürken, diğer çalışanların yaklaşık yarısı hekimlerin daha çok hata yaptığını düşünmektedir (Tablo 3.1.3). Önceki bulguda (Tablo 3.1.1) hekimler kendi karşılaştıkları hatanın sorumlusu olarak % 50 oranında hekimleri gösterirken burada meslektaşlarını koruma eğilimindedir. Hekimler hata yaptıklarında dava edilme, hastanın güvenini kaybetme, meslektaşlarına karşı saygınlığını kaybetme gibi endişeler taşımaktadır (Gallagher ve ark 2003). Tıbbi hatalar konusunda sağlık çalışanları kendi (meslek grubu) dışındakileri suçlama eğilimindedir. Bu tutum, hataların kaynağını bulma ve giderme kültürü yerine cezadan korunma anlayışının etkili olduğunu akla getirmektedir.

Sağlık çalışanlarının çoğu (% 78) hataların önlenmesinde hastaların da sorumlu olduğunu düşünmektedir (Tablo 3.1.3). Toplumumuzda genellikle, hastalığı

hakkında bilgilendirilmeyen ve hekim karşısında edilgen bir rolü olan hastanın sorumluluk alması beklenemez. Hasta-hekim ilişkisinin içeriği toplumun kültürü tarafından belirlenmektedir. Almanya Anayasa Mahkemesinin hastaya ayrıntılı bilgi verme gereği konusunda verdiği bir kararın gerekçesinde "Hastanın işbirliği, diyalog içinde olması ve kendi sorumluluğunu güçlendirmesi ancak içinde bulunduğu tıbbi durum konusunda yeterince bilgilendirildiğinde olanaklıdır. Yeterince bilgilendirilmemiş hasta genelde hekimin bakımı altındaki edilgen bir nesneden başka bir şey değildir. Hastanın durumu hakkında bilgilendirilmesi hekimi bu ilişkinin yükünü tek başına taşımaktan kurtarır, verilecek karara hastayı ortak eder." denilmiştir (Koch ve Turgut 2004). Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında hekimlerin % 58'i hastaların hatalardan korunmada sorumluluğu olduğunu belirtmiştir. Daha güvenli sağlık bakımı alabilmeleri için hastaların da sorumluluk alması önemlidir. Fakat öncelikle hastaların yeterince bilgilendirilmesi ve kendi sağlıklarına ilgilerinin artırılması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının % 80'inden fazlası, hastaların tıbbi hatalardan kendilerini en azından kısmen koruyabileceklerini düşünmektedir (Tablo 3.1.3). Hastalara kendi tedavi ve bakımlarıyla ilgili karar verme sürecinde çok fazla söz hakkı tanımayan sağlık çalışanları, burada hastaların sorumluluk almalarını beklemektedir.

Sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı tıbbi hatalarla ilgili en azından "ara sıra" duyum aldıklarını belirtmiştir. Diğer yarısının bu konuda "nadiren" duyum alması, başkalarının yaşadıkları hatalara ilgisiz kalmalarından kaynaklanabilir. "Tıbbi hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığıma çok güvenirim" diyenler sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Diğer yarısının bu konuda endişelerinin olduğu görülmektedir (Tablo 3.1.3).

Sağlık çalışanları, özellikle hekimler uzun çalışma saatleri yüzünden yaşanan yorgunluk ve stresin en önemli tıbbi hata sebebi olduğunu düşünmektedirler (Tablo 3.1.4). Türkiye'de hekimlerin çoğu zaman hasta muayenesi yanında eğitim, idari görev ve akademik çalışmalar gibi sorumluluklarının da olması, yetersiz elemanla çalışmanın getirdiği artmış iş yükü hata yapma riskini artırmaktadır (Kumaş ve Beyaztaş 2007). Gece vardiyasında çalışan asistan hekimlerin hata yapmaya daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Sarıcaoğlu ve ark 2005). Hemşirelerin de günlük

çalışma süresinin uzunluğu hata yapma olasılığını artırmaktadır (Rogers 2004). Çalışmamızda "hemşire sayısının yetersiz olması" daha çok hemşirelerin önemli bulduğu bir hata sebebidir (Tablo 3.1.4). Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında doktorlar, hastanelerdeki hemşire yetersizliğini en önemli hata sebebi olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Bir araştırmada yoğun bakım ünitesinde hemşire sayısının yetersiz olmasının cerrahi komplikasyon gelişme riskini artırdığı belirlenmiştir (Dang ve ark 2002). Çalışmamızda doktorların çoğunluğu diğer sağlık çalışanlarının aksine el yazılarının okunaklı olmamasını hata sebebi olarak görmemektedir (Tablo 3.1.4). Hekimler genellikle el yazılarının yetenekli hemşireler ve eczacılar tarafından rahatlıkla okunabildiğini ve bu yüzden sorun yaşanmayacağını düşünmektedir (Aşıcıoğlu ve Cantürk 2003). Buna karşılık hekimlerin % 65'i yazdıkları reçetelerin okunaksız olduğunu kabul etmektedir. Hekimler bu durumun yanlış tedaviye yol açacağını (% 21) ve tedaviyi geciktireceğini (% 11) bildirmiştir (Aşıcıoğlu ve Cantürk 2003). Mayo ve Duncan'ın (2004) çalışmasında da hemşireler ilaç hatalarının en önemli sebebi olarak el yazılarının okunaksız olmasını göstermektedir. Aynı çalışmada hemşirelerin dalgınlığı yorgunluk ve tükenmişlik durumları önemli hata sebebi olarak bildirilmiştir.

Sağlık çalışanlarının çoğu yapılan hataların hastaya açıklanması gerektiğini belirttiği halde, hata için hastadan özür dilenmesi gerektiğini düşünen hekim oranı diğerlerine göre düşüktür (Tablo 3.1.5). Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da hekimlerin çoğu (% 77) tıbbi hataların hastaya açıklanması gerektiğini bildirmiştir. Literatüre göre tıbbi hata durumunda etik olarak önce hastaya hata hakkında yeterli açıklamada bulunulmalı, hata için özür dilenmeli ve mümkünse hata telafi edilmelidir (Crigger 2004). Özür dilemek suçu kabul etmek anlamına geldiğinden hekimler kendilerine yasal sorumluluk getireceği düşüncesiyle hastadan özür dilemeye yanaşmamaktadır. Hekimler hatadan dolayı çok üzgün olsalar da, hastaya duygusal destek olma konusunda isteksiz davranmaktadırlar (Gallagher ve ark 2003). Hekimler malpraktis davalarına yol açmasından korktukları için yaptıkları hataları açıklamak istememektedir (Robinson ve ark 2002). Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da katılımcıların % 80'i yapılan hatanın hastaya açıklanması görüşündedir (Sorokin ve ark 2005). Hebert (2001) tıbbi hataların açıklanmasının etik ve profesyonel bir davranış olduğu görüşündedir.

Sağlık çalışanları, bireylerin sağlık hizmeti alırken kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilmeleri için AHRQ (2000) tarafından önerilen faaliyetlerin tıbbi hataları önlemede önemli oranda etkili olduğunu düşünmektedir. Hekimler "ilaçların yan etkileri konusunda bilginin yazılı verilmesi", "seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi" ve hastanın yapılacak tüm işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması" nın tıbbi hataları önleyebilirliğini diğer çalışanlardan daha düşük bulmuştur (Tablo 3.1.6). Sağlık çalışanları AHRQ'nun (2000) önerilerini tıbbi hataları önlemede oldukça etkili bulduğu halde daha düşük oranlarda uygulanabilir bulmaktadır. Özellikle "hastanın sağlık personelinden ellerini yıkamasını istemesi" ve "cerrahın ameliyat konusunda ayrıntılı bilgi vererek ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesinin" uygulanabilirliği konusunda olumlu düşünmemektedir. Geleneksel hasta rolünün devam ettiği toplumumuzda sağlık çalışanlarına soru sormanın veya istekte bulunmanın güç olduğu görülmektedir. Hibbard ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da bireyler, hataları önleyebilecek davranışların etkililiğine inanmakla birlikte, uygulanabilirliği konusunda aynı görüşte değildir. Sağlık çalışanları da hastaların kendilerine soru sormada rahat olmadıklarının farkındadır (Tablo 3.1.6). Hasta ve ailelerine tedavi ve bakımlarıyla ilgili daha fazla açıklama yapılması ve soru sorma konusunda cesaretlendirilmelerinin tıbbi hatadan korunmada onların duyarlılığını artıracağı düşünülmektedir (Hibbard ve ark 2005). Hekimler, "Eczaneden ilaç alırken doğru ilacın verildiğinden emin olunması", "ilacın yan etkileri konusunda yazılı bilgi verilmesi", "seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi" konularının uygulanabilirliğini diğer personele göre daha düşük bulmaktadırlar (Tablo 3.1.7). ABD'de toplumun hasta güvenliği ve kalite bilgisi konusunda yapılan ve iki yılda bir güncellenen bir çalışmada, bireylerin özellikle eczaneden ilaç alırken doğru ilaç olup olmadığını kontrol ettikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada toplumun en az % 40'ının tıbbi hataları önlemede önerilen davranışları uyguladıkları saptanmıştır (Kaiser Family 2008). Tıbbi hatalardan korunmada hastaların rolünün farkına vararak onları bilgilendirme konusunda hekimlere daha fazla sorumluluk düşmektedir.

Sağlık çalışanları hasta güvenliği ile yakından ilgili bazı uygulamaların hastanelerinde yeterli düzeyde olmadığını düşünmektedir. Özellikle hasta kimliğini doğrulama, yangın çıkışlarını açık tutma, hastanın servise oryantasyonu, işe yeni başlayanların oryantasyonu, hastanın özel eşyalarının emniyete alınması, hasta

transferlerinin hemşire refakatinde yapılması konularında daha fazla yetersizlik olduğu belirtilmiştir (Tablo 3.1.8). Hastanelerde hasta güvenliği ile ilgili bu uygulamaların yeterli düzeye getirilebilmesi için uzmanlar, tek tek konulara odaklanarak çalışmalar yapmak yerine kurumda kültür değişimini başlatmanın ve geliştirmenin önde gelmesi gerektiğini düşünmektedir. Hasta güvenliği kültürü, ekip çalışmasını ve etkili iletişimi geliştirerek hasta güvenliği ile ilgili girişimlerde başarıyı artıracaktır (HRC 2005).

4.2. Toplumun Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumları

Toplumdaki bireylerin beşte biri kendisi veya ailesinden biri tıbbi hata ile karşılaşmıştır (Tablo 3.2.1). Sağlık çalışanlarında olduğu gibi toplumda da tıbbi hatayla karşılaşma oranı yüksektir. Bulgularımıza benzer şekilde, tıbbi hatalarla ilgili, Avrupa birliğine üye ve aday ülkelerde yapılan Eurobarometer anketinde (2006) katılımcıların % 23'ü tıbbi hataya maruz kaldıklarını belirtmiştir. New York'ta da toplumun % 21'inin tıbbi hata ile karşılaştıkları bildirilmiştir (Adams ve Boscarino 2004). Bulgularımızdan farklı olarak, ABD'de yapılan bir çalışmada toplumun % 42'si tıbbi hata deneyimlerinin olduğunu belirtmiştir (Blendon ve ark 2002). Kanada'da yapılan başka bir çalışmada da toplumdaki bireylerin tıbbi hatayla karşılaşma oranı % 37 bulunmuştur (Northcott ve ark 2008). Çalışmamızda tıbbi hata ile karşılaşma oranının bu çalışmalardakinden nispeten düşük olmasının sebebi bireylerin tıbbi hata olarak algıladığı durumların farklı olmasından kaynaklanabilir.

Yaşadıkları tıbbi hatanın sorumlusu olarak, toplumdaki bireyler de büyük oranda (% 76) hekimleri göstermektedir (Tablo 3.2.1). Hastalar hekimi kendi tedavilerinden birinci derecede sorumlu görmektedir. Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında toplumun % 81'i maruz kaldıkları hatadan dolayı hekimlerini sorumlu tutmaktadır. Avrupa ülkelerinde toplumun % 69'u tedavileri sırasında hekimlerin hata yapmayacağına inanmaktadır. Türkiye'de ise toplumun sadece % 43'ü hekimlerine güvenmektedir (European Commission 2006).

Toplumda tıbbi hata ile karşılaşan bireylerin % 36'sı yaşadıkları tıbbi hatanın ciddi sonuçları olduğunu (işgücü kaybı % 25, sakatlık % 9, ölüm % 2) bildirmiştir (Tablo 3.2.1). Benzer bir çalışmada toplumun % 24'ünün tıbbi hatadan dolayı ciddi

zarar gördüğü belirtilmektedir (işgücü kaybı % 17, sakatlık % 23, ölüm % 10) (Blendon ve ark 2002). Northcott ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında toplumun % 26'sı sağlık çalışanlarının hastada ciddi zararla sonuçlanan tıbbi hatalar yaptıklarını düşünmektedir.

Sağlık çalışanlarına göre toplumdaki bireyler daha yüksek oranda düzenli sağlık kontrolüne gitmekte ve ilk başvuruda daha çok sağlık ocağını tercih etmektedir (Tablo 3.2.2). Sağlık hizmetlerini sık kullananlarda ve daha riskli ortamlar olan hastaneleri tercih edenlerde tıbbi hata ile karşılaşma olasılığı daha fazla olabilir.

Araştırma kapsamına alınanların % 38'i tıbbi hatadan dolayı hatayı yapan kişiyi sorumlu tutmaktadır (Tablo 3.2.3). Blendon ve arkadaşlarının çalışmasında (2002) toplum, hataların sebebi olarak daha çok (% 55) sağlık çalışanlarını göstermiştir. Başka bir çalışmada benzer şekilde katılımcıların % 56'sı önlenebilir tıbbi hatalardan dolayı kişilerin sorumlu olduğunu düşünmektedir (Northcott ve ark 2008). Toplumun hata yapanı suçlama ve cezalandırmadan yana olduğu görülmektedir.

Toplum, tıbbi hataları en sık yapan meslek grubu olarak daha çok hekimleri göstermekle birlikte sağlık çalışanlarından farklı olarak hemşireleri de sorumlu tutmaktadır (Tablo 3.2.3). Benzer şekilde Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da toplumun çoğu hekimleri sorumlu tutarken, % 25'i de hemşirelerin sorumlu olduğunu düşünmektedir. Diğer sağlık çalışanlarına göre hastalarla daha sık etkileşimde bulunduklarından, hekim ve hemşirelerin hata yapma olasılıkları da daha fazla olmaktadır.

Toplum bireyleri tıbbi hataları önlemede kendilerini sağlık personeline göre daha az sorumlu hissetmektedirler. Bireylerin yaklaşık dörtte biri bu konuda sorumluluklarının olmadığını düşünmektedir (Tablo 3.2.3). Toplumumuzda bireylerin geleneksel hasta rolünü sürdürerek, kendi sağlıklarıyla ilgili pasif davranma eğiliminde oldukları görülmektedir. Geleneksel hasta rolünde birey çoğu zaman doktora görünmeden önce gereksinimlerini bilmemektedir. Bu bilgisizlik koşullarında alacağı tıbbi hizmetle ilgili bir belirsizlik vardır. Konu hakkında bilgisizliği nedeniyle hasta, hizmetin etkililiğini değerlendirecek durumda olmadığından tedavi ve bakımıyla ilgili kontrolü tamamen hekime bırakmaktadır

(Özçelik Adak 2002). Kendi bakımıyla ilgili kontrolü olmayan hasta, kendisine yapılan hatada da sorumluluğu olmadığını düşünmektedir.

Sağlık çalışanlarından farklı olarak toplumdaki bireyler tıbbi hatalardan kendilerini koruyamayacaklarını düşünmektedir (Tablo 3.2.4). Eurobarometre anketinde (2006) katılımcılar tıbbi hatalardan korunmada hastaların da rolü olduğunu düşünmekle birlikte asıl sorumluluğun sağlık sistemine ait olduğunu belirtmektedirler.

Toplumdaki bireylerin % 60'ı tıbbi hatalarla ilgili duyum aldıklarını bildirmiştir (Tablo 3.2.4). Bu bulgu toplumun tıbbi hataları önemsediği ve konunun farkında olduğunu göstermektedir. Avrupa halkının % 78'i tıbbi hatalarla ilgili en azından ara sıra duyum aldıklarını bildirmiştir. Aynı çalışmada Avrupa ortalamasına benzer olarak Türkiye'de toplumun % 76'sı konu ile ilgili duyum aldığını belirtmiştir (European Commission 2006). Başka bir çalışmada toplumun % 87'sinin tıbbi hatalar konusunda bilgileri olduğu görülmektedir (VHA 2000).

Hekimlerden farklı olarak toplumdaki bireyler tıbbi hatalardan kendilerini korumada bilgi ve farkındalıklarına güvenmemektedir (Tablo 3.2.4). Her ne kadar günümüzde hastalar, gelişen teknoloji, medyanın sağlık konusuna önem vermesi gibi sebeplerle bilgi alma konusunda hekime bağımlı olmasalar da (Cirhinlioğlu 2001) bireyler mevcut birikimleriyle hatalardan kendilerini koruyamayacakları kanaatindedirler. Bilgi ve farkındalıkları yüksek olan bireyler tıbbi hatalardan korunmada daha fazla duyarlılığa sahip olmaktadır (Hibbard ve ark 2005). New York'ta toplumun sadece % 23'ü sağlıklarıyla ilgili geçmişte kendilerine uygulananlardan emin olduklarını belirtmiş, % 50'si de eğer sağlık konusunda doğru bilgilendirilirlerse bu bilgiyi tıbbi hatalardan korunmada kullanacaklarını ifade etmiştir (Boscarino ve Adams 2004). Daha güvenli bir sağlık bakımı için bireylerin doğru bilgilendirilmesi ve kendi sağlıklarına ilgilerinin artırılması gerekmektedir.

Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması topluma göre en önemli tıbbi hata sebebidir (Tablo 3.2.4). Hemen hemen her ülkede olduğu gibi ülkemizde de hastalara yeterince vakit ayrılamadığından hasta merkezli bir tedavi tutumu sergilenememektedir (Cirhinlioğlu 2001). Ayrıca toplumun, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının farkında olduğu da görülmektedir. Uzun çalışma saatleri aşırı yorgunluk ve stresin sağlık çalışanlarının hata yapmasında önemli bir etken olduğu

düşünülmektedir (Tablo 3.2.4). Bu bulgular Blendon ve arkadaşlarının (2002) araştırmasındaki bulgulara benzerdir. Farklı olarak çalışmamızda hemşire sayısının yetersizliği önemli bir sebep olarak görülmezken Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında toplumun üçte ikisi bu konuyu önemli bulmuştur. Northcott ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da tıbbi hata ile karşılaşan bireyler hataların ilk üç sebebi olarak, sağlık çalışanlarının "iş yükü, yorgunluk, stres" (% 94), "doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması" (% 94) ve "hemşire sayısının yetersizliğini" (% 91) göstermektedir.

Tıbbi hataların hastaya açıklanması gerektiği konusunda toplumdaki bireylerle sağlık çalışanları aynı görüşte olmakla birlikte, farklı olarak toplum, hata sonrasında hastadan özür dilenmesi ve hata yapanın dava edilmesi gerektiğini düşünmektedir (Tablo 3.2.5). Gallagher ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında bireyler, hataların açıklanmasını isterken, hekimler hastada önemli zarar oluşturmayan hataların açıklanmaması gerektiği görüşündedir. Bir başka çalışmada toplumun % 89'u hekimlerin tıbbi hataları hastalara açıklaması gerektiği görüşündedir (Blendon ve ark 2002).

Bireyler AHRQ'nun (2000) önerilerinin tıbbi hataları önlemede etkili olduğunu düşünmektedir. Sağlık çalışanlarından farklı olarak "reçete yazılarının okunaklı olması" nın hata önlemede daha az etkili olduğunu düşünmekle birlikte "büyük hastanelerin tercih edilmesi", "sağlık personelinden ellerini yıkamasının istenmesi", "cerrahın ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi", merak edilen her şeyin sorulması", "hastaneye giderken beraberinde bir yakınını bulundurması", kendisine yapılan işlemleri sorgulaması", ve "genel durumu hakkında bilgi istemesi" davranışlarının tıbbi hataları önlemede daha etkili olduğunu düşünmektedir (Tablo 3.2.6). Toplum bu önerilerin tıbbi hataları önlemede oldukça etkili olduğunu düşündüğü halde bunların uygulanabilirliği konusunda aynı görüşte değildir (Tablo 3.2.7). Bu davranışlar genellikle sağlık çalışanlarına soru sormayı ve istekte bulunmayı gerektirmektedir. Davis ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında toplumun sağlık çalışanlarına, özellikle hekimlere soru sorma konusunda isteksiz davrandığı görülmektedir. Hastalar hekimlerin tedavileri üzerindeki kontrollerinin daha fazla olduğunu düşündüklerinden ve onları otorite olarak gördüklerinden onlardan örneğin ellerini yıkamalarını isteyemeyeceklerini belirtmişlerdir. El yıkama, mortalite, morbidite ve maliyeti artıran hastane infeksiyonlarından korunmada en temel

yaklaşımdır (CDC 2002). Makay ve arkadaşları (2008) yoğun bakım ünitesinde yaptıkları çalışmada el yıkama alışkanlığının sağlık çalışanları arasında -özellikle hekimlerde- oldukça yetersiz olduğunu saptamıştır. Yetersiz el hijyeninin potansiyel olumsuz etkileri konusunda hastalarda farkındalık oluşturulmalı ve hastanın sağlık çalışanından ellerini yıkamasını istemesi durumunda bu istek reddedilmemelidir (Wolosin 2006). Çalışmaya katılan bireyler, tıbbi hatalardan korunmaya yönelik davranışları oldukça etkili bulmakla beraber bunları uygulama konusunda tereddüt göstermektedir. Amerikan halkının en azından % 40'ının güvenli bakım alabilmeleri için uzmanların önerdiği beş güvenli davranışı uyguladıkları belirtilmiştir (Kaiser Family 2008) Sağlık çalışanları bu tip davranışları destekleyerek, hastalara hataları önlemede rollerinin olduğu mesajını vermelidir.

4.3. Sağlık Çalışanlarının Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları

Hasta bakımının güvenliğini geliştirmede en önemli engelin sağlık kuruluşlarındaki güvenlik kültürü ortamı olduğu belirtilmektedir (Cooper 2003). Güvenlik kültürünü oluşturmada başlangıç noktası, sağlık hizmeti veren organizasyonda mevcut kültürün değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalardır Son yıllarda çeşitli ülkelerde farklı ölçüm araçları kullanılarak sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği kültürü değerlendirilmiştir. Bu çalışmaların çoğunda sağlık çalışanlarının güvenlik kültürü algılamalarının oldukça düşük olduğu gösterilmiştir. Kurumlarda güvenlik kültürünü değerlendirmenin amacı, hasta güvenliği ile ilgili geliştirilmesi gereken alanları saptama, çalışanlarda hasta güvenliği hakkında farkındalık oluşturma, hasta güvenliği girişimlerinin zaman içindeki değişimini izleme ve sonuçların iç ve dış karşılaştırmalarının yapılmasına olanak sağlamadır (Nieva ve Sorra 2003). Araştırmamızda problemli bulunan ve öncelikle geliştirilmesi gereken alanlar şunlardır:

- Hataların raporlanması ve hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım
- İletişimin açık tutulması
- Hastane yönetiminin desteği
- Personel sağlama

Araştırma kapsamına alınan üç kamu hastanesinde hekim, hemşire ve hemşire olarak çalışan sağlık personelinin kurumlarındaki hasta güvenliği kültürünü algılama sonuçları, ABD'de 400 ve üzeri yataklı hastanelerde (n=47) uygulanan hasta güvenliği kültürü hastane anketinin sonuçlarıyla (Benchmark skor) karşılaştırılmıştır (Sorra ve ark 2008). Çalışmaya alınan meslek grupları, kurumlarında hasta güvenliği kültürü konularında genellikle benzer görüşteydiler. Farklı meslek gruplarını içeren çalışmalardakine benzer olarak çalışmamızda da hemşirelerin sayısı daha fazla idi. (Pronovost ve ark 2003, Handler ve ark 2006, Hellings ve ark 2007).

Bu çalışmada, hastane çalışanlarının hasta güvenliği kültürü pozitif algılaması, anketin 12 alt boyutundan dokuzunda benchmark skorundan daha düşük bulunmuştur (Grafik 3.3.1). Alt alanlardan "Birimler içinde ekip çalışması" sağlık çalışanlarının en güçlü bulduğu konudur. En zayıf oldukları konu da "Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt alanıyla ilgilidir ve en çok geliştirilmesi gereken konudur. Çalışanlar "birimlerindeki hasta güvenliğinin derecesinin" en azından kabul edilebilir düzeyde olduğu görüşündedir. Hasta güvenliği konusunda geliştirilmesi gereken diğer bir konu da hatalı olayların raporlanma durumudur. Hastanede çalışanların çoğu hatalı olayları hiç raporlamamaktadır.

Birim içinde ve birimler arası ekip çalışması: Sağlık çalışanları en çok "birimler içinde ekip çalışması" (% 71) konusunda olumlu cevap bildirmişlerdir. Çalışanlar kendi birimlerinde uyum içerisinde ve yardımlaşarak ekip çalışması yürüttükleri halde başka birimlerle birlikte çalışma konusunda daha isteksiz görünmektedir (Tablo 3.3.4, Tablo 3.3.5). Bu bulgu kurum içerisinde her birimin diğerlerinden bağımsız bir kültüre sahip olduğunu göstermektedir. Pronovost ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında hemşire yöneticiler (% 90), hekimler (% 76) ve hemşireler (% 71) birim içinde ekip arkadaşlarıyla olumlu ilişkilerinin olduğunu bildirmişlerdir. Diğer bir çalışmada (Kim ve ark 2007) hemşireler, kendi bölümlerinde ekip çalışması konusunda endişelerinin olmadığını fakat diğer birimlerle işbirliğinin iyi olmadığını bildirmişlerdir. Ekip çalışması kaliteli hasta bakımı verme ve hasta güvenliğini geliştirmede önemli bir unsurdur (Kohn ve ark 2000) ve etkili bir güvenlik kültürü oluşturabilmek için kurumun en üst düzeyinde belirlenmiş ortak değerler, tutumlar ve inançlar, tüm birimlerde aynı düzeyde

olmalıdır. Ayrıca, etkili bir güvenlik kültürü oluşturmada çalışanlar kendi birimleri dışındakilerle de sık ve samimi bir iletişim kurabilmelidir (Singer ve ark 2003).

Hata raporlama ve hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yanıt: Sağlık çalışanları tıbbi hataları çok düşük oranda (% 15) raporlamaktadır (Tablo 3.3.4). Hastaya zarar verme ihtimali olan hatalar % 18 oranında raporlanırken, kılpayı atlatılan hatalar ve hastaya zarar verme ihtimali olmayan hatalar sağlık çalışanlarınca daha az önemsenmektedir (Tablo 3.3.5). Çalışmamızda hata raporlamada ciddi yetersizlik olduğu görülmektedir. Bulgularımızı destekleyecek şekilde Kim ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da hemşirelerin "neredeyse hata olacaktı" denilen durumları dikkate almadıkları görülmektedir. Aynı çalışmada hemşirelerin, hastanın zarar görmesine yol açabilecek hataları dahi düşük oranda (% 23) raporladığı saptanmıştır. Scherer ve Fitzpatrick'in (2008) perioperatif alanda 40 hekim ve 43 hemşire ile yaptığı çalışmada kılpayı atlatılan hataların % 86, hastaya zarar verme potansiyeli olmayanların % 72 ve hastaya zarar verebilecek hataların % 88 oranında rapor edildiği bildirilmiştir.

Katılımcıların çoğu (% 81) hata yaptıklarında cezalandırılacaklarını düşünmektedir (Tablo 3.3.4). Çalışanlar, yöneticilerin hata ile ilgili olaya değil de hatayı yapan kişiye odaklanarak suçlayıcı bir tavır sergileyecekleri ve yaptıkları hataların kişisel dosyalarında saklanacağından endişe duymaktadır (Tablo 3.3.5). Bu düşüncenin hakim olduğu kurumlarda hataların raporlanmaması beklenilen bir durumdur. Bir huzurevindeki sağlık çalışanlarının da % 89'u hata durumunda cezalandırılacaklarını düşündüğü bildirilmiştir (Handler ve ark 2006). Bir başka huzurevi çalışmasında (Castle ve Sonon 2006) da katılımcıların çoğu kurumlarında hataya karşı cezalandırıcı bir yaklaşım olduğu görüşündedir. Huzurevlerinin katı hiyerarşik yapısı ve yöneticilerin cezalandırıcı tutumunun bu kurumlarda hasta güvenliği kültürünü olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Sherer ve Fitzpatric de (2008) hekim ve hemşirelerin (% 63) hata yaptıklarında cezalandırılma endişesi taşıdıklarını bildirmiştir. Hellings ve arkadaşlarının (2007) Belçika hastanelerinde çoğunluğu hemşire olan farklı sağlık meslek gruplarıyla yaptığı çalışmasında bu oran % 64 olarak bulunmuştur. Kore'de eğitim hastanelerinde çalışan 886 hemşirenin katıldığı bir araştırmada hemşirelerin sadece % 5'i hataları raporlamaktan korkmadıklarını belirtmiştir (Kim ve ark 2007). Hastaya zarar vermemiş olsa bile hataların bildirilmesi önemlidir. Böylece sistemdeki sorunlar belirlenerek ilerde

hastaya zarar verebilecek ciddi hataların önlenmesi sağlanabilir. Hataların daha kolay raporlanmasını sağlamak için elektronik raporlama sistemi oluşturulabilir. Hataların raporlanmamasının sebebi genellikle, kurumlarda hata yapanı suçlayıcı ve cezalandırıcı bir yaklaşım sergilenmesinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca hastanelerde hata bildirim sistemlerinin bulunmaması ve hekim ve hemşirelerin yoğun iş yükü de bildirimi engellemektedir (Evans ve ark 2006) .

Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim: Katılımcıların % 40'ı hatalar konusunda kendilerine geribildirimde bulunulduğunu belirtirken, daha azı (% 36) çalışma ortamlarında açık ve samimi bir iletişim olduğunu düşünmektedir Çalışanların, özellikle yöneticilerle iletişimlerinde rahat olmadıkları görülmektedir (Tablo 3.3.4, Tablo 3.3.5). Acil, yoğun bakım ve ameliyathanede çalışanlar, hatalar hakkındaki iletişimi dahili ve cerrahi birimlerde çalışanlardan daha yetersiz görmektedir (Tablo 3.3.16). Benzer bir bulgu olarak Kim ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında hemşireler, yapılan hatalar hakkında bilgilendirildikleri halde, kurumlarında iletişimin açıklığı konusunda olumlu düşünmemektedir. Hemşirelerin yaklaşık yarısı yanlış bir şey gördüklerinde soru sormaya korktuklarını belirtmiştir. Bu bulgulardan farklı olarak Scherer ve Fitzpatrick'in (2008) çalışmasında hekim ve hemşirelerin çoğu (% 69) iletişimin açıklığı konusunda olumlu düşündükleri halde, sadece % 39'u hatalar hakkında geri bildirim konusunda olumlu olduklarını belirtmiştir. Aynı çalışmada "raporlanan olaylara dayanılarak yapılan değişiklikler" hakkında hekimlerin hemşirelerden daha fazla bilgilendirildikleri belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının birbirleriyle ve özellikle de yöneticileriyle iletişimlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. İletişim problemleri çoğu zaman ekip çalışmasını engelleyerek tıbbi hataların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir.

Yönetici beklentileri ve yönetimin desteği: Çalışmamızda katılımcılar hasta güvenliğini geliştirmede yönetimin desteğinin yetersiz olduğunu düşünmektedir (Tablo 3.3.4). Hastane yönetiminin hasta güvenliği konularını önemli bulmadığı görülmektedir. Bulgularımıza benzer olarak Castle ve Sonon'un (2006) çalışmasında da yönetimin desteği düşük bulunmuştur. Belçika'da beş hastanede çoğunluğu hemşire olan farklı sağlık meslek gruplarını içeren bir çalışmadaki katılımcılar da yönetici desteğinin çok yetersiz olduğunu belirtmiştir. Buna karşılık, başka bir araştırmada, çalışanlar hasta güvenliği konusunda yönetimin desteğini oldukça yeterli bulmuşlardır (Scherer ve Fitzpatrick 2008). Bu çalışmada katılımcıların

güvenlik kültürünü algılama düzeyleri de yüksek bulunmuştur. Liderler ve yöneticiler somut davranışlar yoluyla güvenlik kültürünü destekleyebilirler. Bu davranışlar, hasta güvenliği konusunda açık iletişim sağlamayı, bu konuda çalışanları eğitmeyi, tehlike ve riskleri tanıma ve düzeltme konusunda çalışanlara yetki vermeyi, hasta güvenliğini herkesin sorumluluğu olarak görmeyi ve hasta güvenliği için yeteri kadar kaynak ayırmayı kapsar (Pronovost ve ark 2004).

Personel sağlama: Sağlık çalışanları kurumlarında personel yetersizliği olduğunu düşünmektedir (Tablo 3.3.4). Hellings ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da katılımcılar hastanelerinde personel sayısının yetersiz olduğu görüşündedir. Personel yetersizliği hasta güvenliği ortamını zayıflatmaktadır. Nitekim, Singer ve arkadaşlarının (2003) 15 hastanede güvenlik kültürü araştırmasında katılımcılar deneyimli personel kaybının hasta bakımını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Hasta güvenliği konusunda yüksek pozitif algılamalar saptanan Sherer ve Fitzpatrich'in (2008) çalışmasında hekim ve hemşirelerin çoğu (% 57) iş yükünün üstesinden gelecek kadar elemanları olduğunu belirtmiştir. Sağlık hizmetleri sunumunda hemşireler diğer sağlık çalışanları içinde oran olarak en büyük grubu oluşturmaktadırlar. Hemşire sayısının yetersizliği, özellikle iyi eğitimli ve deneyimli hemşirelerin bulunmayışı istenmeyen olaylarda artışa yol açmaktadır (Stone ve ark 2007).

Sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı "organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme" konusunda da olumsuz cevaplar vermiştir (Tablo 3.3.4). Katılımcılar, kurumlarında hasta güvenliği çalışmalarına personelin katılımını, yapılan hatalardan öğrenme ve gerekli değişiklikleri yaparak bunların etkililiğini değerlendirmenin yetersiz olduğunu düşünmektedir (Tablo 3.3.20). Hellings ve arkadaşları (2007) da çalışmalarında, Belçika hastanelerinde "organizasyonel öğrenmenin" acilen ve zorunlu olarak geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Buna karşılık Sherer ve Fitzpatrick'in (2008) çalışmasında katılımcıların çoğu hasta güvenliği çalışmalarına aktif olarak katıldıklarını, hataların pozitif değişikliklere yol açtığını ve bu değişikliklerin hasta güvenliğini geliştirmede ne kadar etkili olduğunu değerlendirdiklerini belirtmiştir. Organizasyonel öğrenme, bilgi ve yeniliklerin sürekli geliştirilmesidir. Sağlık hizmeti veren organizasyonlar, organizasyonel öğrenmeyi sağlayıcı imkanlarını artırarak kalite ve güvenliği geliştirebilirler (Carroll ve Edmondson 2002).

Çalışmamızda, sağlık personelinin hasta güvenliği kültürünü pozitif algılama düzeyi genel olarak benchmark skordan düşük olmakla birlikte "güvenliğin kapsamlı algılanması" ile "hastane müdahaleleri ve değişim (hasta transferi ve nöbet değişimi)" konusunda daha yüksek pozitif cevaplar verilmiştir (Tablo 3.3.20). Bu durum kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi, sağlık çalışanlarının kurumları hakkında olumsuz görüş bildirmekten çekinmeleri olarak da yorumlanabilir. Hasta güvenliği kültürü düzeyinin düşük bulunduğu diğer çalışmalarda "güvenliğin kapsamlı algılanması" ile "hastane müdahaleleri ve değişim" konuları da problemli bulunmuştur (Castle ve Sonon 2006, Handler ve ark 2006, Kim ve ark 2007). Hasta güvenliğinin sağlanmasında, nöbet değişimi ve hasta transferi (sorumlulukların devri) sırasındaki iletişimin geliştirilmesi önerilmektedir. Devir teslim sırasında sözlü veya yazılı birçok farklı iletişim mekanizması kullanılabilmekte ve bu konuda standartların olmaması hasta güvenliği açısından sorun oluşturmaktadır (Alvarado ve ark 2006). Hasta bakımıyla ilgili konularda sağlık çalışanları arasındaki iletişim, kişilerarası ilişkiler ve bilgiyi paylaşmada isteklilik organizasyonun kültürü tarafından şekillendirilir ve hasta devir tesliminde önemlidir (ACSQH 2005). DSÖ, devir-teslim süreci ile ilgili standartların oluşturulmasını önermektedir. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği yönünde kültür değişimine istekli olmaması bu konuda potansiyel bir engel olarak görülmektedir (WHO 2007b).

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık çalışanları ile toplumdaki bireylerin tıbbi hata/hasta güvenliği konusundaki görüşlerini değerlendirmek ve sağlık çalışanlarının hastanede hasta güvenliği kültürü algılama düzeyini belirlemek amacıyla planlanan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Hasta güvenliği ve tıbbi hata konusundaki görüş ve tutumlarla ilgili sonuçlar:

- Sağlık çalışanlarının ve toplumun önemli bir bölümü tıbbi hata ile karşılaşmıştır. Bu hatalardan ciddi zarar görenlerin oranı da yüksektir.

- Sağlık çalışanları, tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu olduğunu ve kendilerini tıbbi hatalardan koruyabileceklerini düşünürken, toplumdaki bireyler kendilerini daha az oranda sorumlu görmekte ve hatalardan korunamayacaklarını düşünmektedir.

- Tıbbi hataların en önemli sebebi olarak sağlık çalışanları çalışma koşullarının yetersizliğini gösterirken, toplum "doktorların hastalara yeterince vakit ayırmamasını" en önemli hata sebebi olarak görmektedir. "Hemşire sayısının yetersizliği" daha çok hemşireler tarafından hata sebebi olarak görülmektedir.

- Hem sağlık çalışanları hem de toplumdaki bireyler yapılan tıbbi hataların hastaya açıklanması gerektiğini düşünürken, toplumdan farklı olarak sağlık çalışanları hastadan özür dilemeye yanaşmamakta ve hata yapanların dava edilmemesi gerektiğini düşünmektedir.

- Sağlık çalışanları ve toplum tıbbi hatalardan korunmaları için hastalara önerilen davranışları oldukça etkili bulmakla beraber, bu davranışların uygulanabilirliği konusunda aynı görüşte değildir.

- Sağlık çalışanları, çalışma ortamlarındaki hasta güvenliği ile ilgili bazı uygulamaları yetersiz bulmaktadır.

Hasta güvenliği kültürü ile ilgili sonuçlar:

- Sağlık çalışanları hastanelerindeki hasta güvenliği kültürünün iyi düzeyde olduğunu düşünmemektedir. Hastanelerde güvenlik kültürünün geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

- Çalışanlar kurumlarında tıbbi hata durumunda cezalandırıcı bir yaklaşım olduğu ve yönetimin hasta güvenliği konularında kendilerini desteklemediği görüşündedir.

- Sağlık çalışanları tıbbi hataları çok düşük oranda raporlamaktadır. Kıl payı atlatılan hatalar ve hastaya zarar verme ihtimali olmayan hatalar sağlık çalışanlarınca daha az önemsenmektedir.

- Hastanelerde yeterli sayıda personel olmadığı düşünülmektedir.

- Personelin hasta güvenliği kültürü konusundaki tutumu "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi" kullanılarak geçerli ve güvenilir olarak ölçülebilmektedir.

Bu sonuçlara göre aşağıdaki öneriler geliştirilebilir;

- Tıbbi hataların toplumumuzda görülme sıklığı ve sonuçları hakkında sağlık çalışanları ve toplumda farkındalık oluşturulması, bu amaçla eğitim programları düzenlenmesi,

- Hasta ve ailesinin kendi sağlıklarına ilgilerinin artırılması ve sağlık çalışanlarının hastaları bu konuda desteklemeleri,

- Hasta ve ailesine, tıbbi hatalardan korunma, ilaçların güvenli kullanımı gibi konularda eğitimler verilmesi,

- Kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili sorunları bildirme, tartışma ve hatalardan ders almayı kolaylaştıracak sistemler geliştirilmesi,

- Hata raporlamayı destekleyecek ortamlar (gizlilik, elektronik ortamda raporlama gibi) oluşturulması,

- Hata bildiren sağlık çalışanını güvence altına alan yasal düzenlemeler yapılması,

- Hasta güvenliği konularında yöneticilerin personele desteğinin artırılması,
- Hastanelerde "Hasta Güvenliği Komitesi" kurulması ve hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik çalışmalar yapılması,
- Sağlık çalışanları arasında iletişimin sağlanması, bunun için iletişim araçları ve standartların geliştirilmesi,
- Yeterli ve eğitimli personel çalıştırılması ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi,
- Hasta güvenlik kültürü düzeyinin belirlenmesine süreklilik kazandırılması.

7.ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi

Emel FİLİZ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2009

Çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının ve toplumun hasta güvenliği konusundaki görüşlerini değerlendirmek ve kamu hastanelerindeki güvenlik kültürü algılama düzeyini belirlemektir. Araştırmanın örneklemini, sağlık çalışanı anketi için, Konya il merkezinde bulunan tüm kamu genel hastaneleri ve merkez ilçelere bağlı rastgele seçilen 12 sağlık ocağı personeli oluşturdu. Toplum örneklemi için aynı sağlık ocağı bölgesinde yaşayan yetişkinlere küme örnekleme yöntemiyle ulaşıldı. Çalışmaya 156 hekim, 183 hemşire ve 150 diğer sağlık çalışanı (ebe, sağlık memuru ATT) ile toplumdan 240 kişi alındı.

Veri toplamada Sağlık Çalışanı Hasta Güvenliği Anket Formu, Toplum Hasta Güvenliği Anket Formu ve Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Türkçesi kullanıldı. Veriler, ortalama, standart sapma ve yüzdelerle özetlendi. Katagorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Ki-Kare testinden yararlanıldı. Güvenlik kültürü ile ilgili skor ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi ve varyansların homojenliğine göre post hoc testlerinden yararlanıldı. Karşılaştırılacak ortalamanın iki tane olması halinde t testi uygulandı.

Sağlık çalışanlarının % 23'ü ve toplumdaki bireylerin % 22'sinin kendisi veya ailesinden birinin tıbbi hataya maruz kaldığı belirlendi. Hata sonucu ciddi zarar görenlerin oranı sağlık çalışanlarında % 27 ve toplumda % 36 idi. Sağlık çalışanları (% 38) ve toplum (% 33) tıbbi hatadan dolayı hatayı yapan kişiyi sorumlu tutmaktaydı. Daha güvenli bakım almada hastaların da sorumluluğu olduğu görüşü sağlık çalışanlarında daha yüksek bulundu (sağlık çalışanı % 78; toplum % 63). Tıbbi hata sebebi olarak sağlık çalışanları "uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stresi" gösterirken (% 77), toplum için "hekimlerin hastalara yeterince vakit ayırmaması" (% 73) en önemli sebepti. Hasta güvenliği alt alanlarına tüm sağlık çalışanlarının verdiği olumlu cevap yüzdeleri, "birimler içinde ekip çalışması" (% 75), "güvenliğin kapsamlı algılanması" (% 63) için yüksek bulunurken, "hataların raporlanma sıklığı" (% 15), "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (% 19) alanlarında düşük bulundu. Alt alan olumlu skor yüzdeleri benchmark skorla karşılaştırıldığında 12 alt alandan dokuzunda daha düşük bulundu. Hekimlerin % 78'i, hemşirelerin % 86'sı ve diğer sağlık personelinin % 89'unun hatalı olayları hiç rapor etmedikleri saptandı.

Çok sayıda kişi önlenebilir tıbbi hatalar sebebiyle zarar görmektedir. Hasta güvenliği konusunda tüm sağlık çalışanları ve hastalar sorumluluk almalı, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek kurumların öncelikli konusu olmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Hasta güvenliği; hasta güvenliği kültürü; tıbbi hata

7. SUMMARY

T.C.
SELCUK UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Determination of Perception of Patient Safety Culture in Hospitals and of Health Staff and Patient Attitudes about Patient Safety

Emel FİLİZ
The Department of Public Health
MASTER THESIS / KONYA-2009

The aim of the study is to determine the levels of patient safety culture in hospitals and health staff and public views about patient safety. The sampling of the study consisted of 12 randomly chosen health staffs who work in local health centers and state hospitals in both Konya city centre in order to fill out the questionnaire of health staff. The adults who live by these local clinics and state hospitals were reached by means of cluster sampling in order to be used for community sampling. A hundred fifty six physicians, 183 nurses and 150 other health staff (midwife, health officers, emergency medicine technician) and 240 people from the community participated in the study.

In order to collect the data, Health Staff Patient Safety Questionnaire Form and Community Patient Safety Questionnaire Form and Hospital Survey on Patient Safety Culture that was developed by Agency for Healthcare Research and Quality and that was later translated into Turkish were used. The means, standard deviation and percentages of the data were given in the study. The Chi-Square test was used to compare categorical data among groups. One Way ANOVA was used to compare mean scores concerning safety culture and post hoc tests were used depending on homogeneity of variances. The t test was used when mean scores to be compared were two.

It was found that 23% of the health staffs and 22% of the people in the community themselves or one of their family members were exposed to medical error. The percentage of those who suffered seriously as a result of medical error was 27% in health staff and 36% in the community. Thirty eight percent of the health staffs and 33% of the people in the community held those who made the medical error responsible. It was also discovered that more health staff thought that patients had also responsibility in taking safer care in hospital while less people from the community thought so (78% of health staffs; 63% of people). While health staffs stated that medical errors were because of stress as staffs in hospitals worked more than they should (77%), people in the community said that the most important reason for the errors were because physicians did not spare enough time fort he patients (73%). The percentages of positive answers concerning sub areas about patient safety culture were indicated by health staffs who work hospital are as follows; “team work among units” (75%), “comprehensive safety perception” (63%) were found high; however, “reporting frequency of errors” (15%), “no punishment response to the errors” (19%) were found low. When positive score percentages concerning sub areas were compared with via benchmarking, 9 out of 12 sub areas were found lower. It was also established that 78% physicians, 86% of nurses and 89% of the other health staff did not report any medical errors.

Many people suffer from preventable medical errors. All of the health staffs and patients should take responsibility about patient safety and related institutions should give priority to develop patient safety culture.

Keywords: Patient safety; patient safety culture; medical error

8. KAYNAKLAR

1. Adams RE, Boscarino JA. A community survey of medical errors in New York. Int J Qual Health Care 2004;16:353-62.
2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 20 Tips to Help Prevent Medical Errors. Patient Fact Sheet. Publication No. 00-PO38, Rockville, MD. 2000.
3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing organization and quality of care: cross-national findings. Int J Qual Health Care 2002;14:5-13.
4. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. Medical Care 1999;37:760-72.
5. Akalın E. Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz. Ankem Derg 2004;18:12-13.
6. Alvarado K, Lee R, Christoffersen E, Fram N, Boblin S, Poole N, Lucas J, Forsyth S. Transfer of accountability:transforming shift handover to enhance patient safety. Healthcare Quarterly 2006;9(Sp) : 75-9
7. American Medical Association (AMA). Informed consent. [cited 2008 Nov 22]. Available from URL: http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4608.html.
8. Armitage G, Knapman H. Adverse events in drug administration: a literature review. J Nurs Manag. 2003;11:130-40.
9. Aşıcıoğlu F, Cantürk G. Hekimlerin okunaksız el yazısının yol açtığı sorunlar: bir anket çalışması. Adli Bilimler Dergisi. 2003;2:13-22.
10. Australian Council for Safety and Quality in Health Care (ACSQH). Clinical handover and patient safety. Literature review report. 2005.[cited 2008 Dec 10] Available from URL: http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/AA1369AD4AC5FC2ACA2571BF0081CD95/$File/clinhovrlitrev.pdf
11. Barber N, Rawlins M, Franklin BD. Reducing prescribing error: competence, control and culture. Qual Saf Health Care 2003;12: 29-32.
12. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Laffel G, Sweitzer BJ, Shea BF, Hallisey R, et al; Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. ADE Prevention Study Group. JAMA 1995;274:29-34.
13. Baumann A, Blythe J. Restructuring, reconsidering, reconstruction: Implications for health human resources. Int J Publ Admin 2003;26:1561-79.
14. Bernstein M, Hebert PC, Etchells E. Patient safety in neurosurgery: detection of errors, prevention of errors, and disclosure of errors. Neurosurgery Quarterly 2003;13:125-37.
15. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, Altman DE, Zapert K, Herrmann MJ, Steffenson A. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med 2002;347:1933–40.
16. Boscarino JA, Adams RE. Public perceptions of quality care and provider profiling in New York: implications for improving quality care and public health. J Public Health Manag Pract 2004;10:241-50.
17. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991;324:370-6.
18. Carroll JS, Edmondson AC. Leading organizational learning in health care. Qual Saf Health Care 2002;11:51-6
19. Castle NG, Sonon KE. A culture of patient safety in nursing home. Qal Saf Health Care 2006;15:405-8.
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for hand hygiene in healthcare settings. 2002; [cited 2008 Nov 22] Available from URL: http://www.cdc.gov/Handhygiene/
21. Cirhinlioğlu Z. Sağlık sosyolojisi. Birinci basım. Ankara. Nobel yayın dağıtım. 2001.

22. Clarke SP. Organizational climate and culture factors. Fitzpatrick JJ, Stone PW, Hinton-Walker P. Annual review of nursing research. Springer Publ; 2006: p.258.

23. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Llıoyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients: excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. JAMA 1997;277:301-6.

24. Cohen M. Patient safety alert: "high-alert" medications and patient safety. Int J Qual Health Care 2001;13:339-40.

25. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of survey. Qual Saf Health Care 2005;14:364-6.

26. Cooper JB. Developing a culture of safety. Biomed Instr Technol 2003;37:212–4.

27. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Jurlink DN, Etchells EE.Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Int Med 2005;165:424–9.

28. Crigger NJ. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in Professional practice. Nursing Ethics 2004;11:568-76

29. Dang D, Johantgen ME, Pronovost PJ, Jenckes MW, Bass EB. Postoperative complications: Does intensive care unit staff nursing make a difference? Heart&Lung 2002;31:219-28.

30. Davis RE, Koutantji M, Vincent CA. How willing are patients to question healthcare staff on issues related to the quality and safety of their healthcare? An exploratory study. Qual Saf Health Care 2008;17:90-6.

31. Dimick JB, Swoboda SM,. Pronovost PJ and. Lipsett PA. Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. Am J Crit Care 2001;10:376-82.

32. European Commission. Medical errors. Eurobarometer 241/64.1 and 64.3 TNS: Opinion and Social;2006.

33. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. Qual Saf Health Care 2006;15:39-43.

34. Flin R, Burns C, Meams K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. Qual Saf Health Care 2006;15:109-15

35. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC, Fraser VJ, Levinson W. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. Arch Intern Med 2006;166:1605-11.

36. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA 2003;289:1001-7.

37. Golder S, Light K, Stirk L. What's on the web. Patient safety. J Health Serv Res Policy 2007;12: 252-4.

38. Handler SM, Castle NG, Studentski SA, Perera S, Fridsma DB, Nace DA at al. Patient safety culture assessment in the nursing home. Qual Saf Health Care 2006;15:400-4.

39. Healthcare risk control (HRC). Risk analysis, culture of safety. ECRI Institute; 2005: [cited 2008 Jun 28] Available from URL:https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/ HRC_CultureofSafety.pdf

40. Hebert PC. Disclosure of advers events and errors in healthcare:an ethical perspective. Drug Safety 2001;24:1095-104.

41. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. Int J Health Care Qual Assur 2007;20:620-632.

42. Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Tusler M. Can patient be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. Medical Care Research and Review 2005; 62:601-16.

43. Hume M. Changing hospital culture, systems reduce drug errors. Exec Solut Healthc Manage 1999;2: 4–9.

44. Institute of Medicine (IOM) Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Aspden P, Wolcott JA, Bootman JL, Cronenwett LR, eds. Preventing Medication Errors. Washington DC: National Academy Press; 2007.

45. Institute of Medicine (IOM). Committee on Quality of Health Care in America Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, Washington DC: National Academy Press; 2001.

46. Institute of Medicine (IOM). Committee on the work environment for nurses and patient safety. Page A. ed. Keeping patient safe: transforming the work environment of nurses IOM: National Academy Press; 2004.

47. International Council of Nurses (ICN). Safe staffing saves lives. International Nurses Day 2006. Information and Action Tool Kit. Geneva, Switzerland; 2006.

48. Jason NE, Daniel CV. Three measures of sleep, sleepiness, and sleep deprivation and the risk of ınjury: a case-control and case-crossover study. JABFP 2007;20:16-22.

49. Kaiser Family Foundation. 2008 Update on consumers' views of patient safety and quality information. Menlo Park CA: Kaiser Family Foundation; 2008. [cited 2008 Nov 12]. Available from URL: www.kff.org.

50. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' Perception of error reporting and patient safety culture in Korea. West J Nurs Res 2007; 29:827-44.

51. Koch E, Turgut T. Hasta –hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2004;15:64-9.

52. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Pres; 2000.

53. Kumaş H, Beyaztaş FY. Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşullarının irdelenmesi. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2007;29:123-7.

54. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL. Nurse-patient ratios. a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes. J Nurs Admin 2004; 34:326-37.

55. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. Qual Saf Health care 2002;11:15-8.

56. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ et al. Systems analysis of adverse drug events: ADE Prevention Study Group. JAMA 1995;274:35-43.

57. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al.The nature of adverse events in hospitalized patients. results of the Harvard medical practice study II. N Engl J Med 1991;324:377-84.

58. Makay Ö, İçöz G, Yılmaz A, Kolcu F. Yoğun bakım çalışanlarının el yıkama alışkanlıkları. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2008;14:149-53.

59. Mayo MA, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors what we need to know for patient safety. J Nurs Care Qual 2004;19: 209-17.

60. Milligan F, Dennis S. Building a safety culture. Nurs Stand 2005;20:48-52.

61. Milligan F, Dennis S. Improving patient safety and incident reporting. Nurs Stand 2004;19:33-36.

62. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). The first ten years. Defining the problem and developing solutions. 2005. [cited 2008 Oct 28] Available from URL: http://www.nccmerp.org/

63. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. Qual Saf Health Care 2003;12:17-23.

64. North Carolina Nurses Association Commission of Standards and Professional Practice (NCNA). Position paper on safe staffing. Tar Heel Nurse 2005; 67:20.

65. Northcott H, Vanderheyden L, Northcott J, Adair C, McBrien-Morrison C, Norton P, Cowell J. Perception of preventable medical error in Alberta, Canada. International Journal for Quality in Health Care 2008;20:115-22.

66. Özçelik Adak N. Sağlık sosyolojisi kadın ve kentleşme. Birinci baskı. İstanbul. Birey Yay; 2002:110

67. Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, HonigP, Lee LY, Pamer J. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. Am J Health Syst Pharm 2001;58:1835-41.

68. Pitted D, Mourauga P, Perneger TV, Members of the İnfection Control Program. Compliance with handwashing in a teaching hospital. Ann Int Med 1999; 130:126-34

69. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety. In: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM ed. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices.Evidence report/technology assessment. AHRQ Publication: 2001;449.

70. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG. Defining and measuring patient safety. Crit Care Clin 2005;21:1-19.

71. Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, Davis R. Senior executive adopt-awork-unit: a model for safety improvoment. Jt Comm J Qual Saf 2004;30:59-68.

72. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, Feroli ER, Sexton JB, Rubin HR. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. Qual Saf Health Care 2003;12:405-10.

73. Resmi Gazete. 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun". Resmi Gazete No:10705, 12.01.1961

74. Resmi Gazete. 23420 sayılı "Hasta Hakları Yönetmeliği". 01.08.1998.

75. Resmi gazete. 2368 sayılı "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" 31.12.1980:172007.

76. Resmi gazete. 657 sayılı "Devlet Memurları Kanunu" 14/7/1965. 5/4/3044. Ek Madde 33 (Ek: 23/2/ 1995 - KHK - 547/10 md. Sayfa 88.

77. Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JI, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA, Anderson RJ. Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical errors. Arc Intern Med 2002;162:2186-90

78. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff 2004;23:202-12.

79. Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar Ü. Gece ve gündüz vardiya çalışmasının bir grup anestezi asistanının dikkat ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2005;16:106-12.

80. Scherer D, Fitzpatrick J. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the periperative area. AORN Journal 2008;87:163-75.

81. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, PeughJ, Davis K. Taking the pulse of health care systems: experiences of patient with health problems in six countries. Health Aff 2005;16:509-25.

82. Schwappach DLB, Koeck CM, What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. İnt J Qual Health Care 2004;16:317-26.

83. Sheward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M, Ball J. The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. Journal of Nursing Management 2005;13:51-60.

84. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Qual Saf Health Care. 2003;12:112-8.

85. Sorokin R, Riggio JM, Hwang C. Attidudes about patient safety: a survey of physicians in training. Am J Med Qual 2005;20:70-7.

86. Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N, Hospital survey on patient safety culture: 2007 Comparative Database Report. Rockville MD: AHRQ Publ. No. 08-0039. 2007.

87. Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on patient safety culture: 2008 comparative database report. Part II, III. Rockville MD: AHRQ Publ. No. 08-0039. 2008.

88. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: AHRQ Publ. No. 04-0041. 2004.

89. Stone PW, Money-Kane C, Larson EL, Horan T, Glance LG, Zwanziger J Dick AW. Nurse working conditions and patient safety outcomes. Med Care. 2007;45: 571-8.

90. The Joint Commission. Universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery. 2008. [cited 2008 Dec 22] Available from URL: http://www.jointcommission.org/PatientSafety/UniversalProtocol/

91. Thompson PA, Navara MB, Antonson N. Patient safety: The four domains of nursing leadership. Nurs Econ 2005;23:331-3.

92. Valuntary Hospital Association (VHA). Consumer demand for clinical quality: the giant awakens. VHA's 2000 Research Series-Volume 3 Irving, TX: 2000. VHA inc.

93. VanGeest JB, Cummins DS. An educational needs assessment for improving patient safety. National Patient Safety Foundation, White Paper Report 3. National Patient Safety Foundation: 2003;1-28.

94. Vogelsmeirer A, Cawiezell JC. A Just culture The role of nursing leadership. J Nurs Care Qual 2007;22:210-12.

95. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ 2000;320:774-7.

96. Weinger MB, Ancoli-Israel SA. Sleep deprivation and clinical performance. JAMA 2002; 287:955-7.

97. Wolosin RJ, Vencler R, Matthews JL. Am I safe here? Improving patients' perception of safety in hospital. J Nurs Care Qual 2006;21:30-8.

98. World Health Organization (WHO). Call for more researche on patent safety. 2007a. [cited 2008 Nov 12] Available from URL: http://www. who.int/mediacentre/ news/releases/ 2007.

99. World Health Organization (WHO). European Consultation on the Rights of Patients. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. Amsterdam.1994. [cited 2008 Jun 28] Available from URL: http://www.who.int/genomics/ public/eu_declaration1994.pdf.

100. World Health Organization (WHO). Launch of nine patient safety solutions. Washington DC; 2007b.

101. World Health Organization (WHO). Word alliance for patient safety. Implementation manuel WHO surgical safety checklist (First edition). Safe surgery saves lives. Geneva, Switzerland; WHO Press: 2008.

102. World Health Organization (WHO). World Alliance for patient safety .WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning system. Geneva, Switzerland; WHO Press: 2005.

103. World Health Organization (WHO). World Alliance for patient safety. Forward programme 2006-2007. Geneva, Switzerland; WHO Press:2006.

104. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety Version 1.0 for Use in Field Testing 2007-2008 ICPS. WHO: 2007c: [cited 2008 Nov 12] Available from URL: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_ form/en/index.html.

105. Young S. The Role of Health IT in Reducing Medical Errors and Improving Healthcare Quality & Patient Safety. Agency for Healthcare Research and Quality: 2005. [cited 2008 Nov 22] Available from URL: http://www.ehealthinitiative.org/assets/documents/Capitol_Hill_ Briefings/Young9-22-04.PPT.

EK-A. Sağlık Çalışanları Hasta Güvenliği Anket Formu

HASTA GÜVENLİĞİ ANKET FORMU
(SAĞLIK ÇALIŞANLARI)

1. Yaşınız: …….

2. Cinsiyetiniz
( ) Erkek ( ) Kadın

3. Medeni durumunuz
( ) Bekâr ( ) Evli ( ) Dul/ Boşanmış/ Ayrı yaşıyor

4. Bitirdiğiniz okul:
( ) İlkokul ( ) İlköğretim ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Ön Lisans
( ) Lisans ( ) Lisansüstü

5. Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?
( ) Kırsal ( ) Kentsel

6. Mesleğiniz: …….

7. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü

8. Düzenli olarak doktor kontrolüne gider misiniz?
( ) Hayır ( ) Evet

9. Sağlık sorununuz olduğunda ilk başvuru yeriniz
( ) Sağlık Ocağı ( ) Hastane ( ) Özel hastane ya da muayenehane

10. Ailenizde kronik hastalığı olan var mı? (şeker hastalığı, tansiyon vb.)
( ) Hayır ( ) Evet

11. Herhangi bir kamu hastanesinde yatarak tedavi gördünüz mü?
( ) Hayır ( ) Evet

12. Sağlık bakımı alırken hiç tıbbi hataya maruz kaldınız mı?
( ) Bilmiyorum ( ) Hayır ( ) Evet
…….....hatasına maruz kaldım, bence hatanın sorumlusu ……..idi.

13. Ailenizden birisi hiç tıbbi hataya maruz kaldı mı?
( ) Bilmiyorum ( ) Hayır ( ) Evet…….. hatasına maruz kaldı, hatanın sorumlusu ……..idi.

14. Siz ya da ailenizden biri yaşadığınız tıbbi hatanın sonucunda ne tür zarar gördünüz?

( ) Fiziksel sorunlar ( ) Psikolojik sorunlar
( ) İşe ya da okula gidememe ( ) Sakatlık ( ) Ölüm

15. Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor?

( ) Hekimler ( ) Hemşireler
( ) Diğer (yazınız)…… ……

16. Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması
( ) Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres
( ) İletişim bozuklukları
( ) Ekip çalışmasının olmaması
( ) Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması
( ) Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması
( ) Mesleki eğitiminin yetersiz olması
( ) Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması
( ) Diğer…….

17. Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır.
( ) Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidir.
( ) Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir.
( ) Diğer (belirtiniz)……

18. Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır?

( ) Hatayı yapan kişiler ( ) Hatanın yaşandığı kurumlar
( ) Her ikisi de ( ) Diğer……

19. Tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu var mıdır?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum

20. Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payı nedir?

( ) Büyük oranda koruyabilir ( ) Biraz koruyabilir ( ) Koruyamaz

21. Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?

( ) Hiç duymadım ( ) Nadiren ( ) Ara sıra ( ) Çok sık

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

( ) Çok güvenirim ( ) Biraz güvenirim ( ) Güvenmem

23. Sizce aşağıdaki davranışlar tıbbi hataları ne kadar önleyebilir? Bu davranışların uygulanabilirliği nedir?

(Uygun yere X işareti koyunuz)

	Tıbbi Hatayı			**Uygula. Durumu**	
	Hiç Önlemez	Kısmen Önler	Tamamen Önler	Uygulana-bilir	Uygulana-maz
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması					
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi					
Yazılan reçetelerin okunaklı olması					
Eczaneden ilaç alırken reçetedeki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması					
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması					
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi					
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi					
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi					
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerini yıkamasını istemesi					
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi					
Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi					
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması					
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi					
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi					
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması					
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması					
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi					
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması.					

24. Çalıştığınız bölümde aşağıdaki uygulamalar ne ölçüde yapılabiliyor? (Uygun yere X işareti koyunuz)

	Yeterli	**Kısmen yeterli**	**Yetersiz**	**Hiç yapılmıyor**
Hastanın servise oryantasyonunun (odasının tanıtılması, hekim-hemşire ile tanıştırma, ziyaret saatleri, yangın çıkışı vb. hakkında) sağlanması				
Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması				
İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olması				
Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi				
Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi				
Narkotik ve sedatif ilaçların güvenli şekilde saklanması				
Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması				
Kesici ve delici maddelerin uygun şekilde toplanması				
Yangın çıkışlarının açık tutulması				
İşe yeni başlayanların oryantasyonlarının yapılması (tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb)				
Hastanın özel eşyalarının emniyete alınması				
Hizmet içi eğitim programlarının yapılması				
Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması				
Bası yarası oluşma riskinin tespiti ve gerekli önlemlerin alınması				
Çalışanların kendilerini kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri				
Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi				
Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi				
Sözel direktif alma/verme kriterlerinin yazılı olarak belirlenmesi				
Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi				
Hastanın kimliğini doğrulamada doğru yöntemlerin kullanılması (kimlik bileziği vb)				
Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması				

EK-B. Toplum Hasta Güvenliği Anket Formu

HASTA GÜVENLİĞİ ANKET FORMU
(TOPLUM)

1. Yaşınız: …….

2. Cinsiyetiniz
( ) Erkek ( ) Kadın

3. Medeni durumunuz
( ) Bekâr ( ) Evli ( ) Dul/ Boşanmış/ Ayrı yaşıyor

4. Bitirdiğiniz okul
( ) İlkokul ( ) İlköğretim ( ) Ortaokul ( ) Lise
( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü

5. Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?
( ) Kırsal ( ) Kentsel

6. Mesleğiniz: …….

7. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü

8. Düzenli olarak doktor kontrolüne gider misiniz?
( ) Hayır ( ) Evet

9. Sağlık sorununuz olduğunda ilk başvuru yeriniz?
( ) Sağlık Ocağı ( ) Hastane ( ) Özel hastane ya da muayenehane

10. Ailenizde kronik hastalığı olan var mı? (şeker hastalığı, tansiyon vb.)
( ) Hayır ( ) Evet

11. Herhangi bir kamu hastanesinde yatarak tedavi gördünüz mü?
( ) Hayır ( ) Evet

12. Sağlık bakımı alırken hiç tıbbi hataya maruz kaldınız mı?
( ) Bilmiyorum ( ) Hayır
( ) Evet ……... hatasına maruz kaldım, bence hatanın sorumlusu ……..idi.

13. Ailenizden birisi hiç tıbbi hataya maruz kaldı mı?
( ) Bilmiyorum ( ) Hayır
( ) Evet…….hatasına maruz kaldı, hatanın sorumlusu ……..idi.

14. Siz ya da ailenizden biri yaşadığınız tıbbi hatanın sonucunda ne tür zarar gördünüz?

( ) Fiziksel sorunlar ( ) Psikolojik sorunlar
( ) İşe ya da okula gidememe ( ) Sakatlık ( ) Ölüm

15. Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor?

( ) Hekimler ( ) Hemşireler
( ) Diğer (yazınız)……

16. Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması
( ) Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres
( ) İletişim bozuklukları
( ) Ekip çalışmasının olmaması
( ) Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması
( ) Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması
( ) Mesleki eğitiminin yetersiz olması
( ) Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması
( ) Diğer…….

17. Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır.
( ) Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidirler.
( ) Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir.
( ) Diğer (belirtiniz)……

18. Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır?

( ) Hatayı yapan kişiler ( ) Hatanın yaşandığı kurumlar
( ) Her ikisi de ( ) Diğer……

19. Tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu var mıdır?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum

20. Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payı nedir?

( ) Büyük oranda koruyabilir ( ) Biraz koruyabilir( ) Koruyamaz

21. Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?

( ) Hiç duymadım ( ) Nadiren ( ) Ara sıra ( ) Çok sık

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

( ) Çok güvenirim ( ) Biraz güvenirim ( ) Güvenmem

23. Sağlık güvenceniz var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

26. Sizce aşağıdaki davranışlar tıbbi hataları ne kadar önleyebilir? Bu davranışların uygulanabilirliği nedir?

(Uygun yere X işareti koyunuz)

	Tıbbi Hatayı			**Uygula. Durumu**	
	Hiç Önlemez	Kısmen Önler	Tamamen Önler	Uygulana-bilir	Uygulana-maz
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması					
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi					
Yazılan reçetelerin okunaklı olması					
Eczaneden ilaç alırken reçetedeki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması					
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması					
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi					
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi					
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi					
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerini yıkamasını istemesi					
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi					
Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi					
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması					
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi					
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi					
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması					
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması					
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi					
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması.					

Katılımınız için teşekkür ederiz

EK-C. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

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 yaralanması veya istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önleme dir.*

BÖLÜM A: Çalıştığınız Birim

Hastanedeki çalışma biriminiz: ……

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

	Kesinlikle Katılmıyorum ▼	Katılmıyorum ▼	Ne Katılırım 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 çalışırlar.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
7. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
8. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	☐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: Yöneticileriniz/supervisor

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

	Kesinlikle Katılmıyorum ▼	Katılmıyorum ▼	Ne Katılırım 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: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

	Hiçbir zaman ▼	Nadiren ▼	Bazen ▼	Çoğu zaman ▼	Her zaman ▼
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririliriz.	☐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 bilgilendiririliriz.	☐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: Raporlanmış Olayların Sıklığı

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda *ne sıklıkla rapor ediliyor?*

	Hiçbir zaman ▼	Nadiren ▼	Bazen ▼	Çoğu zaman ▼	Her zaman ▼
1. Bir hata yapıldığında ancak *hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. *Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen* bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM E : Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

☐	☐	☐	☐	☐
A	**B**	**C**	**D**	**E**
Mükemmel	Çok iyi	Kabul edilebilir	Zayıf	Başarısız

BÖLÜM F: Hastaneniz

Hastaneniz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılırım Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Hastane üniteleri birbirleriyle 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 işbirliği vardır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	☐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: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

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

BÖLÜM H: Kişisel bilgiler

1. **Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz? …….**

2. **Şu anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? ……..**

3. **Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?** ☐a. 40 saati geçmiyor ☐b. 40-49 saat ☐c. 50 saatten fazla

4. **Hastanedeki göreviniz nedir? Pozisyonunuzu en iyi tanımlayan sadece BİR cevabı işaretleyiniz**

   ☐ a. Kadrolu Hemşire
   ☐ b. Sözleşmeli Hemşire
   ☐ c. Pratisyen Doktor
   ☐ e. Uzman Doktor/Öğretim Üyesi
   ☐ d. Uzmanlık Öğrencisi
   ☐ j. Diğer……..

5. **Bulunduğunuz görevde genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?**

   ☐ a. EVET ☐ b. HAYIR

6. **Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz? ……**

BÖLÜM I: Yorumlarınız

Lütfen hastaneniz/kuruluşunuzdaki **'hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama'** konularındaki düşünce/yorumunuzu yazınız.

Hasta güvenliği:

Tıbbi hatalar:

Olay/hata raporlama:

Teşekkür ederiz (Dr.S.Bodur, E.Filiz)

EK-I. Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata ve Hata Raporlama Konusunda Bazı Katılımcıların Yorumları

"Hastaların güvenliği bu hastanede ne yazık ki sıkıntıda. Doktorlar çok çalışıyor. Yaygın anxiyete bozukluğumuz var. Hemşire ya da personeli tolere edemiyoruz. Dikkatimiz dağınık. Hemşire-personel doktorunu amir olarak görmüyor, söylenen yapılmıyor. Hata yapıldığında doktora bile bildirilmiyor. Hemşire ve personelin eğitimi yetersiz. Kliniğimde şirket tarafından çalıştırılan okuma yazma bilmeyen personel var. Bu tıp fakültesi için rezalettir, skandaldır. Hemşire, personel ve doktor arasında ekip çalışması olmazsa hatalar kaçınılmazdır. Hatalar raporlanmıyor, raporlansa bile işleme konulmuyor maalesef. Kimse yaptığının bedelini ödemiyor". **(Uzmanlık öğrencisi, K, 28 y, Tıp Fak.)**

"Hasta güvenliğine yönelik belirgin bir düzenleme yok. Tıbbi hatalar uygun şekilde cezalandırılmıyor. Şu ana kadar hata raporlandığını görmedim. Başka kliniklerde de raporlandığını düşünmüyorum". **(Uzmanlık öğrencisi, K, 29 y, Tıp Fak.)**

"Hasta güvenliği için gerekli önlemler alınmaktadır. Tıbbi hataların oldukça az olduğu kanaatineyim. Hatalar rapor edilmemektedir". **(Uzman doktor, E, 39 y, Numune Hast.)**

"Hasta güvenliği bizim bölümümüzde mükemmel olmasa da oldukça iyi. Şimdiye kadar çok ciddi tıbbi hata görmedim ama, çok ciddi hata yapılan bölümlerimiz olduğunu duyuyoruz. Hata durumunda genellikle rapor edilmiyor. Kişiler arasında hallediliyor". **(ATT, Sözleşmeli hemşire olarak çalışıyor, K, 21 y, Tıp Fak.)**

"Hastanemizde hastaların çok güvende olduğunu söyleyemem. Hataların tek sebebi ihmal. Hemşireler doktorların yapması gereken işleri de yapıyor. Tıbbi hataların raporlanması göz ardı ediliyor". (**Hemşire, K, 27 y, Numune Hast.)**

"Bu hastanede çalıştığım sürede nadiren tıbbi hata yapıldığını gördüm. Eğer çalışanların sayısı artırılır, yeterli malzeme sağlanır ve hasta sirkülasyonu azalırsa hataların olmayacağını düşünüyorum. Hastanemizde hatalar rapor edilmiyor". **(ATT, Sözleşmeli hemşire olarak çalışıyor, K, 18 y, Tıp Fak.)**

"Hastanede personel eksikliği hasta güvenliği ile ilgili önemli bir sorun. Doktor direktiflerinin yanlış yazılması yüzünden hemşireler tedavi hatası yapabiliyor. Hasta ve aileleri de kendilerine yapılan tedavi ve bakım hakkında bilgi sahibi olursa hatalar azaltılabilir". **(Hemşire, K, 24 y, Tıp Fak.)**

"Tıbbi hatalar her zaman olabilir. Hatalar raporlanmalı ve hatayı yapan cezasını çekmeli". **(Uzmanlık öğrencisi, E, 29 y, Tıp Fak.)**

"Yöneticilerin dikkatine rağmen çalışanların eğitimsizliği ve personel seçiminde yanlışlık sebebiyle bazen hasta güvenliği zaafa uğrayabiliyor. Tıbbi hatalar bu hastanede çok nadiren olabilse de bu, dünyanın herhangi bir yerindeki herhangi bir sağlık kuruluşundan asla fazla değil". **(Uzmanlık öğrencisi, E, 28 y, Tıp Fak.)**

"Birimimizde hasta güvenliği konusunda titizlik gösterilmektedir. Sözlü ya da yazılı herhangi bir tıbbi hata kaydedilmemiştir". **(Pratisyen doktor, E, 41 y, Tıp Fak.)**

"Bu hastanede hasta güvenliği önemli değildir. Özel hastane zihniyetiyle hasta mali gelir olarak düşünülmektedir. Eğitim araştırma hastanesi modunda değildir. Hocalar sorumluluk kendilerinde olduğu halde asistanları hata yapınca onların yanında olmamaktadır. Özellikle acil serviste kimsenin güvenliği yoktur. Hastalar Allaha emanet yaşamaktadır. Hastane yönetimi de hata durumunda kendi personelini kollamakta ve bu hatalar ısrarla tekrarlanmaktadır". **(Uzmanlık öğrencisi, E, 27 y, Tıp Fak.)**

"Hasta güvenliği konusunda bir çalışma olup olmadığını bilmiyorum, farkında değilim". **(Uzman doktor, E, 42 y, Numune Hast.)**

"İş yoğunluğu hasta güvenliği önlemlerini etkisizleştiriyor. Tıbbi hataları hastalar veya avukatları zaten raporluyorlar". **(Pratisyen doktor, E, 37 y, Numune Hast.)**

"Bu hastanede hasta güvenliği değil, ne kadar çok iş yaptığınız önemlidir. Tıbbi hatalar daha çok acil ve sistematik müdahale gerektiren durumlarda görülmektedir. Diğer durumlarda hata yapma ihtimali daha düşüktür. Hata raporlamanın şahıslardan bağımsız bir kuruma yapılması ve bu konuda neler yapılabileceğinin belirlenmesi gerekir". **(Uzman doktor, E, 41 y, Numune Hast.)**

"Kliniğimizde hasta güvenliği açısından doktor, hemşire ve personel üzerine düşen her şeyi yapar. Tıbbi hatalar neredeyse hiç olmaz. Dolayısıyla hata raporlama da olmaz". **(Hemşire, K, 28 y, Tıp Fak.)**

"Kurumumuz yeterince hasta güvenliğine önem vermektedir. Çalıştığım süre zarfında hiçbir tıbbi hata ile karşılaşmadım. İnşallah da olmaz". **(Hemşire, K, 31 y, Numune Hast.)**

"Hastanemizde hasta güvenliğine dikkat edilmektedir. Şu ana kadar tıbbi hatayla karşılaşmadım. Olmaması için de dikkatli davranıyorum. Hatalar ve şikayetler hasta hakları biriminde değerlendirilip düzeltilmektedir". **(Ebe, K, 27 y, Eğitim Araş. Hast)**

"Hatasız kul olmaz. Maalesef hatalar oluyor, ex'e kadar gidebiliyor ama Allahın takdiri". **(Hemşire, K, 35 y,Numune Hast)**

"Hastane yönetimi hasta güvenliği konusuyla son zamanlarda daha fazla ilgilenmeye başladı. Bu hastanede tıbbi hatalara sık rastlanmıyor". **(Hemşire, K, 36 y, Eğitim Araş Hast.)**

"Hasta güvenliği sağlık çalışanının vicdanına kalmış bir şey. Tıbbi hataların çoğu örtbas edilmeye çalışılıyor". **(Hemşire, K, 24 y, Tıp Fak.)**

"Bu hastanede güvenlik sıfır. Kendimizi ve hastaları güvende hissetmiyoruz". **(Hemşire, K, 24 y, Tıp Fak.)**

"Bu hastanede hasta güvenliğinin yeterli olduğuna inanmıyorum. Tıbbi hataları azaltmada tek etkili olan verilen cezaların yaptırım gücüdür". **(Hemşire K, 28 y, Tıp Fak.)**

"Bu birimde hatalar sözlü olarak sorumluya bildiriliyor. Hastanın zarar gördüğü bir ilaç hatası olmadı. Dekort vb ilaçların yanlış hastaya uygulanması ve Diazemin hızlı verilmesi gibi olaylar oldu fakat hasta zarar görmedi. Hatayı yapan kişiler daha dikkatli olmaları konusunda uyarıldı. Yapılan hataları tecrübeli elemanlar daha az bildiriyor. İşe yeni başlayanlar hastada ne tür bir zarar oluşacağını bilmediklerinden hatalarını daha sık bildiriyor". **(Sorumlu hemşire, K, 30 y, Tıp Fak.)**

10. ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulundan mezun oldu. 1990-1996 yılları arasında İstanbul International Hospital'da hemşire olarak çalıştı. 1998 yılında Gaziantep Üniversitesi Kilis Sağlık Yüksekokuluna öğretim görevlisi olarak atandı. 2002 yılında Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokuluna naklen ataması yapıldı. Halen aynı okulda görev yapmaktadır.