



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN ÖLÇÜMLENMESİNE
YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

AHMET AYCAN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi SEDA KUMRU

İSTANBUL-2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Tez Sahibi : Ahmet AYCAN
Tez Başlığı : Hasta Güvenliği Kültürünün Ölçümlenmesine Yönelik Bir Araştırma
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 19.08.2019

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

Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Seda KUMRU

Kurumu

İzmir Bakırçay Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr. Öğr.Üyesi Pakize YİĞİT

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Esra Çiğdem CEZLAN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 20/08/2019 tarih ve 2019/26 - 09 sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ


Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.



BEYAN

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

Ahmet AYCAN



TEŞEKKÜR

Çalıőmamn planlanmasında, araőtırılma ve yürütülmesinde katkılarından dolayı, Dr. Öğr. Üyesi Seda KUMRU'ya, Prof. Dr. Barkın BERK'e ve istatistik konusundaki destekleri için Bilim Uzmanı Ecz. İsa BADUR'a; anketlere gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm sağlık mensuplarına ayrıca bu süreçte bana verdikleri destek için eőim Züleyha Bir Aycan ve aileme teşekkür etmek isterim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Tıbbi Zarar	6
4.2. Hasta Güvenliği.....	8
4.3. Güvenlik Kültürü	10
4.3.1. Güvenlik kültürü oluşturmak	12
4.3.2. Kusurun değerlendirilmesi.....	14
4.3.3. Güvenlik kültürünün ölçülmesi	16
4.1. AHRQ Hasta Güvenliği Anketi Hakkında.....	17
5. MATERYAL VE METOT	22
6. BULGULAR	27
6.1. Demografik Bilgiler ve Anketin Tanımlayıcı Bazı İstatistikleri.....	27
6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri Ortalama Pozitif Yanıtları	29
6.3. Hastane Ortamında Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri.....	30
6.3.1. Birim içerisinde uyum	30

6.3.2.	Danışman /yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini artırma eylemleri	31
6.3.3.	Örgütsel öğrenme-sürekli gelişim.....	32
6.3.4.	Hasta güvenliği için yönetim desteği.....	32
6.3.5.	Hasta güvenliğinde genel algı.....	33
6.3.6.	Hatanın geribildirimi ve iletişim.....	34
6.3.7.	İletişim açıklığı	35
6.3.8.	Bildirilen olayların sıklığı.....	36
6.3.9.	Birimler arası uyum	37
6.3.10.	Hastane çalışanlarının personel istihdamı ile ilgili değerlendirmeleri	38
6.3.11.	Hasta devri ve transisyonu.....	39
6.3.12.	Hatalara karşı ceza harici yaptırımlar	40
6.4.	Özel Sağlık Grubu Hastaneleri Hasta Güvenlik Düzeyi.....	41
6.5.	Özel Sağlık Grubu Hastaneleri Bildirilen Ters Olay Durumu	42
6.6.	Çalışma Alanına/ Birime Ortalama Pozitif Cevapların Yüzde Dağılımı	43
6.7.	Personel Pozisyonuna Göre Ortalama Pozitif Cevapların Yüzde Dağılımı	45
6.8.	Hastalarla Etkileşime Göre Ortalama Pozitif Cevapların Yüzde Dağılımı	46
6.9.	Görev Süresine Göre Ortalama Pozitif Yüzde Dağılımı.....	47
6.10.	AHRQ Veritabanı ile Karşılaştırma	49
6.10.1.	Çalışma alanına/ birime göre ortalama pozitif cevapların yüzde dağılımı	50
6.10.2.	Personel pozisyonuna göre ortalama pozitif cevapların yüzde dağılımı	55

6.10.3. Hastalarla etkileşime göre karşılaştırmalı ortalama pozitif cevapların yüzde dağılımı 61

6.10.4. Görev süresine göre karşılaştırmalı ortalama pozitif yüzde dağılımı

63

7. TARTIŞMA VE SONUÇ 66

8. KAYNAKLAR..... 74

9. EKLER..... 79

10. ETİK KURUL ONAYI..... 87

11. ÖZGEÇMİŞ 90

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
- ACGME: U.S. Accreditation Council for Graduate Medical Education, ABD Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi
- AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı
- IOM: Institute of Medicine
- NIH: National Institutes of Health, ABD Ulusal Sağlık Enstitü
- NPSA: National Patient Safety Agency, Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı
- NRLS: National Reporting and Learning System, Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi
- QuIC: Quality Interagency Coordination Task Force, Kalite Uyum Koordinasyon Görev Gücü
- WHO: World Health Organization, Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1 Güvenlik Durum Anketlerinin Bazı Örnek Boyutları	20
Tablo 5.1 Negatif İfadeli Anket Soruları.....	24
Tablo 5.2 Hastane Ortamında Hasta Güvenliği Ölçeği Boyutları ve Kapsamları	25
Tablo 6.1 İstanbul Özel Sağlık Grubu Hastaneleri Hasta Güvenliği Hastane Anketi	27
Tablo 6.2 Çalışma Alanına/ Birime Ortalama Pozitif Yüzdeler (%).....	44
Tablo 6.3 Personel Pozisyonuna Göre Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)	45
Tablo 6.4 Hastalarla Etkileşime Göre Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)	47
Tablo 6.5 Görev Süresine Göre Ortalama Pozitif Yüzdeler (%).....	48
Tablo 6.6.6 Çalışma Alanına / Birime Göre Karşılaştırmalı Ortalama Pozitif Yüzdeler (%).....	50
Tablo 6.7 Personel Pozisyonuna Göre Karşılaştırmalı Ortalama Pozitif Yüzdeler (%).....	55
Tablo 6.8 Hastalarla Etkileşime Göre Karşılaştırmalı Ortalama Pozitif Yüzdeler (%).....	61
Tablo 6.9 Görev Süresine Göre Karşılaştırmalı Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)	63
Tablo 7.1 Yıllara Göre Ülkemizde Yapılan Bazı Çalışmaların Olay Bildirim Yüzdesi	69

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1 “İsviçre Peyniri” Diyagramı.....	7
Şekil 5.1 Anket Sonuçları Anahtar Renkleri	26
Şekil 6.1 Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri Ortalama Pozitif Yanıtlar %	29
Şekil 6.2 Birim İçerisinde Uyum.....	30
Şekil 6.3 Danışman / Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Artırma Eylemleri.....	31
Şekil 6.4 Örgütsel Öğrenme- Sürekli Geliştirme	32
Şekil 6.5 Hasta Güvenliği İçin Yönetim Desteği	33
Şekil 6.6 Genel Hasta Güvenliği Algıları.....	34
Şekil 6.7 Hatanın Geribildirimi ve İletişim	34
Şekil 6.8 İletişim Açıklığı.....	35
Şekil 6.9 Bildirilen Olayların Sıklığı.....	36
Şekil 6.10 Birimler Arası Uyum.....	37
Şekil 6.11 Personel	38
Şekil 6.12 Hasta Devri ve Transisyonu	39
Şekil 6.13 Hatalara Karşı Ceza Harici Yaptırımlar	40
Şekil 6.14 Hastane Çalışanlarının Belirledikleri Hasta Güvenliği Derecesi	41
Şekil 6.15 Özel Sağlık Grubu Hastaneleri Bildirilen Ters Olay Sayısı.....	42
Şekil 6.16 Çalışma Alanına/ Birime Göre Genel Ortalamaların Veritabanı ve Çalışma Arasındaki Farkları (%)	54
Şekil 6.17 Personel Pozisyonuna Göre Genel Ortalamaların Veritabanı ve Çalışma Arasındaki Farkları (%)	59
Şekil 6.18 Hastalarla Etkileşime Göre Genel Ortalamaların Veritabanı ve Çalışma Arasındaki Farkları (%)	62
Şekil 6.19 Görev Süresine Göre Genel Ortalamaların Veritabanı ve Çalışma Arasındaki Farkları (%)	65
Şekil 7.1 Hasta Güvenlik Boyutuna Verilen Pozitif Karşılaştırmalı Yanıt Dağılımları	71

1. ÖZET

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN ÖLÇÜMLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Hastalar sağlık kurumlarından dolayı advers olaylar ile karşılaşmakta sakatlanmakta ve hatta ölümlerle karşılaşmaktadır. Bunlar günümüzde ölüm sebepleri arasında ilk 10 içerisinde yer almaktadır. ABD Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'nın hastane sağlık kültürü ölçümüne dair "Hastane ortamında Hasta Güvenlik Kültürünün Ölçülmesi Anketi" dünya genelinde yaygın olarak kullanılmaktadır. İstanbul'un 7 ayrı ilçesinde bulunan Özel bir Hastaneler Grubunun 8 hastanesinde yapılan hasta güvenliği kültürü ile ilgili Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri Ortalama Pozitif Yanıtları şu şekildedir: Birimler İçinde Takım Çalışması %65, Danışman / Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Artırma Eylemleri %45, Örgütsel Öğrenme - Sürekli İyileştirme %63, Hasta Güvenliği için Yönetim Desteği %60, Genel Hasta Güvenliği Algıları %63, Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim %68, İletişim Açıklığı %54, Rapor Edilen Olayların Sıklığı %66, Birimler Üzerinde Takım Çalışması %55, Personel %37, Hasta devri ve Transisyonlar %57, Cezasız Hata Yanıtı %33. Hastanelerin Hasta Güvenlik Düzeyi ile ilgili olarak katılımcıların hastanelerindeki çalışma alanını/ üniteleri hasta güvenliği genel notu şu şekildedir: %9 mükemmel, %41 Çok iyi, %38 Kabul edilebilir, %8 Zayıf, %4 Hatalı olarak cevaplamıştır. Hastanelerindeki katılımcılar tarafından son 12 içerisinde bildirilen ters olay sayısı şu şekildedir: %68 hiç rapor etmemişken, %19 senede 1-2, %9 3-5, %2 6-10, %2 11-20, %1 21 ve üzeri ters olay bildirimini yapmıştır. Çalışmamız Hastaneler İstanbul'daki 8 ayrı hastane bünyesinde olan bütün hastanelerdeki hasta güvenliği tutumunu ortaya koymuştur. Çalışmanın hem özeldem hem de genelde hasta güvenliğine olan katkılarının büyük olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: hasta güvenliği, hastane güvenliği kültürü, sağlık kalitesi

2. ABSTRACT

A RESEARCH ON MEASUREMENT OF PATIENT SAFETY CULTURE

Patients encounter adverse events due to health facilities, become disabled and even face deaths. These are among the top 10 causes of death today. The US Health Research and Quality Agency survey “A Hospital Survey on Patient Safety Culture” of hospital health culture measurement is widely used around the world. Patient Safety Culture Composites- Average Level % Positive Response Results for 8 hospital in İstanbul: Teamwork Within Units 65%, Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety 45%, Organizational Learning--Continuous Improvement 63%, Management Support for Patient Safety 60%, Overall Perceptions of Patient Safety 63%, Feedback & Communication About Error 68%, Communication Openness 54%, Frequency of Events Reported 66%, Teamwork Across Units 55%, Staffing 37%, Handoffs & Transitions %57, Nonpunitive Response to Error %33. Overall respondents participating in the Patient Safety Grade for an Hospitals Group answered the survey item “please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety results” the percentages are as follows: 9% Excellent, 41% Very good, 38% Acceptable, 8% Poor, 4% Failing. And the number of events reported for Hospitals Group in the past 12 months: 68% None, 19% 1 to 2, 9% 3 to 5, 2% 6 to 10, 2% 11 to 20, 1% 21 or more. Our study has demonstrated the patient safety attitude in 8 hospitals in Istanbul. It is thought that the contribution of the study to patient safety both in private and in general can be significant.

Key Words: patient safety, patient safety culture survey, healthcare quality

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastaların sağlık kurumları içerisinde geçirdikleri süreç ve/veya sürecin sonucu karşılaştıkları advers olaylar sonucu zarar görmeleri, sakatlanmaları ve ölümleri günümüzde ölüm sebepleri arasında ilk 10 içerisinde yer almaktadır. Düşük ve orta ölçekli gelire sahip ülkelerde hasta güvenliği göz edilmeksizin yapılan tedavi ve müdahaleler ile yılda toplamı 2,6 milyonu ölümlü 134 milyon advers olay gerçekleşmektedir. Gene düşük ve orta ölçekli gelire sahip ülkelerde düşük, kaliteli bakım sonucu ortaya çıkan zararın oluşturduğu, üretkenlik kaybının yılda 1,4-1,6 trilyon dolar civarında olduğu rapor edilmiştir (1).

Yüksek gelirli ülkelerde hastane gördükleri bakım sürecinde her 10 hastadan 1' inin zarar gördüğü belirlenmiştir (2).

Hasta güvenliği tanımı ve sağlık sağlayıcı birim (hastane, dispanser, sağlık ocağı/merkezi) kalite yönetim davranışı birbiri içerisine geçmiş kavramlardır. Birim içerisinde hastaya zarar vermeksizin bakım;

- Sağlık biriminin hatalarını önleme, öngörme, yönetme,
- Oluşan hatalardan öğrenme,
- Sağlık çalışanları, organizasyon ve hastaların beraberce güvenlik kültürünü anlama, uygulama ve içselleştirmeleri ile gerçekleşebilir (3,4,5).

Bir örgütün güvenlik ve kalite kültürü tanımı; bireysel ve grup olarak sahip oldukları değerlerinin, tutumları, algılarının, yeterliliklerinin ürünüdür ve kurumun sağlık, kalite ve güvenlik yönetiminin tarzı ve yeterliliğinin belirleyicisi ve yönlendiricisidir. Olumlu bir güvenlik ve kalite kültürüne sahip kuruluşlar; karşılıklı güvene dayalı iletişim, güvenliğin ve kalitenin önemine dair ortak algı ve sürdürülebilir önleyici tedbirlerin etkin şekilde alınması ile karakterizedir (6).

Hastaneler, hasta güvenliği ve kalite süreçlerini yükselttikçe, hastane yönetimleri “güvenlik kültürü” kavramının önemini anlamakta ve benimsemektedir. Bu tarz bir kültür, liderlik becerileri yanı sıra, hastane çalışanlarının organizasyonel değer ve inanç normlarında, neyin önemli olduğu, hangi davranışların ve tutumların

kabul edilebilir ve beklenir olduğunu anlamalarına ve içselleştirmelerine dayanmaktadır (7).

Hasta güvenliğinin iyileştirilebilmesi için, veri toplanması ve var olan sistemdeki sorunları yanıtlayacak stratejilerin geliştirilmesi ve çalışanların çekinmeksizin hatalarını bildirilebileceği bir hasta güvenlik kültürünün oluşturulması önemlidir (8).

Kısacası hasta güvenliği kültürü, takım çalışması, liderlik, iletişim, öğrenmeyi ve hastayı merkeze alan bir kalite yönetim kavramıdır (9).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından hasta ve sağlık çalışanları güvenliği ve ilgili yapılan başlıca düzenlemeler şunlardır (10):

1. 01.09.2008 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinde hasta ve çalışan güvenliği konularına geniş yer verilmiştir”,
2. Güvenli cerrahi uygulama protokollerinin yaygınlaştırılması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü “Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi için Uygulama Kılavuzu”nu sağlık kurumlarının kullanımına sunmuş, sağlık bakanlığımızca benimsenmiştir.
3. Hizmet Kalite Standartları Rehberi yayınlanmış ve içeriğinde hasta güvenliği için hangi çalışmalar yapılması gerektiği, hasta güvenliğinden sorumlu bir ekibin bulunması ve düzeltici-önleyici faaliyetler ve iyileştirmeler yapması, kimlik tanımlayıcıların kullanılması, ilaç güvenliği, düşme riski, mavi kod uygulaması, sözel istemlerin uygulanması, tedavi planı hakkında yapılması gerekenler, güvenli cerrahi uygulamalar için alınması gereken önlemler, enfeksiyon riskinin azaltılması, bilgi güvenliği politikası, ilaç güvenliği politikası gibi hasta güvenliği önlemlerine yer verilmiştir.
4. “Örnek Uygulamalar Rehberi: 2008 yılında hizmette kalite standartları ile ilgili çalışmalarda yol gösterici bir kaynak olarak yayınlanmıştır. Rehberde hastane uygulamalarından örnekler yer almakta olup bu rehber bilgilendirmek amacıyla yayınlanmıştır”,
5. “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ: Bu tebliğ, “Sağlık Bakanlığı ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü” nün

liderliğinde sektör temsilcilerinin katılımıyla hazırlanıp 29 Nisan 2009 tarihinde yayınlanmıştır. Bu tebliğ, sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının çerçevesini belirlemektedir,

6. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik: Sağlık bakanlığı tarafından Nisan 2011’de hazırlanan 27897 sayılı hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik resmî gazetede yayınlaması ile yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik üç bölüm ve 12 maddeden oluşup hasta güvenliğine ilişkin şimdiye kadar hazırlanmış en kapsamlı çalışmadır. Yönetmeliğin 6. maddesi ve 8. maddesi doğrudan hasta güvenliğine ilişkin uygulamaları kapsamaktadır.

Hasta güvenlik kültürünün ölçülmesinde en güncel yaklaşımlardan biri; hasta güvenliği ile ilgili olarak bir organizasyonda neyin ödüllendirildiği, desteklendiği, beklendiği ve kabul edildiğinin ölçülmesi yöntemidir.

Bu çalışma kapsamında İstanbul’da bulunan Özel bir Sağlık Grubu çalışanlarında hasta güvenlik kültürünün düzeyinin ölçülmesi planlanmaktadır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Tıbbi Zarar

Son on yılda, tıbbi hata ve hastalara zarar verme konularında, bir dizi trajik sağlık olayı rapor edilmiştir. Sağlık hizmetini daha güvenli hale getirme ihtiyacına ilişkin profesyonellerce ve idari yönetimlerce raporlar sunulmuştur. Tıbbi zarar probleminin yaygın bir şekilde kabulü ve farkındalığı ve en azından bazı alanlarda, bununla başa çıkma konusundaki kararlılık var. Görünen o ki, şimdi tıbbi hatayı ve hastalara zarar verdiğimizizi ancak tam olarak anlayabiliyor. Bununla birlikte, tıbbi zararın farkındalığı ve azaltılması için çabalar tıptaki kadar eskidir ve “herhangi bir insana zarar vermektense veya yanlış yapmaktan kaçınmak” için Hipokrat'ın klasik söylemine dayanır.

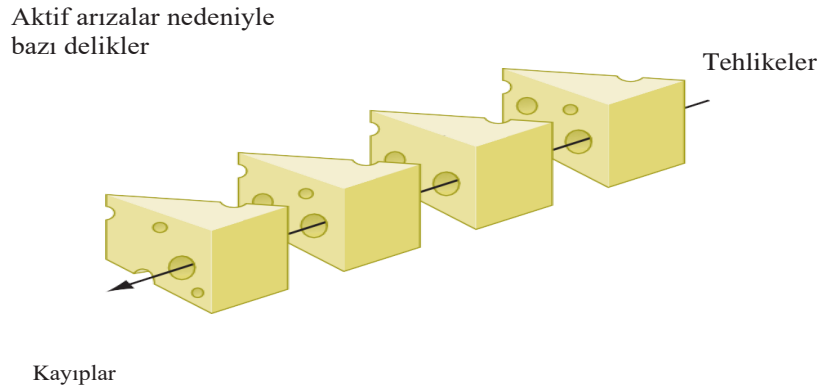
Tedavi hastalıktan daha kötü olabilir. Tıp her zaman doğası gereği riskli bir alan olmuştur, yarar ve tedavi umutları her zaman zarar verme ihtimaliyle ilintilidir. “Farmakos” kelimesi hem ilaç hem de zehir anlamına gelir; “öldür-kill” ve “iyileştirme-cure” kelimeleri eski Yunancada birbirine benzemektedir (11).

Tehlikeli tedaviler zararın bir şekliydi. Bununla birlikte, hastaneler hastaların sadece orada olmasından dolayı, yeni hastalık kapıldığı ikincil bir zarar kaynağı olabilir. 19. yüzyılın ortalarına gelindiğinde anestezi, ameliyatları daha az travmatik hale getirdi ve cerrahların tedbirli ve emin olarak ameliyat yapmalarına imkân sağladı. Ancak, enfeksiyon yaygındı. Sepsis ve kangren o kadar yaygındı ki; ameliyat için hastaneye girenlerin savaş alanındaki askerlerden daha fazla ölüm ihtimaline maruz kaldıklarını ifade eden çalışmalar mevcuttur (11).

Chantler'in (1999) gözlemlediği gibi, tıp basit, etkisiz ve nispeten güvenli olmuştur; şimdilerde ise karmaşık, etkili ve potansiyel olarak tehlikelidir. Yeni inovasyonlar yeni riskler getirir, daha fazla güç daha büyük zarar olasılığı getirir ve yeni teknolojiler öngörülemez sonuçlar ve ölümcül tehlikeler için yeni sebepler sunar. Tabii ki basit, iyi bilinen sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında dahi bugün ilgili tehlikeler hala devam edebilmektedir (12).

Tıp tarihi boyunca hastalıktan daha kötü olduğu kanıtlanmış tedavi örnekleri vardır. İlaç olarak cıva ve arsenik uygulamasının, Benjamin Rush'ın cüretkâr kanama kürleri, 1940'larda lobotominin yaygın kullanımı ve 1960'ların talidomid faciası örnek olarak gösterilebilir (13).

Şimdilerde bunların tedaviden çok zarar verici oldukları anlaşılmıştır. Üstelik, bu tedavileri hastalarına uygulamış olan doktorlar, hastaların acılarını hafifletmek isteyen, akıllı, fedakâr, kararlı doktorlardı. Zarar verme olasılığı, özellikle bilgi ve tecrübe sınırlarında, tıp uygulamalarına özgüdür. Modern tıbbın ilerlemesi, tıbbi hataların artık tarih olduğu düşündürebilir. Bununla birlikte, tüm gelişmelere rağmen, modern tıp geçmişte olduğundan daha büyük potansiyeline sahiptir ve hatta daha büyük zararlar vermektedir.



Şekil 4.1 "İsviçre Peyniri" Diyagramı.

Örgütsel kazaların riskini yönetme hipotezlerinden biri İsviçre Peyniri hipotezidir. Sebep, çoğu zamanın bir sistemde bir dizi "gizli hata" bulunduğu ve belirli bir durumda sıraya girdiğinde bir kazaya neden olduğunu gösterir (22).

4.2. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği bilimi nispeten genç. İlk öncüler, 1850'lerde güvenliğin yönlerini tanımladılar, ancak bugün bildiğimiz bilim, 1990'ların ortalarından itibaren büyük ölçüde büyüdü. Hasta güvenliği bir görev veya bir dizi teknik müdahale değildir. Hasta güvenliği bir zihniyettir, yaptığımız her şeyde. Güvende hissetmek hastalarımız için en önemli ihtiyaçlardan biridir. Güvende ve güvende olmak. Hastaları güvende tutma eylemi, sürekli olarak uyanık olmakla ilgilidir; Her günün her anının ne olduğunu fark etmek ne zaman doğru gittiğini anlamak ne zaman yanlış gidebileceğini fark etmek ve yanlış gittiğinde fark etmek. Bu bilgiyle, davranış ve pratiğimizi sürekli olarak uyarlarız; performansımızı veya çalışma şeklimizi daha güvenli olacak şekilde sürekli olarak iyileştiririz. Hasta güvenliği, bir araya getirildiklerinde önemli bir iyileşme sağlayan herhangi bir işlemden küçük adımların bir araya geldiğinde artarak iyileştirmeler yapma halidir. Tek bir kişi ya da herkese uyan tek bir yaklaşımla ilgili bir çözüm değildir.

Hasta güvenliği ile kalite farklı şeyler olup kalitenin bir altkümesi değildir. Daha güvenli bir sisteme ulaşmak için emniyet bilimi yöntemlerini uygulayan eşsiz bir sağlık hizmeti uzmanlığıdır. Güvenlik kalite ile aynı olmayıp, etkinlik veya güvenilirlik ile de farklı şeylerdir. Sağlık hizmetleri yüksek kalitede olabilir ancak güvensiz olabilir; etkili ve güvenilir olabilir ancak güvensiz olabilir. Ayrıca güvenli olabilir, ancak kalitesi düşük, etkisiz olabilir. Hasta güvenliğinin genel olarak kalite iyileştirme ile ilgili olmayan benzersiz yönleri vardır. Bunlar, kullanımı kolay ve hataların sezgisel olarak tespit edilebildiği ve mümkün olduğunca hataya dayanıklı hale gelmesi için önleyici risk analizi ve tasarım ekipmanı ve sistemi tasarlamamanın yanı sıra, işlerin neden yanlış gittiğini gerçekten anlamak için araştırma yöntemlerini kullanmak gibi unsurları da içerir.

Odak noktanın, hasta güvenliğinin iki önemli bileşeni olan insan hatası ve riskini anlamaktan, kalite ve kalitenin iyileştirilmesine evrilmiş olduğu düşünölmektedir. Bu, dikkati hem hasta güvenliğinin spesifik yönlerinden uzaklaşıyor hem de politika, araştırma ve kaynakları emniyet ve emniyet geliştirilmesinden de uzaklaştırıyor. Güvenlik arayışı; kalitenin, etkinliğin ya da deneyimin diğer yönlerini takip etmeye

karşı olmak değildir, yalnızca kalitenin basit bir bileşeni olmaktan ziyade, güvenliğe farklı ve ayrı bir odaklanma durumudur. Güvenlik, diğer tüm alanlarda yüksek performans elde etmek için önemli bir yapı taşıdır. Kaliteye odaklanılırsa önemi gözden kaçırılmış olur.

Yerine koyabileceğimiz tüm zorluklara veya teknik engellere rağmen, biz insanız ve her zaman yanılma payımız vardır. Güvenliğin esası insanları güvende tutmaktır. Bu genellikle güvenli bir davranış ve güvenli olmayan bir davranış arasındaki son bariyerdir. Çoğu sektörde ve özellikle sağlık hizmetlerinde, insanlar birbirine bağımlıdır. İnsanların nasıl karşılaştıkları, nasıl etkileşime girdikleri, nasıl iletişim kurdukları ve nasıl birlikte çalıştıkları güvenliği sağlayabilir veya güvenliği bozabilir.

Macrae, çalışmasında “asla güvende olmayacağız” diyerek hasta güvenliğinin hiçbir zaman sıfırlanamayacağını ima etmiş oluyor. Sağlık her zaman risk taşır; insanlar daima yanılabilir. Ancak, hastalara zarar vermek, modern sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir parçası olarak görülmemelidir. Güvensiz hasta bakımı, her yıl birçok bireysel trajediyle sonuçlanmaktadır hem hastalar hem de hastaların bakımlarını üstlenenleri etkilemektedir. Daha fazla hayat kurtarmak ve önlenebilir hasta zararını önemli ölçüde azaltmak için, hasta güvenliği değişikliğine ihtiyaç vardır. Sağlık güvenliği kritik bir alan olup aynı zamanda etik ve kişisel bir bileşeni de vardır bu nedenle hasta güvenliği bizim temel işimiz olmalıdır (14).

Hasta güvenliğine ilişkin literatür araştırmaları 1980'lere ulaşana kadar çok az şey ortaya koymaktadır. Anestezi uzmanları, hasta güvenliği kavramlarını ilk olarak benimsemiş olup 1980'lerde hasta bakım güvenliğini ele alan lider uzmanlık dalı haline geldi. Anestezi uzmanları, 1984 yılında ABD grubu Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı'nı (APSF) oluşturmanın yanı sıra ölümler ve yaralanmalarla ilgili sempozyumlar düzenlediler. Bu ilginç bir şekilde hasta güvenliği teriminin ilk kullanımı olabilir. 1989 yılında Avustralya'da Avustralya Hasta Güvenliği Vakfı anestezi olaylarını ve hatalarını yakalamak için kuruldu. Bu dönemin öncüleri Jens Rasmussen, James Reason, Lucian Leape, Charles Vincent ve Don Berwick olup çok farklı geçmişlere sahip olsalar da hasta güvenliği konusunda benzer sonuçlara vardılar.

1980'lerden itibaren, 1990'ların ortalarında hasta güvenliği ile ilgili bilgiler artmaya başladı. Örneğin, Birleşik Krallık'ta 1995 yılında, dava taleplerini azaltmaya

odaklanan ulusal bir kuruluş olan NHS Dava Kurumu (NHS Litigation Authority, NHSLA) bir dizi risk yönetimi standardı yayınlamıştır. Bu, iyi uygulamaların tanıtımını teşvik etmek ve klinik taleplerin sayısını ve değerini azaltmak için bir dizi standarttan oluşmaktaydı. Tavsiye ve rıza, sağlık kayıtları ve indüksiyon, eğitim ve yetkinlik ve olay raporlama gibi çeşitli önemli risk alanlarını kapsamaktaydı.

Yirmi birinci yüzyılın başlarında, hasta güvenliği üzerindeki dikkatler önemli ölçüde arttı. İki dönüm noktası olan devrim niteliğindeki rapor: *To Err Is Human* raporu Amerika Birleşik Devletleri'nde Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi (1999 tarihli Tıp Enstitüsü) tarafından yayımlanmış ve An Organisation with a Memory raporu, Tıbbi Görevliler Uzman Grubu (2000) raporu Hasta güvenliğini tanımlıyorlardı ve daha önce hiç olmadığı kadar hata, ters etkiler ve zararlar üzerine yoğunlaşıyorlardı.

To Err Is Human, ilgili güvenlik sorunlarının araç kazalarından, meme kanserinden veya AIDS'ten daha fazla ölüme neden olduğunu ve bu ölümlerin büyük ölçüde önlenemez olduğunu deklare etmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde güvenlik konusundaki bilgi tabanını geliştirmek amacıyla araştırma, ilgili araçlar ve protokollerle ulusal bir iş birliği yapılmasını raporlamaktadır. Raporda, ülke genelinde halkın zorunlu güvenlik raporlama sisteminin olması gerektiği belirtilmiştir. Güvenlikle ilgili iyileştirmelere yönelik performans standartlarının ve güvenlik beklentilerin yükseltilmesine yardımcı olmak amacıyla hataların ve gözetim kuruluşlarının tanımlanması ve öğrenilmesi gerekiyordu.

İngiltere'de bu süre zarfında, Sağlık Bakanlığı kendi “seferberlik çağrısını” yaptı: Belleğe sahip bir organizasyon, İngiltere ve Galler'den güvenlik olaylarını toplamak için ulusal bir ajans ve ulusal bir veri tabanı oluşturulmasını önerdi (2000). Bu İngiltere’de, 2001 yılında Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı'nın (National Patient Safety, NPSA) ve Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sisteminin (NRLS), 2005 yılında bugüne kadar devam eden bir hasta güvenliği veri tabanı olarak tasarlanıp hayata geçirilmesini sağlamıştır (15).

4.3. Güvenlik Kültürü

Hasta güvenliğine ilişkin insan faktörleri görüşü, temel risk kaynağının bireysel olmadığını ve risk kaynağının sisteme bağlı olduğu şeklindedir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, yönetimi, tasarımı, kaynak kullanımı ve teknolojisi bu risk kaynaklarının kaynağı sisteminin bileşenleridir.

Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yedi hastaneden biri yalnızca %20'nin üzerinde hemşirelik boşluğu oranları bildirdi. Bu aslında Amerika Birleşik Devletleri'ne özgü değildir. Hemşirelerin üçte biri 50 yaşın üzerinde olup, Baby Boomer kuşağına, hastanelerde bakımının zorunluluğu bir milyona kadar hemşirenin eksikliğini göstermektedir (16).

Ortaya çıkan herhangi bir başarısızlık, organizasyon veya yönetim tarafından rasyonalize edilebilir (örn. sistem sadece hata yapan kişiden kurtulması gerekir). Olumsuz olay oranlarının daha yüksek hasta-hemşire oranları ile arttığını gösteren veriler vardır. Cerrahi hastalarda, ortalama bir hemşire yediden fazla hasta için bakım yaptığında, hastanede %31 daha fazla ölüm riskine sahipti. Her ek hasta için ölüm oranı %7 arttı (17).

Benzer etkiler intörnler/ stajyer doktorlar veya genç doktorlar için de olabilmektedir. Başka bir çalışma, görüşme yapan kişi başına düşen hasta kabullerinin arttıkça, hastanın kalış süresi, maliyetler ve mortalite oranının arttığını göstermiştir (18).

Güvenlik kültürü ve örgütsel risk olumsuz olaylarla ilişkilidir. İyatrojenik (tedaviye bağlı olarak gelişen) zarar, başarısızlıkların ve insan hatalarının rastlantısallığından kaynaklanmaz. Aksine, yetersiz olan, agresif bir ortamda çalışma baskısı altında örgütsel davranışın sistematik bir sonucudur (19).

Tek bir günde 18 bypass operasyonu gerçekleştirmek veya haftada 120 saat çalışmak mümkünse bunu yapmamak için ne mazeret olabilir? ABD Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi (U.S. Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) tarafından belirlenen 80 saatlik stajyer doktor çalışma haftası limitinin rutin ihlali, hemşire yetersizliği kavramı gibi birçok duruma rastlanmaktadır.

Kültür terimi, sağlık hizmetlerinde güvenlik tartışmalarında birçok farklı şekilde kullanılmaktadır ve önemine dair birçok farklı hipotezde bulunulmuştur. 1998 yılındaki bir literatür kaydında güvenlik kültürüyle ilgili iki çelişkili düşünce şu şekilde sıralanabilir: Risk ve hata ile ilgili bilgileri gizleyen bilgiyi silen bir suçluluk kültürüne karşı hasta yaralanmaları olmadan hataları önleyebilmemizi veya hızlı bir şekilde kurtarmamızı sağlayan bir güvenlik kültürüne dönüştürmek gerekmektedir. (20).

Biraz ölümcül bir sabırsızlık kokteyli, bilimsel cehalet ve saf iyimserlik, güvenlik kültürü beklentilerimizi tehlikeli bir şekilde şişirmiş olabilir (21).

4.3.1. Güvenlik kültürü oluşturmak

Her iki ifade de doğrudur, ancak daha güvenli sağlık hizmeti mücadelesinde kültürün oynayabileceği farklı rolleri işaret etmektedir. Lucian Leape ve arkadaşları kültürü değiştirmekten bahsettiklerinde, hata ve güvenliğin ele alınma şeklindeki köklü bir değişime olan derin bir inanç ve bağlılığı yansıtırlar ve kültür değişinceye kadar başka hiçbir şeyin olmayacağı inancını yansıtırlar. Bununla birlikte, aslında güvenlik kültürünü değiştirmenin güvenlik üzerinde herhangi bir doğrudan etkiye sahip olduğuna dair nispeten az kanıt vardır. Cox ve Flin (1998), kavramın naif bir inancına, faydası için kanıtları çok iyi çıkardığına işaret etmektedir. Kültürü, kültürden kendi başına bir değişim gücü olarak değişim için gerekli bir temel olarak ayırdığımızda, bu iki bakış açısının uzlaştırılabileceğini göreceğiz. Ama önce kavramı biraz daha yakından incelemeliyiz (21).

Sağlıkta güvenlik kültürünün birçok yönü vardır. Güvenlik literatürünü incelemeye başlayan herkes, güvenlik kültürünün bazı önemli yönleriyle ilgili şaşırtıcı bir dizi tanımla karşılaşır: açık ve adil kültür, esnek, öğrenme, raporlama, üretken, dikkatli... Liste uzayıp gider. Kısmen, bu güvenlik kültürünün tam olarak anlaşılmadığını ve insanların tek bir tanım veya kavram kümesinin etrafında toplanmadığı anlatılır. Bununla birlikte, mevcut olmayan veya yetersiz olan güvenlik

kültürünün çeşitli örneklerinde görülebileceği gibi, bir güvenlik kültürünün önemli yönlerinin olduğu muhakkaktır.

İşler ters gittiğinde, bahane olarak hemen kültür sebep olarak gösterilmekte veya suçlanacak bir veya iki kişiyi aramaktır. Bunlara disiplin cezalarına veya meslekten men cezaları uygulanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hastalar ve hekimler giderek daha fazla öfke, suçlama, suçluluk, korku, hayal kırıklığı ve güvensizlik ile karakterize bir kültürde yaşıyor ve etkileşime giriyor. Kamuoyuna verilen cezayı daha da ağırlaştırarak karşılık vermişler. Klinisyenler ve bazı sağlık kuruluşları genellikle baskılara, duyarsız kalarak ve örtbas etme ile yanıt vermişlerdir. Bu yaklaşım başarılı olamadı (20).

Aşağıdaki iki vaka sağlık kültürünün olmadığına örnek olarak verilebilir.

- Genç bir çocuk, diş hekimliği muayenehanesinde uygulanan genel anesteziye girdikten sonra öldü. Ölümcül bir kaza soruşturması, bir dizi makul önlem alınması durumunda çocuğun ölümünün önlenebileceği sonucuna varmıştır. Acil bir durumda hastaların hızlı bir şekilde nakledilmesi için yerel bir hastaneyle bir anlaşma yapılmadı, anestezi verildiğinde kalp monitörü takılmadı, anestezi uzman bir yeterliliğe sahip değildi ve tüm personel tıbbi acil durumlarda eğitim almadı (2000).
- Hastane içinde, profesyonel olmayan, karşı tedavi edici ve onur kırıcı, acımasız uygulamaların gerçekleşmesine izin veren bir kültür olduğu saptanmıştır. Bu uygulamalar kontrol edilmedi ve hastanenin dikkatine sunulduğunda bile olmadığı belirtilerek görmezden gelindi hatta rapor kınandı. Görüşme yapılan bazı personel kabul edilen uygulama olarak gerçekleşen suiistimallerin ne olduğunu farkında değildi, tanımıyorlardı (yaşlı hastaların 2000 fiziksel ve psikolojik istismarı konusundaki bir soruşturmayı takiben İngiltere Sağlık İyileştirme Komisyonu Raporu).

Tüm bu örnekler güvenlik kültürü ile ilgili olup, güvenlik kültürü her şeyi kapsayan bir kavram gibi görünüyor. Kültürün aşağıdaki parametreleri güvenlik kültürünü anlamakta yardımcı olacaktır.

- Örgüt kültürü ve grup kültürü

- Güvenlik kültürü
- Açık ve adil bir kültür
- Suçluluğun değerlendirilmesi
- Öğrenme kültürü
- Yüksek güvenilirlik kültürü

Güvenlik kültürü, organizasyonun geniş kültürünün bir yönüdür. İngiltere Sağlık ve Güvenlik Komisyonu (1993), asıl olarak Nükleer Tesislerin Güvenliği ile İlgili Danışma Komitesi tarafından sağlanan birçok belgesinde aşağıdaki tanımdan alıntı yapmaktadır. Bu tanım temel özellikleri kısaca özetler: Bir kuruluşun güvenlik kültürü, bir kuruluşun sağlık ve güvenlik programlarına bağlılığını ve stilini ve yeterliliğini belirleyen bireysel ve grup değerlerinin, tutumların, yetkinliklerin ve davranış kalıplarının ürünüdür. Olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kuruluşlar, karşılıklı güvene dayalı iletişim, güvenliğin önemine dair ortak algılar ve önleyici önlemlerin etkinliğine duyulan güven ile karakterize edilir (22).

Güvenlik kültürü organizasyondaki herkesin bireysel tutum ve değerleri üzerine bir kurulumdur. Güvenlik kültüründe güçlü bir organizasyon ve yönetim taahhüdü asıl kasıt olup organizasyonun her aşamasında güvenlik ciddiye alınmalıdır. İcra Kurulu, hasta ve çalışanların güvenliğini ön planda tutan, kurum genelinde etkili açık ve kararlı bir liderlik sağlamalıdır. Servislerdeki temizleyiciler enfeksiyon risklerinin bilincinde olmalı, hemşireler potansiyel ekipman sorunları konusunda uyanık olmalı ve uyuşturucu tehlikeleri ve yöneticileri olay raporlarını izlemelidir. Son olarak, ACSNI komitesinin belirttiği gibi bir güvenlik kültürü üretmek ve sürdürmek uzun vadeli, sistematik ve sürekli bir süreçtir. Bir güvenlik kültürünü geliştirme ve sürdürme işinin sonu gelmez her zaman daha iyisi vardır.

4.3.2. Kusurun değerlendirilmesi

Bir “olay” hastanın zarar görüp görmediğine bakılmaksızın her türlü hata, yanlış, olay, kaza veya sapma olarak tanımlanmaktadır. “Hasta güvenliği” hasta bakımı

yaralanmalarının veya sağlık hizmeti sunumunun yol açtığı olumsuz olayların önlenmesi ve kaçınılması olarak tanımlanmaktadır.

Kusur hakkındaki bu kararlara biçim ve yapı kazandırmak için, Boeing, bakım hatası için, böyle bir hatanın oluşumunda yer alan psikolojik prensiplerin bir adım şeklinde verilmiş olduğu bir karar yardımı geliştirmiştir. Karar ağacı hatanın niteliği, bağlamın etkisi ve etkili faktörleri, sağlık ve baskılar vb. parametrelerden oluşmaktadır. “Ulusal Karar Güvenliği Ağacı”nı oluşturmak üzere İngiltere Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı tarafından uyarlanan daha genel bir “kusur matrisi” oluşturuldu (23).

NPSA Olayı Karar Ağacının yapısı şu şekildedir: Temel olarak, olay araştırıldıktan ve nedenlerine birtakım düşünceler verildikten sonra bir dizi soru sorulur. Eylemler kasıtlı mıydı? Eğer öyleyse, zarar vermek veya vermemek gibi bir niyet var mıydı? Herhangi bir tıbbi durumun kanıtı var mı? Kararlaştırılan protokollerden bir ayrılma oldu mu? Örneğin, bir personel hemşiresinin, reçete yazılmasını beklemeden şiddetli ağrılı yaşlı bir hastaya bir doz diamorfin verdiğini varsayalım. Bu haklı mı? Potansiyel olarak, başka bir seçenek yoksa. Bununla birlikte, ilgili doktora başvurma girişiminde bulunmadığını varsayalım. Bu durumda eylemleri açıkça kasıtlıydı, protokollerin ihlali kasıtlı ve gereksizdi. Diğer durumlarda da protokoller ve prosedürler hala göz ardı edilmiş olabilir. NPSA, işe gelmeyen meslektaşının açığını kapatmak için ara vermeden 15 saat görevde iken, fetal kalp ölçümlerindeki tutarsızlıkları fark etmeyen ebe örneğini verir. Son olarak, “doğru” eylemin kesin olarak net olmadığı ve risklerin faydalardan daha ağır basıp basmadığına dair bir yargıya varılması gereken durumlar gibi zorlu alanlar vardır. Karar yardımı övgüye değer bir şekilde değer bir şekilde bu alanları açıklamaktadır (www.npsa.nhs.uk).

Olay karar ağacını kullanmak, vakanın ilk bir analizini ve nedenlerin ve etkide bulunan faktörlerin ve ilgili kişilerin niyet ve koşul ağının bir yansımasını gerektirir. Birisinin desteklenmesi, övülmesi veya disipline edilmesi gerektiğine karar vermek hiç kolay değildir. Resmi karar süreci, nihai kararı açıklamalı, ilgili personele adil olmalı ve o sağlık kuruluşunun gelecekteki hastalarının çıkarlarını sağlamalıdır.

4.3.3. Güvenlik kültürünün ölçülmesi

Genel olarak güvenlik kültürünün birçok yönü olduğu anlaşılmaktadır. Kavramı netleştirmek ve geçerliliğini değerlendirmek için önce onu ölçmek gerekir ve ikinci olarak güvenlik kültürünün gerçekten de hata veya olay oranları gibi diğer güvenlik endeksleriyle ilgili olup olmadığını görmek gerekir.

Bu araçların bir kısmı valide edilemedi, çünkü güvenlik ortamının ölçümleri kaza oranlarıyla ilişkiliydi. Nieva ve Sorra'nın on Hasta Güvenliği Konusunda Hastane Anketi'ni en iyi geliştirilmiş anketlerden biri olarak tanımlanmaktadır, ancak bu diğer bazı ölçüm araçları kadar yaygın olarak kullanılmamıştır. Bu çalışmaların bazıları, kültür puanlarının klinisyenlerin güvenli davranış raporları ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Güvenlik kültürü konusundaki tüm heyecan verici gelişmelere rağmen, henüz olumlu bir güvenlik kültürünün gerçekten hastalara verilen zararın azalmasıyla ilişkili olduğuna dair kanıtlar çok azdır (24).

Hasta güvenliği konusunda hastane araştırması aşağıdaki hususları kapsayan 42 maddeden oluşmaktadır (24).

- Gözetmen / yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini arttıran eylemler.
- Örgütsel öğrenme ve sürekli gelişim.
- Birimler içindeki ekip çalışması.
- İletişim ve açıklık.
- Hata ile ilgili geri bildirim ve iletişim.
- Hataya cezai olmayan cevap.
- Personel seviyeleri.
- Hasta güvenliği için hastane yönetimi desteği.
- Hastane birimlerinde ekip çalışması.
- Hastane devri ve transisyonu.

Güvenlik kültürü anketleri, güvenlik gündemini iletirmek, klinisyenleri ve yöneticilerin ilgisini çekmek için basit bir şekilde hazırlanmıştır. Peter Pronovost ve John Hopkins'teki meslektaşları, hasta güvenliğini artırma girişimleri için liderlik için

kısa bir güvenlik kültürü anketi ve bazı stratejiler kullandı. Üst düzey yöneticiler güvenliği, hasta güvenlik komitesi üyelerinden daha çok algıladılar ve ön saf personeli, acil durumdaki denetçilerinin üst düzey yöneticilerden daha emniyetle ilgilendiğini algıladı (25).

Singer ve ark. (2003, 2009) ayrıca sağlık yönetiminin ön saftaki klinik personelinden çok daha fazla olumlu tutum ve deneyime sahip olduğunu bulmuştur. Bunun ön saf personeli ve orta düzey yöneticilerin üst düzey personel brifinginde güvenlik sorunları hakkında bilgi verme eğiliminde olmaları gerektiğini ileri sürüyorlar; bu da üst düzey yöneticilerin kuruluşlarının gerçek durumlarını ve güvenlik konusunda gereken eylemin derecesini anlamalarını çok zorlaştırmaktadır. Alternatif olarak, sonuçlar, üst düzeyde gerçek bir emniyet taahhüdüne sahip olduğunu ima edebilir. Bu araştırmalar, üst düzey liderlerin güvenliği artırma çabalarında ön safha personelinin daha görünür olması gerektiğini, çok daha proaktif bir stratejik planlama ihtiyacının ve ayrıca klinisyenleri hasta güvenliği konusunda eğitmenin gerekli olduğunu vurguladı (26, 27).

Bu, böyle bir stratejinin ve hasta güvenliği konusunda hastane çapında bir eylem programının geliştirilmesini teşvik etmiştir (26, 27).

Bu tez çalışmasının amacı, bir özel üniversite hastaneler grubunda çalışanların hasta güvenliği kültürünün incelenmesidir.

4.1. AHRQ Hasta Güvenliği Anketi Hakkında

Kontrol listeleri de hasta güvenliğini arttırıcı etkilere sahiptir. Haynes ve ark. (2011), WHO Güvenli Cerrahi Tasarruf Yaşamları kontrol listesini kullanan ameliyathane personeli nedeniyle güvenlik ve takım çalışması ortamının değişip değişmediğini test etmeye karar vermiştir. Anketlerin ameliyathaneye özgü güvenlik ve ekip çalışması iklim araştırması maddeleri, bu kontrol listesinin uygulanmasından önce ve sonra ameliyathanelerde (yani cerrahlar, hemşireler, anestezi uzmanları, vb.) çalışanlara uygulandı. Anket maddelerinin içeriği ameliyat öncesi ameliyathane personelinin brifinginde hastanın güvenliğinin önemi ve meslektaşlarının hasta

güvenliği ile ilgili endişelerini bildirmeye teşvik edilmesi konusunda idi. Sonuç olarak araştırmacıların kullandıkları ölçek, kontrol listesinin uygulanmasından önce ve sonra önemli farklılıklar göstermiştir. Bu sonuçlar, güvenlik ve ekip çalışması ortamının cerrahi kontrol listelerinin uygulanması sonucunda olumlu yönde değiştiği teorisini desteklemektedir (28).

Çalışmanın yukarıdaki tablolarının daha iyi anlaşılması için AHRQ hakkında aşağıdaki bilgilerin bilinmesi faydalı olacaktır. Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ), Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı'ndaki 12 ajanstan biridir. Güvenlik kültürü hasta güvenliği konusunun önemli bir bileşeni olmuştur. Hakkında öğrenilen dersler yüksek tehlike veya yüksek emniyet kültürü olan diğer endüstriler; havacılık, nükleer risk ve petrokimya endüstrisi gibi alanlardan etkilenecek sağlık hizmetlerinde risk ve tehlikeleri ile başa çıkma yaklaşımımızı etkilemiştir (29, 30, 31).

Bir örgütün kültürünü ve örgütsel cevap türlerini şekillendiren patolojik, bürokratik ve üretici olmak üzere üç baskın olgunun sağladığını ortaya konmuştur. Yanlış yönlendirmelere sahip organizasyonların, düşük iş birliğine sahip olduğu görülmüştür. Bu tür kültürler mevcut olan sorunları gizler, her şeyin yolunda olduğunu farz ederler, aksine bilgilendirmeleri hoş karşılanmazlar. Bürokratik örgütlenme içeren organizasyonların mütevazı dar bir odaklanma ile iş birliği, kural ve düzenlemelerle uyum sağladığı ortaya konmuştur. Üretici örgütlenme içerisinde olanlar ise yüksek iş birliği içerisinde olup yenilikleri, riskleri ve tehlikeleri tanımlanmıştır. Westrum'un tipolojisinin yüksek riskli organizasyonları anlamak için yararlı olduğu kanıtlanmıştır (32, 33).

ABD Tıp Enstitüsü'nün (IOM) *To Error is Human* adlı temel raporunda, sağlık hizmetlerinin, sağlanan bakımın kalitesini ve güvenliğini arttırmak için bir güvenlik kültürü geliştirmelerini tavsiye etmektedir. ABD Sağlık Araştırmaları ve Kalitesi Ajansı (AHRQ), 1999'daki mevzuatıyla hasta güvenliği ve tıbbi hata ile ilgili sorunları ele almak üzere önde gelen federal ajans olarak kabul edilmiştir. 2001 yılında AHRQ'nun IOM raporunda uygulanabilir önerilere yanıt verdi, *To Err is Human* (34).

AHRQ hasta güvenliğindeki rolüne ek olarak, çeşitli federal kurumların hasta güvenliğini ele almak için birlikte ya da ayrı ayrı yapabilecekleri etkinlikleri yönetmek

üzere bir Kalite Uyum Koordinasyon Görev Gücü (Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC) kurulma sürecini yönetti. Hasta Güvenliği için Önemli olan QuIC raporu: Tıbbi Hataları ve Etkilerini Azaltmak için Federal Eylemler, QuIC ve katılımcı kurumlarının, devlet kurumları veya özel sektörle birlikte yapabilecekleri 100'den fazla eylemi açıkladı. QuIC, ABD'de sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini arttırma hedefine yönelik koordineli bir şekilde çalışmasını sağlamak için federal kurumları başarıyla bir araya getirmiştir (35).

AHRQ ve QuIC'in karşılaştığı zorluklardan biri güvenlik kültürü konusu olup, IOM tarafından belirlenen ve bu yönergede pratik ve uygulanabilir programlar ve projelerdi. Her şeyden önce sorulan soru bir örgütün emniyet kültürünün nasıl ölçüleceği idi. Sağlık hizmetinde ortak bir zihinsel model geliştirmek için güvenlik kültürü hakkında ortak bir anlayış oluşturmaya kritik bir ihtiyaç vardı. Takım eğitimi araştırmacıları özellikle paylaşılan zihinsel modellerin genel tanımları ve ortak bilişi içeren teorileri açıkça ifade etmişlerdir. İlk kuramda paylaşılan zihinsel modeller; ekiplerin eylemlerini koordine etmesini, yaygın olarak tutulan bilgi yapılarına sahip olmaları gerektiğini ve paylaşılan performans beklentilerine dayalı davranışı tahmin etmelerini önerir (36).

AHRQ için kilit konular; kritik unsurları tanımlamak veya hasta güvenliği kültürünün boyutları ve bu boyutların olup olmadığını belirleme etkili bir şekilde ölçülecek şekilde olmasıydı. Bir diğer önemli konu, kültürün bir örgüt olarak bütünü veya aynı zamanda bileşen kısımlarının kuruluşu ait olup olmadığıydı (33).

Sağlık hizmetlerinde örgütün bu meselesi, bütün kısımlarına karşı kritik derecede önemlidir. Sağlık kurumları çoklu, farklılaştırılmış, özerk mikrosistemlerdir. Klinik bakım en sık klinik mikrosistem seviyesinde verilir (37, 38).

Edmondson (2004) örgütsel öğrenmede klinik birim yöneticisinin birim düzeyde bir kültürü şekillendirici olarak öneminden bahseder. Böylece her klinik mikrosistem veya başka bir klinik mikrosistemden farklı ve daha iyi bir kültür olabilir (39).

2007 yılında yayımlanan birinci yıllık karşılaştırmalı veri tabanı raporundan bu yana gönüllü olarak gönderilen verileri içeren veri tabanında yer alan hastane ve personel sayısı her yıl artmıştır. Hastane anketi 2012 Karşılaştırmalı Veri tabanı

Raporu 1.128 hastane ve 567.703 personelinin yanıtladığı sonuçları görüntüler. Bu çok sayıda hastane ve çok daha güvenilir kapsamlı kıyaslama kümesi anlamına gelmiştir (40).

Hasta güvenliği araştırmacıları, Güvenlik Tutumları Anketi AHRQ'nun Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Araştırması ve Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği Ortamı da dahil olmak üzere hasta güvenliği ortamını değerlendirmek için çeşitli araştırmalar geliştirmiştir. Anketler şunları ölçer; temel bulgular, kısıtlamalar ve araştırmaya ihtiyaç duyan gelecekteki alanlar açısından derinlemesine bir incelemesini sunmaktadır.

Sexton ve ark. (2006), anketler çalışma ortamının altı temel boyutunu sırasıyla Donabedian'ın (1988) ve Vincent ve arkadaşlarının (1998) güvenlik ve kalite çerçevelerine dayanarak değerlendirmek üzere oluşturulduğunu açıklamıştır. Altı boyut şunlardır: iş tatmini, yönetim algıları, güvenlik iklimi, stres tanıma, takım çalışması şartları ve çalışma koşulları. Bunlar aşağıdaki tabloda açıklanmıştır (41, 42, 43).

Tablo 4.1 Güvenlik Durum Anketlerinin Bazı Örnek Boyutları

Boyut	Tanım	Örnek Anket Ögesi
Güvenlik iklimi	Çevre ekip çalışmasına odaklanır	Burada bir hasta olarak tedavi edilseydim kendimi güvende hissedirdim.
Takım çalışması	Çevre ekip çalışmasına odaklanır	Buradaki doktorlar ve hemşireler iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.
Mesleki doyum	İş ile ilgili olumlu duygu ve düşünceler	Burası çalışmak için iyi bir yerdir.
Yönetim algısı	Yönetim gerekli desteği sağlar	Yönetim günlük çabalarımı destekliyor.
Stres tanıma	İşyerindeki rol stresi	Yorgunken işyerinde daha az etkili olurum.
Çalışma şartları	Genel çalışma ortamı kalitesi	Bu hastane yeni personelin eğitimi için iyidir.

Yönetim turları (Executive walk rounds, EWRs) hastanelerde emniyet kültürünü geliştirmek için tasarlanmış, yaygın olarak kullanılan ancak araştırılmamış bir

aktivitedir. Thomas ve ark. (2005) ve Frankel ve ark. (2005), hastanedeki güvenlik turları güvenlik iklimi alguları üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Hastaneler tipik olarak EWR'leri farklı şekilde uygularken, EWR'ler bazı ortak özellikleri paylaşır (44, 45):

- 1) Hastane yöneticileri tarafından yönlendirilir,
- 2) Yöneticiler, ön büro personelinden birim iyileştirme fırsatları hakkında girdi ister,
- 3) Yöneticiler, ön büro personelinden birim güvenliğini arttırma yöntemleri hakkında bilgi ister ve
- 4) Üst düzey liderler birim güvenliğini arttırma konusundaki fikirlerini yinelemişlerdir.

5. MATERİYAL VE METOT

Hastane çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün incelenmesini amaçlayan bu çalışma anketlerle veri toplanması üzerine tasarlanmış gözlemsel-kesitsel bir araştırmadır.

Veri toplama aracı olarak ilk defa Filiz (2009) tarafından Türkçeye çevrilerek uygulanan ABD Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Araştırma Departmanının hazırladığı, “Hastane Ortamında Hasta Güvenlik Kültürünün Ölçümlenmesi Anketi” (A Hospital Survey on Patient Safety Culture-SOPSTM Hospital Survey Version 1) kullanılmıştır (<http://www.ahrq.gov/qual/mosurvey12>, Erişim tarihi 14/07/2019).

Çalışma özel bir sağlık grubuna bağlı İstanbul’un farklı semtlerinde hizmet veren sekiz hastanede yapılmıştır. Çalışma grubu hastaneler vakıf üniversite hastanesi ve özel hastanelerden oluşmaktadır. Hastanelerin temel özellikleri aşağıda kısaca açıklanmıştır.

1. A Üniversite Hastanesi: İstanbul Avrupa yakasında hizmet sunan A Üniversite Hastanesi SGK ile anlaşmalı olarak hizmet sunmaktadır. 515 yataklı hastanede 70 sayıda klinik yer almakta ve 840 sağlık çalışanı ve 1225 diğer çalışanla sağlık hizmeti sunmaktadır.
2. B Özel Hastanesi: İstanbul Anadolu yakasında hizmet sunan B Özel Hastanesi SGK ile anlaşmalı olarak hizmet sunmaktadır. 72 yataklı hastanede 35 sayıda klinik yer almakta ve 280 sağlık çalışanı ve 243 diğer çalışanla sağlık hizmeti sunmaktadır.
3. C Üniversite Hastanesi: İstanbul Avrupa yakasında hizmet sunan C Üniversite Hastanesi SGK ile anlaşmalı olarak hizmet sunmaktadır. 72 yataklı hastanede 35 sayıda klinik yer almakta ve 205 sağlık çalışanı ve 207 diğer çalışanla sağlık hizmeti sunmaktadır.
4. D Üniversite Hastanesi: İstanbul Avrupa yakasında hizmet sunan D Üniversite Hastanesi SGK ile anlaşmalı olarak hizmet sunmaktadır. 15 yataklı hastanede 25 sayıda klinik yer almakta ve 169 sağlık çalışanı ve 125 diğer çalışanla sağlık hizmeti sunmaktadır.

5. E Üniversite Hastanesi: İstanbul Avrupa yakasında hizmet sunan E Üniversite Hastanesi SGK ile anlaşmalı olarak hizmet sunmaktadır. 7 yataklı hastanede 15 sayıda klinik yer almakta ve 28 sağlık çalışanı ve 45 diğer çalışanla sağlık hizmeti sunmaktadır.
6. F Üniversite Hastanesi: İstanbul Anadolu yakasında hizmet sunan F Üniversite Hastanesi SGK ile anlaşmalı olarak hizmet sunmaktadır. 60 yataklı hastanede 35 sayıda klinik yer almakta ve 305 sağlık çalışanı ve 125 diğer çalışanla sağlık hizmeti sunmaktadır.
7. G Özel Hastanesi: İstanbul Avrupa yakasında hizmet sunan G Özel Hastanesi SGK ile anlaşmalı olarak hizmet sunmaktadır. 55 yataklı hastanede 35 sayıda klinik yer almakta ve 200 sağlık çalışanı ve 304 diğer çalışanla sağlık hizmeti sunmaktadır.
8. H Üniversite Hastanesi: İstanbul Avrupa yakasında hizmet sunan H Üniversite Hastanesi SGK ile anlaşmalı olarak hizmet sunmaktadır. 4 yataklı hastanede 10 sayıda klinik yer almakta ve 55 sağlık çalışanı ve 30 diğer çalışanla sağlık hizmeti sunmaktadır.

Araştırmanın kapsamını bu hastanelerde çalışan hekim, hemşire, birim sekreteryası çalışanları, hasta bakımını ilgilendiren ancak hasta ile direkt iletişimde olmayan hastane personeli (Eczane, laboratuvar, görüntüleme merkezleri çalışanları vb.) ile hastane birim yöneticileri, idari ve destek personeli oluşturmaktadır.

Kadıköy, Esenler, Küçükçekmece, Fatih, Ümraniye, Bağcılar ilçelerinde olmak üzere İstanbul'un 7 ayrı ilçesinden toplam 8 hastanede çalışma yapılmıştır. Araştırmanın evrenini sekiz hastanede çalışan 3849 hastane çalışanı oluşturmaktadır. Örneklem sayısı %95 güven aralığı ve %5 sapma ile 347 olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte Hastane Ortamında Hasta Güvenlik Kültürünün Ölçümlenmesi Anketi Uygulama Rehberinde 3000 ve daha fazla kişiden oluşan evren için örneklem sayısı 400 olarak önerilmiştir. Çalışmada anketler Mayıs-Haziran 2019 tarihleri arasında kolayda örnekleme yöntemi ile ve basılı şekilde dağıtılarak uygulanmış ve 405 kişiden veri toplanmıştır.

Hastane Ortamında Hasta Güvenlik Kültürünün Ölçümlenmesi Anketinin amacı hasta güvenliği kültürünün hastane çalışanlarının bakış açısı ile ele alınmasıdır. Hasta

güvenliği konusunda personel bilincini artırılması, hasta güvenliği konusunda mevcut durumun değerlendirilmesi, hasta güvenliği kültürünün iyileştirilmesi için güçlü yönlerin ve alanların belirlenmesi, hasta güvenliği kültürü değişiminin zaman içindeki değişiminin takibi, hasta güvenliği faaliyetlerinin kültürel etkilerini değerlendirilmesi, kurum içi ve kurumlar arası karşılaştırmalar diğer amaçlar olarak ifade edilmiştir (<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>, Erişim tarihi 14/07/2019).

Tablo 5.1 Negatif İfadeli Anket Soruları

	Anket Soru No	Anket Sorusu
1	A5	Bu birimdeki personel, hasta bakımı için olması gerekenden daha uzun saatler çalışmaktadır.
3	A8	Personel hata yaptığında yapılan hatanın kendilerine karşı kullanılabileceğini düşünür.
4	A10	Burada daha ciddi hataların gerçekleşmemesi tesadüf eseridir.
5	A12	Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil kişinin rapor edildiği hissedilmektedir.
6	A14	Çok fazla ve hızlı iş çıkarmak için “kriz modunda” çalışıyoruz.
7	A16	Personel, yaptıkları hataların personel dosyasında tutulmasından endişe duyar.
8	A17	Bu ünite de hasta güvenliği sorunlarımız vardır.
9	B3	Ne zaman gerilim/iş yükü artsa, amirim / yöneticim kestirme yollar kullanıyor olsak bile daha hızlı çalışmamızı ister.
10	B4	Danışmanım / yöneticim, hasta güvenliği sorunları tekrar tekrar meydana geldiğinde inceler.
11	C6	Çalışanlar bir şey doğru görünmediğinde soru sormaktan korkarlar.
12	F2	Hastane birimleri birbirleriyle iyi uyum sağlayamazlar.
13	F3	Hastaları bir üniteden diğerine aktarırken aksaklıklar meydana gelir (işler unutulur).
14	F5	Vardiya değişikliklerinde önemli hasta bakımı bilgileri sıklıkla kaybolur.
15	F6	Diğer hastane birimlerinden gelen personel ile çalışmak genellikle rahatsız edicidir.
16	F7	Hastane birimleri arasında bilgi alışverişinde sık sık problemler ortaya çıkar.
17	F9	Hastane yönetimi, yalnızca olumsuz bir olay gerçekleştikten sonra hastanın güvenliğine ilgi duyuyor gibi gözükmektedir.
18	F11	Bu hastanedeki hastalar için vardiya değişimi sorunludur.

Anket kişisel bilgiler için 7 ifade ve hasta güvenliğine ilişkin 12 boyut altında gruplandırılan 42 ifadeden oluşmaktadır. 42 ifade 5’li likert (5/tamamen katılıyorum-

1/tamamen katılmıyorum; 5/daima-1/asla) ölçeğinde değerlendirilmektedir. 42 ifadenin 18 tanesi negatif olup negatif ifadeli anket soruları Tablo 5.1’de belirtilmektedir. Bununla birlikte ankette çalışılan birimin hasta güvenlik derecesi ve son 12 ayda yaşanan olay sayısının sorulduğu 2 soru yer almaktadır.

Tablo 5.2 Hastane Ortamında Hasta Güvenliği Ölçeği Boyutları ve Kapsamları

	Boyut ve Kapsamları	Açıklama
1.	Birimler İçinde Takım Çalışması	Personel birbirlerine destek olur, birbirlerine saygı gösterir ve ekip olarak birlikte çalışır.
2	Danışman ve Yönetici Hasta Güvenliğini Destekleyen Beklenti ve Eylemler	Denetmenler/ yöneticiler, hasta güvenliğini arttırmak için personel önerilerini göz önünde bulundurur, hasta güvenliği prosedürlerini izleyen personel için takdirde bulunur ve hasta güvenliği sorunlarını gözden kaçırmaz.
3	Organizasyonel Öğrenme-Sürekli Gelişim	Hatalar olumlu değişikliklere neden oldu ve değişiklikler etkinlik açısından değerlendirildi.
4	Hasta Güvenliği için Yönetim Desteği	Hastane yönetimi, hasta güvenliğini destekleyen bir çalışma ortamı sağlar ve hasta güvenliğinin birinci öncelik olduğunu gösterir.
5	Genel Hasta Güvenliği Algısı	Prosedürler ve sistemler hataları önlemede iyidir ancak hasta güvenliği sorunlarının eksikliği vardır.
6	Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim	Çalışanlar meydana gelen hatalar hakkında bilgilendirilir, uygulanan değişiklikler hakkında geri bildirim alır ve hataları önlemenin yollarını tartışır.
7	İletişim Açıklığı	Çalışanlar, hastayı olumsuz yönde etkileyebilecek bir şey görürlerse serbestçe konuşurlar ve daha fazla yetkisi olanları sorgulamaktan çekinirler.
8	Bildirilen Olay Sayısı	Aşağıdaki türdeki hatalar bildirilmiştir: (1) hastayı etkilemeden önce yakalanan ve düzeltilen hatalar, (2) hastaya zarar verme potansiyeli olmayan hatalar ve (3) hastaya zarar verebilecek hatalar
9	Birimler Arası Takım Çalışması	Hastane birimleri, hastalara en iyi bakımı sağlamak için iş birliği yapar ve birbiriyle koordine eder.
10	Personel	İş yükünü idare edecek yeterli personel var ve çalışma saatleri hastalar için en iyi bakımı sağlamak için uygundur.
11	Hasta Devri & Transisyon	Önemli hasta bakımı bilgileri hastane birimleri arasında ve vardiya değişiklikleri sırasında aktarılır.
12	Cezasız Hata Yanıtı	Çalışanlar, hatalarının ve etkinlik raporlarının aleyhlerinde tutulmadığını ve hataların personel dosyasında tutulmadığını düşünmektedir.

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirmeleri Değerlendirme Hospital Survey Excel Tool 1.8_bb ile yapılmıştır. Sonuçların değerlendirilmesinin anlaşılabilirliğinin sağlanması amacıyla hasta güvenliğinin değerlendirilmesinde kullanılan boyutlar yukarıdaki tabloda (Tablo 5.2) kısaca açıklanmıştır. Elde edilen verilerin




değerlendirilmesi aşamasında orijinal anket değerlendirme rehberinde de önerildiği üzere bazı kategoriler birleştirilerek pozitif ve negatif gruplar olarak yorumlanmıştır. “*Tamamen katılıyorum (5)- Katılıyorum (4)*” kategorileri bir grupta ve “*Her zaman (5)-Çoğu zaman (4)*” kategorileri bir grupta birleştirilmiş ve “pozitif” olarak; “*Tamamen katılmıyorum (1)- Katılmıyorum (2)*” kategorileri bir grupta ve “*Asla (1)- Nadiren (2)*” kategorileri bir grupta birleştirilmiş ve “negatif” olarak adlandırılmıştır.

Anket verilerinin değerlendirilmesinde negatif/ters ifadeler için yeniden kodlama yapılmıştır. Ters kodlama gerektiren bir anket sorusuna verilen cevap kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum ise yeniden kodlama yapılmış ve cevap pozitif grupta renklendirilmiştir. Bu ifadeler madde kodlarının yanında “T” eklenerek gösterilmiştir. Çalışmamızda eksik cevap yoktur ancak metot olarak anket maddelerine verilen cevapların yüzdeleri gösterilirken eksik cevaplar hariç tutulması esas olarak kabul edilmiştir.

Değerlendirilme aşamasında boyutlar için birleştirilmiş puanlar oluşturulmuştur. Bu puanlar, katılımcıların aynı boyut altında gruplandırılan anket maddelerine verdikleri cevapları özetlemektedir. Hastanenin birleştirilmiş puanını hesaplamak için, bileşim içindeki her bir maddeye verilen pozitif yanıt yüzdesi hesaplanmıştır. Bu hesaplama aşağıda bir örnekle açıklanmıştır;

4 adet anket sorusuna verilen cevaplar şu şekilde olsun; %70, %60, %40 ve %75 yeşil bu yeşil cevaplar toplanır $70+60+40+75=245$ ve ardından 4 ayrı madde olduğundan 4'e bölünür $245/4=\%61$ olarak belirtilir.

Yukarıda da belirtildiği üzere değerlendirmeler frekans ve yüzdeler ile yapılmış, cevaplarda bazı kategoriler birleştirilerek değerlendirilmiş ve görsel açıdan hızlı değerlendirmeyi de sağlayacak şekilde renklerle ifade edilmiştir. Pozitif sonuçlar için yeşil, orta alan için sarı, negatif cevaplar içinde kırmızı kullanılmıştır.

 Pozitif  Nötr  Negatif

Şekil 5.1 Anket Sonuçları Anahtar Renkleri

6. BULGULAR

6.1. Demografik Bilgiler ve Anketin Tanımlayıcı Bazı İstatistikleri

Çalışma 6 üniversite 2 Özel hastane olmak üzere 8 hastanede yapılmış ve toplamda 405 anket değerlendirilmiştir. Katılımcıların %24 kadın (99); %76'sı erkeklerden (306 erkek) oluşmakta ve %42'si mesleklerinin 1-5 yıl arasında icra etmektedirler. Katılımcıların %26'sı hemşiredir. %80'i hastalar ile doğrudan etkileşimde olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların hastanede çalışma süreleri 1-5 yıl arasında (%44); hastalık çalışma saati ise 40-59 saat (%47) arasında yoğunlaşmaktadır.

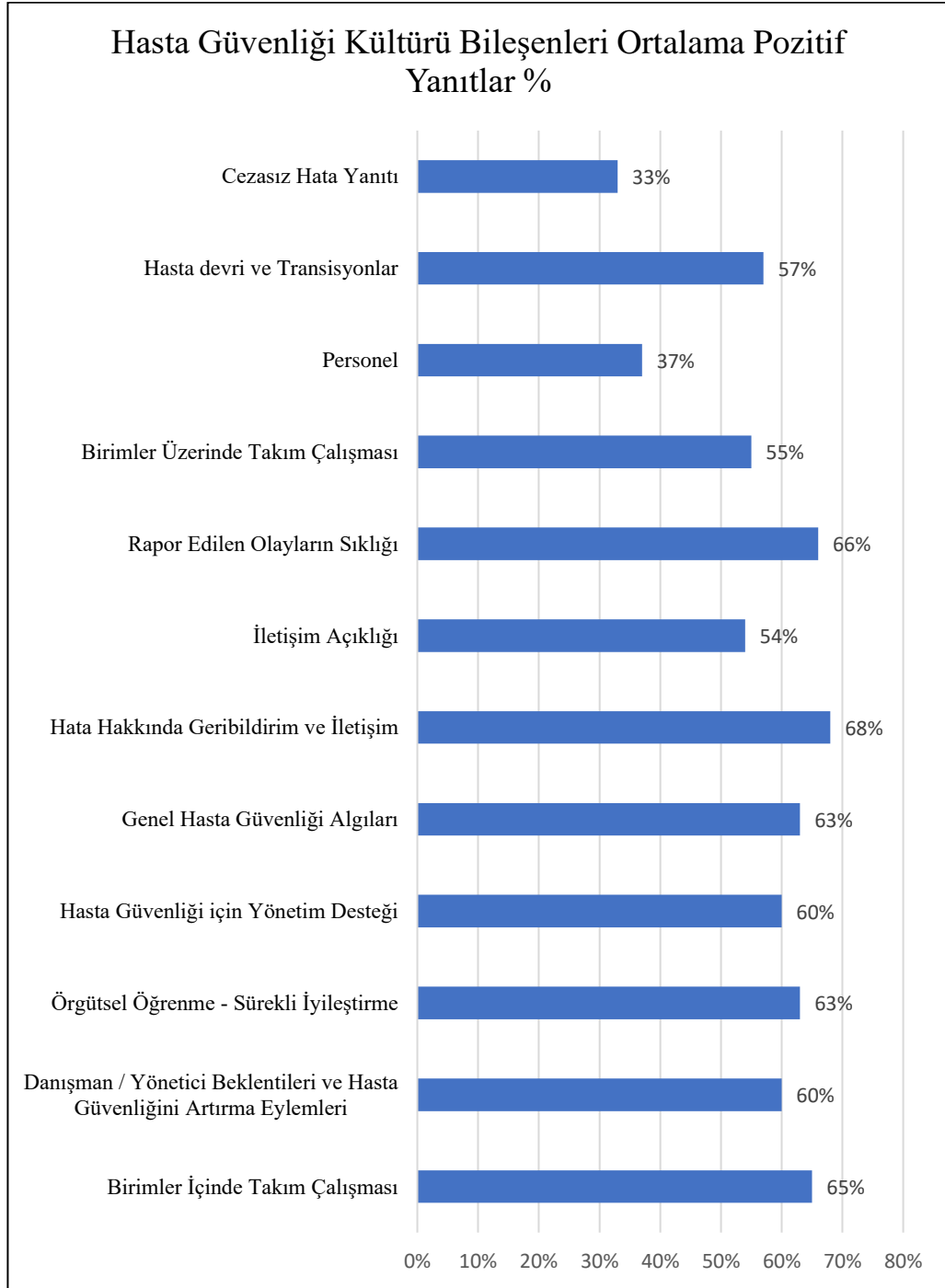
Tablo 6.1 İstanbul Özel Sağlık Grubu Hastaneleri Hasta Güvenliği Hastane Anketi

İSTANBUL ÖZEL SAĞLIK GRUBU HASTANELERİ HASTA GÜVENLİĞİ HASTANE ANKETİ		
Çalışma Alanı/ Birimi (Anket Ögesi: A _i)	n	%
Hemşire (Full time)	107	26%
Doktor Asistanı / Hemşire Uygulayıcısı	54	13%
Hemşire (Part-time)	11	3%
Hasta yardımı / yardımcısı / bakım ortağı	12	3%
Katılan / Personel hekimi	1	0%
Yerleşik doktor / Eğitimde doktor	18	4%
Eczacı	6	1%
Diyetisyen	4	1%
Birim asistanı / Kâtip / Sekreter	23	6%
Solunum terapisti	2	0%
Fiziksel, Mesleki veya Konuşma Terapisti	3	1%
Teknisyen (örneğin, EKG, Lab, Radyoloji)	84	21%
Yönetim	4	1%
Diğer	76	19%
Hastalarla Etkileşim (Anket Ögesi: H₅)	n	%

Tablo 6.1'in devamı

İSTANBUL ÖZEL SAĞLIK GRUBU HASTANELERİ HASTA GÜVENLİĞİ HASTANE ANKETİ		
EVET, hastalar ile doğrudan etkileşime girerim veya temaslarım olur.	326	80%
HAYIR, genellikle hastalarla doğrudan etkileşime girmem ya da temas etmem.	79	20%
Hastanede Çalışma Süresi (Yıl) (Anket Ögesi: H1)		
Birim asistanı / Kâtip / Sekreter	n	%
1 yıldan daha az	110	27%
1 ila 5 yıl	178	44%
6 ila 10 yıl	68	17%
11 ila 15 yıl	29	7%
16 ila 20 yıl	14	3%
21 yıl veya daha fazla	6	1%
Mevcut Hastane Çalışma Alanında / Biriminde Çalışma Süresi (Yıllar) (Anket Ögesi: H2)		
1 yıldan daha az	109	27%
1 ila 5 yıl	172	42%
6 ila 10 yıl	73	18%
11 ila 15 yıl	34	8%
16 ila 20 yıl	11	3%
21 yıl veya daha fazla	6	1%
Haftalık Çalışılan Saatler (Saat) (Anket Ögesi: H3)		
Haftada 20 saatten az	22	5%
Haftada 20 ila 39 saat	47	12%
Haftada 40- 59 saat	189	47%
Haftada 60- 79 saat	129	32%
Haftada 80 ila 99 saat	10	2%
Haftada 100 saat veya daha fazla	8	2%
Mevcut Uzmanlık veya Mesleğinde Çalışma Süresi (Yıl) (Anket Ögesi: H6)		
1 yıldan daha az	74	18%
1 ila 5 yıl	171	42%
6 ila 10 yıl	72	18%
11 ila 15 yıl	39	10%
16 ila 20 yıl	30	7%
21 yıl veya daha fazla	19	5%
Genel Toplam	405	100%

6.2. Hasta Güvenliği Kültürü BileŖenleri Ortalama Pozitif Yanıtları



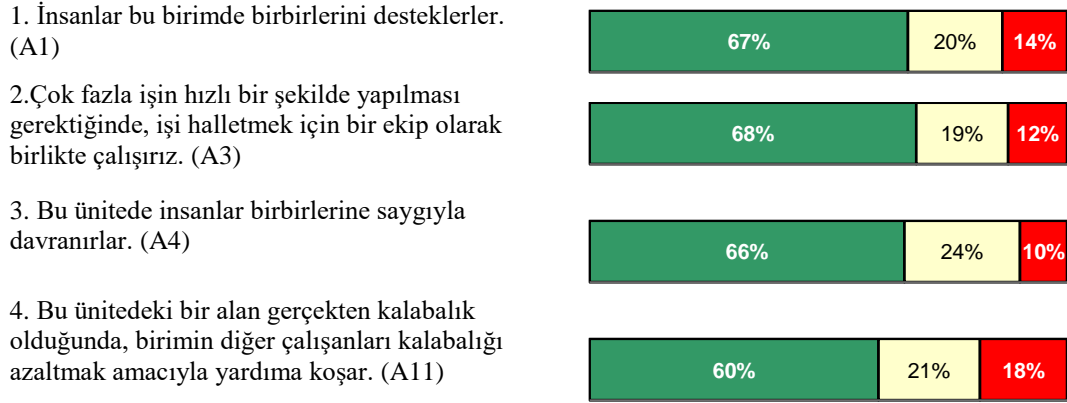
Ŗekil 6.1 Hasta Güvenliği Kültürü BileŖenleri Ortalama Pozitif Yanıtlar %

6.3. Hastane Ortamında Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri

6.3.1. Birim içerisinde uyum

Hastane Ortamında Hasta Güvenliği Kültürünün bileşenlerinden biri birim içerisinde uyumdur. Bu boyutta çalışanların birbirlerini desteklemeleri, saygılı olmaları ve birtakım olarak çalışmaları değerlendirilmektedir.

Çalışmada katılımcıların %67'si çalışanların birbirlerini desteklediklerini; %68'i işlerin hızlıca yapılması gerektiğinde ekip halinde çalıştıklarını, %66'ı çalışanların birbirlerine saygılı davrandıklarını ve %60'ı yoğunluk sorunu olduğunda yardımlaşmanın olduğunu ifade etmişlerdir. Bu dört maddenin ortalaması ile ifade edilen birim içindeki uyumun pozitif değerlendirme ortalaması %65 ((67+68+66+60)/4) olarak hesaplanmıştır.

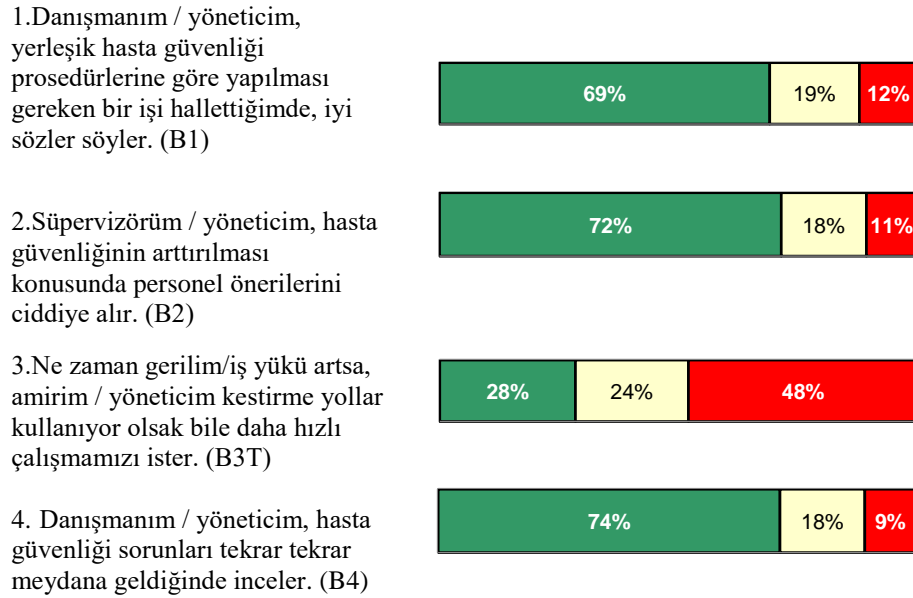


Şekil 6.2 Birim İçerisinde Uyum

6.3.2. Danışman /yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini artırma eylemleri

Hasta güvenliği kültürünün bu boyutunda katılımcıların yöneticilerinin hasta güvenliğinin artırılması için personel önerilerini dikkate alma ve hasta güvenliği prosedürlerini izleyen personeli takdir etme ve hasta güvenliği sorunlarını dikkate alma davranışlarına ilişkin değerlendirmeleri ele alınmıştır.

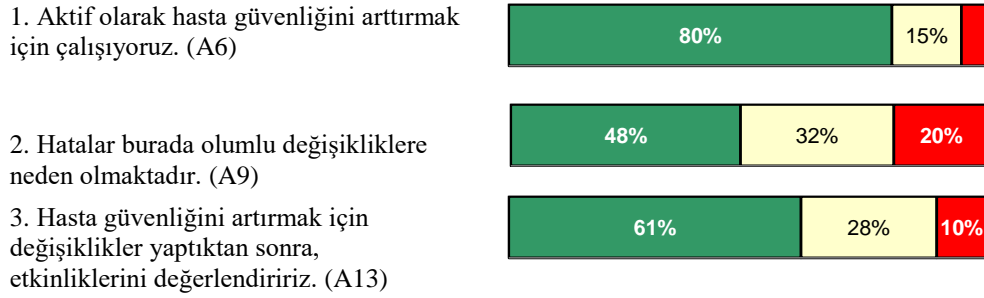
Katılımcıların %69'u yöneticilerinin hasta güvenliği prosedürlerine uygun davranışlarını takdir ettiklerini; %72'si yöneticilerinin hasta güvenliği artırılması konusunda personel önerilerini dikkate aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %48'i yöneticilerin iş yükü arttığında iş hızının artırılması taleplerinin olduğunu ve %74'ü ise hasta güvenliği sorunlarında yöneticilerin tekrarlı incelemeler yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu dört maddenin değerlendirmelerinin sonucunda oluşan Danışman/ Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Artırma Eylemleri boyutunun pozitif değerlendirme ortalaması %60 olarak hesaplanmıştır ((69+72+28+72) /4).



Şekil 6.3 Danışman / Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Artırma Eylemleri

6.3.3. Örgütsel öğrenme-süreklî gelişim

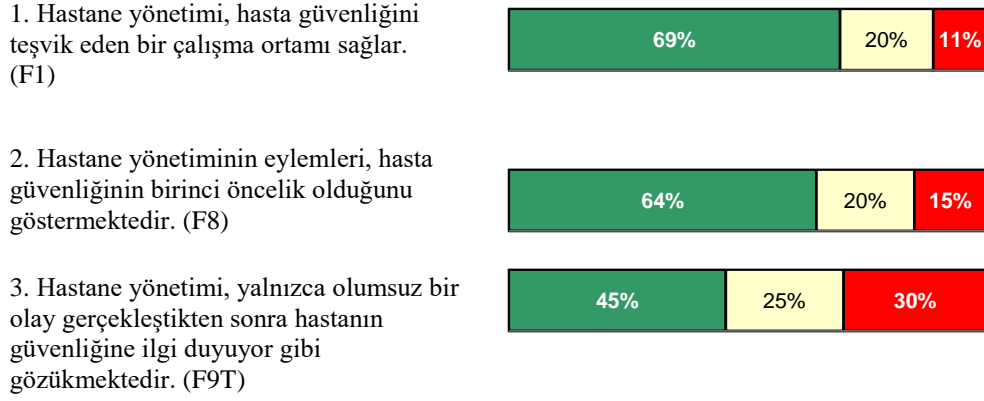
Hasta güvenliği kültürünün bu boyutunda yapılan hataların olumlu değişikliklere yol açma durumu ele alınmıştır. Katılımcıların %80'i aktif olarak hasta güvenliğini artırmak için çalıştıklarını; %48'i hataların olumlu değişikliklere yol açtığını; %61'i yapılan değişikliklerin hasta güvenliğini artırmadaki etkinliğini değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu üç maddenin değerlendirilmesi sonucu örgütsel öğrenme-süreklî gelişim boyutunun pozitif değerlendirme ortalaması %63 ((80+48+61) /3) olarak hesaplanmıştır.



Şekil 6.4 Örgütsel Öğrenme- Süreklî Geliştirme

6.3.4. Hasta güvenliği için yönetim desteği

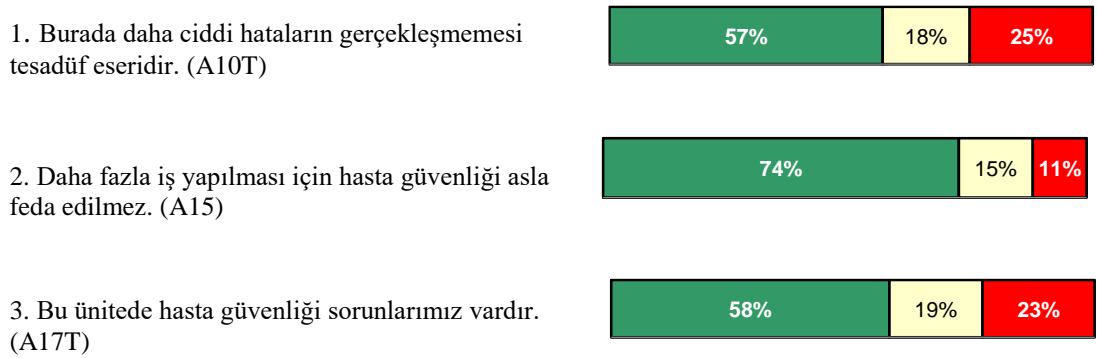
Hasta güvenliği için yönetim desteği boyutunda hastane yönetiminin, hasta güvenliğini destekleyen bir çalışma ortamı sağlaması ve hasta güvenliğinin birinci öncelik olarak belirlemesi durumu değerlendirilir. Katılımcıların %69'u hastane yönetiminin hasta güvenliğini teşvik eden bir çalışma ortamı sağladığını; %64'ü hastane yönetiminin hasta güvenliği konusuna birinci önceliği verdiğini ifade etmiştir. %45'i ise hastane yönetiminin hasta güvenliğine sadece olay olduktan sonra önem verdiklerine katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Üç maddenin değerlendirmeleri sonucunda hastane güvenliği için yönetimin desteği boyutunun pozitif değerlendirme ortalaması %60 (69+64+45) /3) olarak hesaplanmıştır.



Şekil 6.5 Hasta Güvenliği İçin Yönetim Desteği

6.3.5. Hasta güvenliğinde genel algı

Hasta güvenliği kültürünün bu boyutunda hataların oluşmasında prosedürler ve sistemlerin değerlendirilmesi ele alınmıştır. Katılımcıların %57'si hataların gerçekleşmemesinin tesadüf olduğuna ve %58 ise buldukları üniteye hasta güvenliği sorunları olduğuna katılmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %74'ü daha fazla iş yapılabilmesi için hasta güvenliğinin feda edilmediğini, %62 ise prosedürlerin ve sistemlerin hataların önlenmesinde etkili olduklarını ifade etmişlerdir. Hasta Güvenliği Genel Algı Boyutunun pozitif değerlendirme ortalaması %63 (57+74+58+62) /4 olarak hesaplanmıştır.



4. Prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların önlenmesinde etkindir. (A18)



Şekil 6.6 Genel Hasta Güvenliği Algıları

6.3.6. Hatanın geribildirimi ve iletişim

Hatanın Geribildirimi ve iletişim boyutunda çalışanların meydana gelen hatalar hakkında bilgilendirilme ve uygulanan değişiklikler hakkında geri bildirim sağlanması ve hataları önlemenin yollarının tartışmalarının ne kadar sıklıkla yapıldığını değerlendirmeleri istenilmiştir. Katılımcıların %63'ü etkinlik raporu doğrultusunda yapılan değişiklikler hakkında geri bildirimlerin; %73'ü birimde meydana gelen hatalar hakkında bilgilendirmelerin ve %67'si birimlerinde hataların tekrar olmasını önlemenin yollarına ilişkin tartışmaların sıklıkla yapıldığını ifade etmişlerdir. Hata Geribildirim ve İletişim boyutunun pozitif değerlendirme ortalaması %68 $((63+73+67) / 3)$ olarak hesaplanmıştır.

1. Etkinlik raporlarına dayanarak yapılan değişiklikler hakkında geri bildirim alırsınız. (C1)



2. Bu birimde meydana gelen hatalar hakkında bilgilendiriliriz. (C3)



3. Bu ünite de hataların tekrar olmasını önlemenin yollarını tartışırız. (C5)



Şekil 6.7 Hatanın Geribildirimi ve İletişim

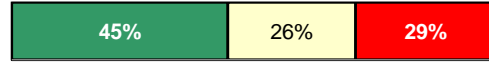
6.3.7. İletişim açıklığı

İletişim Açıklığı boyutunda çalışanların çalışma alanında hasta güvenliği ile ilgili düşüncelerini paylaşma, soru sorma ve sorgulama serbestliklerinin sıklığı ele alınmıştır. Katılımcıların %71'i sıklıkla çalışanların hasta güvenliği ile ilgili aksaklıkları serbestçe dile getirebildikleri; %45'i çalışanların otorite sahiplerinin davranışlarını ve eylemlerini sorgulamaktan genellikle çekinmedikleri; %46'sı çalışanların doğru olmadıklarını düşündükleri şeyler hakkında genellikle soru sormaktan çekinmediklerini ifade etmişlerdir. İletişim açıklığı boyutunun pozitif değerlendirme ortalaması %54((71+45+46) /3) olarak hesaplanmıştır.

1. Hasta bakımını etkileyecek olumsuz olabilecek bir şey görürlerse, personel serbestçe bunu dile getirebilir. (C2)



2. Personel, daha fazla otoriteye sahip kişilerin kararlarını veya eylemlerini sorgulamaktan çekinmez. (C4)



3. Çalışanlar bir şey doğru görünmediğinde soru sormaktan korkarlar. (C6T)



Şekil 6.8 İletişim Açıklığı

6.3.8. Bildirilen olayların sıklığı

Bildirilen olayların sıklığı boyutunda hastayı etkilemeden önce yakalanan ve düzeltilen hataların, hastaya zarar verme potansiyeli olmayan hataların ve hastaya zarar verebilecek hataların sıklığı ele alınmıştır. Katılımcıların %62'si Bir hata yapıldığında, ancak hastayı etkilemeden önce yakalanıp düzeltildiğinde; %60'ı hatanın hastaya zarar verme olasılığının olmadığı durumlarda dahi, %76'sı da Hastaya zarar verebilecek bir hata yapıldığında, bu durumun sıklıkla bildirildiğini ifade etmişlerdir. Bildirilen olayların sıklığı pozitif değerlendirme ortalaması %66 $((62+60+76) / 3)$ olarak hesaplanmıştır.

1. Bir hata yapıldığında, ancak hastayı etkilemeden önce yakalanıp düzeltildiğinde, bu durum ne sıklıkla bildirilir? (D1)



2. Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli yoksa, bu durum ne kadar sıklıkla bildirilir? (D2)



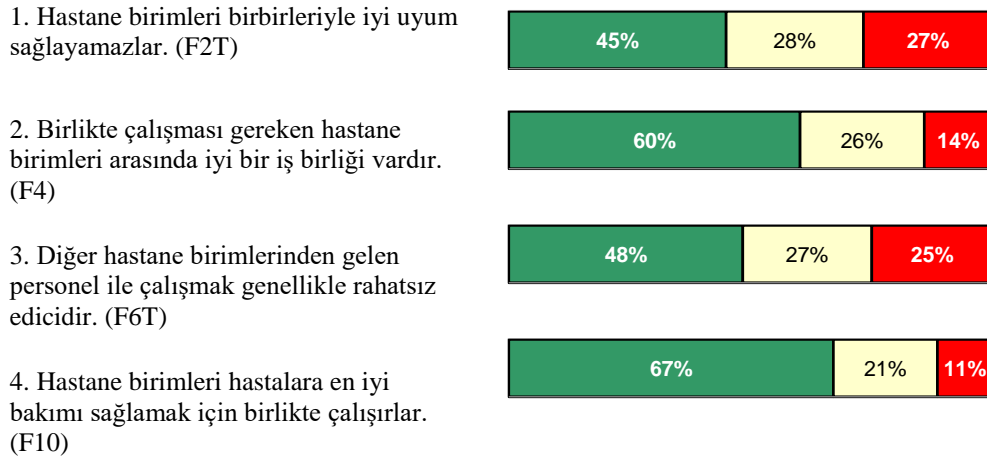
3. Hastaya zarar verebilecek bir hata yapıldığında, bu durum ne sıklıkla bildirilir? (D3)



Şekil 6.9 Bildirilen Olayların Sıklığı

6.3.9. Birimler arası uyum

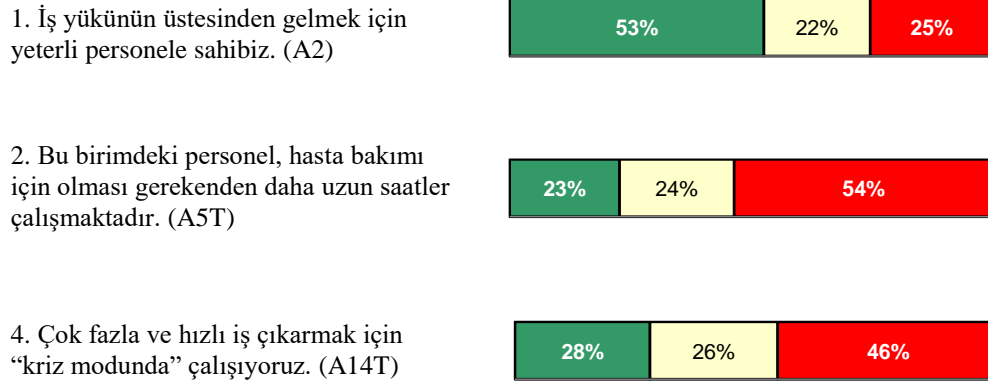
Birimler arası uyum boyutunda hastane birimlerinin hastalara en iyi bakımı sağlamak için iş birliği yapma ve birbiriyle koordine içinde çalışma durumları değerlendirilmiştir. Katılımcıların %60'ı. Birlikte çalışması gereken hastane birimleri arasında iyi bir iş birliği içinde çalıştıklarını; %67'si Hastane birimleri hastalara en iyi bakımı sağlamak için birlikte çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %45'i Hastane birimleri birbirleriyle iyi uyum sağlayamadıkları ve %48'i de diğer hastane birimlerinden gelen personel ile çalışmak genellikle rahatsız edici olduğu ifadelerine katılmadıklarını belirtmişlerdir. Birimler arası uyum boyutunun pozitif değerlendirme ortalaması %55 $((45+60+48+67) / 4)$ 'dir.



Şekil 6.10 Birimler Arası Uyum

6.3.10. Hastane çalışanlarının personel istihdamı ile ilgili değerlendirmeleri

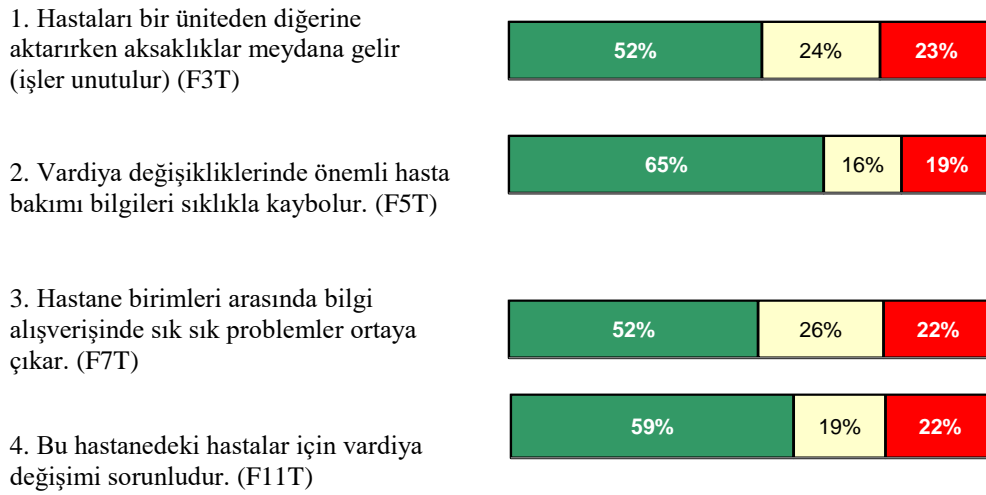
Hasta güvenliği kültürünün bu boyutunda hastane çalışanlarının personel istihdamı ile ilgili değerlendirmelerinin ele alınmıştır. Katılımcıların %53'ü iş yükü için yeterli personel sahip olduklarını ve %45'i hasta bakımında en iyiyi sağlamak için ekstra/geçici personel çalıştırmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %54'ü buldukları birimde en iyi hasta bakımını sağlamak için uzun süre çalıştıklarını ve %46'sı çok fazla ve hızlı iş çıkarmak için kriz modunda çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Hastane çalışanlarının personel istihdamı pozitif değerlendirme ortalaması %35(53+23+28) /3) olarak değerlendirilmiştir.



Şekil 6.11 Personel

6.3.11. Hasta devri ve transisyonu

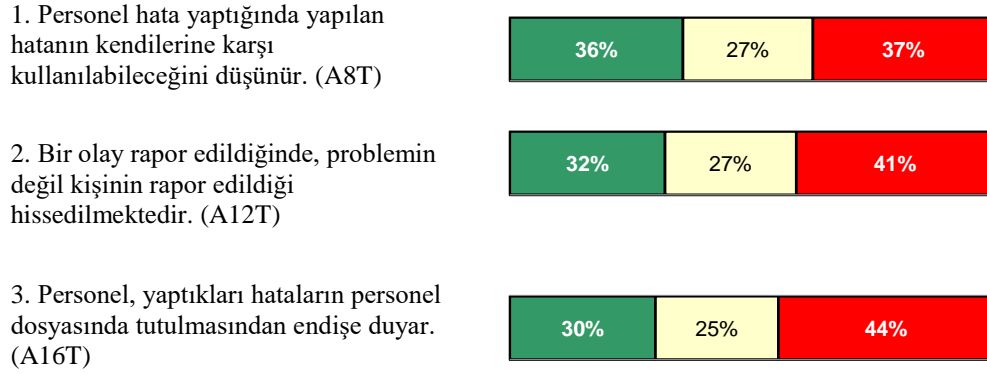
Hasta güvenlik kültürünün bu boyutunda birimler arası iletişim, bilgi alışverişi gibi konular ele alınmıştır. Katılımcıların %52'si Hastaları bir üiteden diğerine aktarırken aksaklıkların meydana gelmediğini; Vardiya değişikliklerinde önemli hasta bakımı bilgilerindeki kayıpların sıklıkla meydana gelmediği, %52'si Hastane birimleri arasında bilgi alışverişinde problemlerin sıklıkla ortaya çıkmadığını ve hastanedeki vardiya değişimlerinin hastalar için sorun oluşturmadığını ifade etmişlerdir. Hasta devri ve transisyonu boyutunun pozitif değerlendirme ortalaması %57 ((52+65+52+59) /4) olarak hesaplanmıştır.



Şekil 6.12 Hasta Devri ve Transisyonu

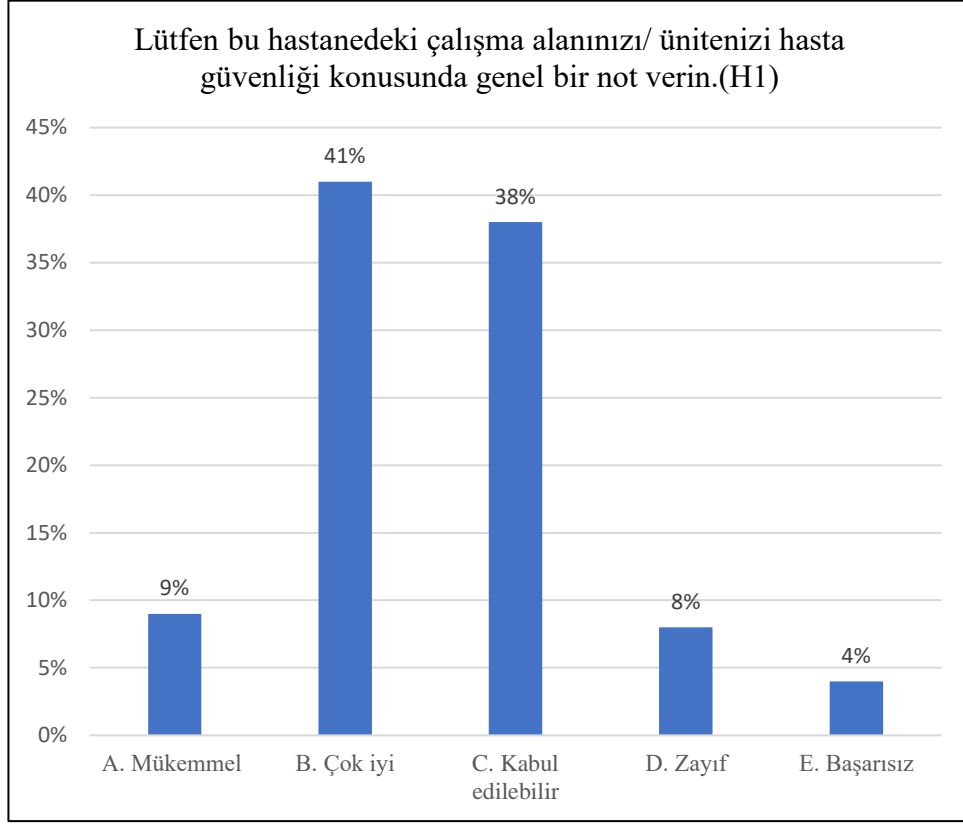
6.3.12. Hatalara karşı ceza harici yaptırımlar

Hasta güvenlik kültürünün boyutlarından biri de Hatalara karşı ceza harici yaptırımlardır. Burada çalışanların hata raporları ile cezalandırma hakkındaki değerlendirmeleri ele alınmıştır. Katılımcıların %37'si hata yaptıklarında bunun aleyhlerine kullanılabileceğini; %41'i hata durumunda olayın değil kişinin rapor edildiğini; %44 ise hataların personel dosyasında tutulduklarından endişe ettiklerini ifade etmişlerdir. Hatalara karşı ceza harici yaptırımlar boyutunun pozitif değerlendirme ortalaması %33 ((36+32+30) /3) olarak hesaplanmıştır.



Şekil 6.13 Hatalara Karşı Ceza Harici Yaptırımlar

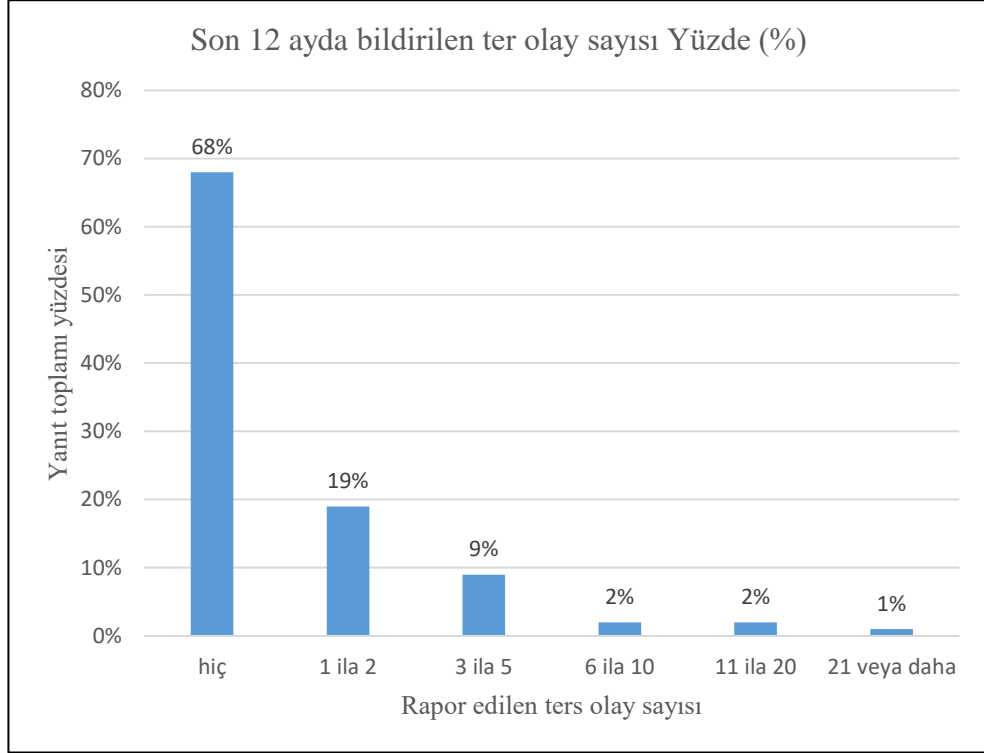
6.4. Özel Sağlık Grubu Hastaneleri Hasta Güvenlik Düzeyi



Şekil 6.14 Hastane Çalışanlarının Belirledikleri Hasta Güvenliği Derecesi

Özel Sağlık Grubu hastaneleri çalışanları, hasta güvenlik düzeyi için %9 mükemmel, %41 çok iyi, %38 kabul edilebilir, %8 zayıf, %4 hatalı (başarısız) olarak değerlendirme yapmıştır.

6.5. Özel Sağlık Grubu Hastaneleri Bildirilen Ters Olay Durumu



Şekil 6.15 Özel Sağlık Grubu Hastaneleri Bildirilen Ters Olay Sayısı

İncelenen özel sağlık grubu hastaneleri için katılımcıların %68'i son 12 ayda bildirdikleri ters olayın olmadığını; %19'u 1 ile 2 olay olduğunu; %9'u 3-5 olay olduğunu; %2 6-10 olay olduğunu; %2'si 11-20 olay olduğunu %1 ise 21 ya da daha fazla olay olduğunu ifade etmişlerdir.

6.6. Çalışma Alanına/ Birime Ortalama Pozitif Cevapların Yüzde Dağılımı

Çalışılan hastanelerde hasta güvenliği kültürü pozitif değerlendirme ortalaması en düşük olan üç birim anestezi (%49), rehabilitasyon (%51), cerrahi olmayan tıp üniteleri, kadın doğum, psikiyatri (%54), hasta güvenliği kültürü pozitif değerlendirme ortalaması en yüksek olan üç birim ise acil (%61), eczane ve cerrahi (%57), pediatri (%56)'dir.

Tablo 6.2 Çalışma Alanına/ Birime Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri	Anestezi	Acil	Yoğun bakım	Lab	Tıp (cerrahi olmayan)	Kadın doğum	Pediyatri	Eczane	Psikiyatri	Radyoloji	Rehabilitasyon	Cerrahi
(n=306)	27	25	3	73	13	33	24	24	18	15	9	42
1. Birimler İçinde Takım Çalışması	49%	80%	--	66%	77%	66%	54%	75%	79%	87%	44%	71%
2. Danışman ve Yönetici Hasta Güvenliğini Destekleyen Beklentisi ve Eylemler	41%	50%	--	49%	48%	44%	40%	46%	33%	42%	39%	52%
3. Organizasyonel Öğrenme- Sürekli Gelişim	60%	75%	--	63%	62%	60%	57%	69%	80%	69%	52%	69%
4. Hasta Güvenliği için Yönetim Desteği	53%	67%	--	58%	51%	55%	67%	56%	65%	67%	59%	60%
5. Genel Hasta Güvenliği Algısı	65%	69%	--	64%	67%	63%	57%	63%	58%	78%	44%	64%
6. Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim	70%	75%	--	68%	62%	63%	63%	78%	63%	76%	44%	73%
7. İletişim açıklığı	62%	53%	--	56%	44%	53%	54%	57%	56%	53%	56%	53%
7. İletişim açıklığı	53%	77%	--	62%	56%	58%	74%	72%	59%	76%	70%	66%
9. Birimler arası takım çalışması	34%	55%	--	52%	62%	53%	69%	50%	56%	57%	61%	51%
10. Personel	28%	34%	--	40%	46%	42%	32%	40%	32%	40%	56%	36%
11. Hasta devri & Transisyon	50%	56%	--	55%	48%	53%	73%	47%	50%	67%	64%	51%
12. Cezasız hata yanıtı	17%	41%	--	30%	28%	39%	28%	31%	13%	53%	22%	35%
Genel Ortalama	49%	61%	--	55%	54%	54%	56%	57%	54%	64%	51%	57%

6.7. Personel Pozisyonuna Göre Ortalama Pozitif Cevapların Yüzde Dağılımı

Tablo 6.3 Personel Pozisyonuna Göre Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri	Doktor /Hemşire	Diyetisyen	Hast Bkm Asist/Hastane Asist. /Bakıcı	Eczacı	Hemşireler	Teknisyen (EKG, Lab, Radyoloji)	Terapist (Solunum, Fizik, Mesleki, Konuşma)	Birim Asistanı / Kâtip / Sekreter
(n=306)	73	4	12	6	118	84	5	23
1. Birimler İçinde Takım Çalışması	62%	--	67%	67%	68%	69%	80%	55%
2. Hasta Güvenliğini Destekleyen Beklenti ve Eylemler	45%	--	42%	46%	43%	51%	45%	32%
3. Organizasyonel Öğrenme-Sürekli Gelişim	59%	--	61%	78%	68%	65%	80%	55%
4. Hasta Güvenliği için Yönetim Desteği	62%	--	47%	56%	60%	63%	80%	61%
5. Genel Hasta Güvenliği Algısı	54%	--	58%	58%	67%	70%	65%	64%
6. Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim	62%	--	67%	44%	74%	72%	100%	54%
7. İletişim açıklığı	50%	--	39%	50%	56%	57%	60%	52%
8. Bildirilen olay sayısı	65%	--	36%	61%	71%	66%	93%	59%
9. Birimler arası takım çalışması	61%	--	48%	54%	50%	57%	70%	63%
10. Personel	40%	--	40%	46%	35%	42%	30%	29%
11. Hasta devri & Transisyon	58%	--	63%	50%	55%	58%	60%	59%
12. Cezasız hata yanıtı	37%	--	22%	17%	34%	33%	13%	28%
Genel Ortalama	55%	--	49%	52%	57%	58%	65%	51%

6.8. Hastalarla Etkileşime Göre Ortalama Pozitif Cevapların Yüzde Dağılımı

Hasta güvenliği kültürü boyutlarında pozitif değerlendirme ortalamasında hastalarla etkileşim içinde çalışanlar için elde edilen değer %57, hastalarla etkileşim içinde olmayan çalışanlar için elde edilen değer ise %47'dir. Hasta güvenliği kültürü boyutlarında pozitif değerlendirme ortalamasında hastalarla etkileşim içinde çalışanların en yüksek ortalamaya sahip olduğu üç boyut; hata hakkında geri bildirim ve iletişim (%71), bildirilen olay sayısı (%69), birimler içinde takım çalışması (%68); en düşük ortalamaya sahip olduğu boyutlar ise cezasız hata yanıtı (%34) ve personel istihdamıdır (%38). Hasta güvenliği kültürü boyutlarında pozitif değerlendirme ortalamasında hastalarla etkileşim içinde olmayan çalışanların en yüksek ortalamaya sahip olduğu boyutlar birimler içinde takım çalışması (%56) ve bildirilen olay sayısı (%55); en düşük ortalamaya sahip olduğu boyutlar ise cezasız hata yanıtı (%28) ve personel istihdamıdır (%34).

Tablo 6.4 Hastalarla Etkileşime Göre Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri	Hastalarla Etkileşim	
	Doğrudan etkileşim VAR (n=326)	Doğrudan etkileşim YOK (n=79)
1. Birimler İçinde Takım Çalışması	68%	56%
2. Hasta Güvenliğini Destekleyen Beklenti ve Eylemler	46%	38%
3. Organizasyonel Öğrenme- Sürekli Gelişim	66%	52%
4. Hasta Güvenliği için Yönetim Desteği	62%	49%
5. Genel Hasta Güvenliği Algısı	65%	53%
6. Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim	71%	53%
7. İletişim açıklığı	56%	47%
8. Bildirilen olay sayısı	69%	55%
9. Birimler arası takım çalışması	57%	47%
10. Personel istihdamı	38%	34%
11. Hasta devri & Transisyon	58%	53%
12. Cezasız hata yanıtı	34%	28%
Genel Ortalama	57%	47%

6.9. Görev Süresine Göre Ortalama Pozitif Yüzde Dağılımı

Görev sürelerine göre hasta güvenliği kültürü boyutlarında pozitif değerlendirmesinde en yüksek ortalamaya sahip olan grup 21 yıl ve daha fazla süredir çalışanlardır (%73). En düşük ortalamaya sahip çalışanlar ise 1-2 yıldır hastanede görev yapanlardır (%53).

Tablo 6.5 Görev Süresine Göre Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri	1 yıldan az	1 -2 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16- 20 yıl	21 yıl ve üstü
(n=405)	109	172	73	34	11	6
1. Birimler İçinde Takım Çalışması	67%	59%	73%	71%	64%	88%
2. Hasta Güvenliğini Destekleyen Beklenti ve Eylemler	47%	41%	46%	47%	52%	50%
3. Organizasyonel Öğrenme- Sürekli Gelişim	67%	59%	67%	65%	55%	89%
4. Hasta Güvenliği için Yönetim Desteği	62%	57%	57%	62%	82%	89%
5. Genel Hasta Güvenliği Algısı	65%	58%	67%	68%	48%	71%
6. Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim	73%	61%	68%	72%	85%	100%
7. İletişim açıklığı	54%	53%	53%	57%	64%	67%
8. Bildirilen olay sayısı	65%	63%	69%	66%	85%	89%
9. Birimler arası takım çalışması	57%	54%	52%	54%	66%	83%
10. Personel	31%	38%	42%	38%	48%	42%
11. Hasta devri & Transisyon	53%	58%	58%	53%	66%	75%
12. Cezasız hata yanıtı	31%	32%	37%	28%	36%	39%
Genel Ortalama	56%	53%	58%	57%	62%	73%

6.10. AHRQ Veritabanı ile Karşılaştırma

Çalışmamız Hastanelerinin aşağıdaki sırayla diğer AHQR veritabanı hastaneleri ile karşılaştırmalı verileri aşağıdaki sırayla incelenmiştir. Çalışmamız;

1. Çalışma alanı/ çalışma servisine göre
2. Personelin pozisyonuna göre
3. Personelin hastalarla olan etkileşimine göre
4. Personelin mesleki tecrübesine (görev süresi) göre incelenmiştir.

Anketin yayımlanmasından sonra, hastaneler sonuçlarını belirlemek, kendi puanları diğer hastaneler için normların üstünde veya altında mı olduğunu karşılaştırmak istemektedirler. Bu taleplere cevap olarak AHRQ, 2007 yılında anket için karşılaştırmalı bir veri tabanı oluşturmuştur. Veri tabanının amacı, hastanelerin anket sonuçlarını genel olarak diğer hastanelerle ve yatak sayılarına, statü, mülkiyet ve bölgelere göre karşılaştırılmasını mümkün kılmak için toplu istatistikler üretmektir. Sonuçlar aynı zamanda hastane çalışma alanlarıyla birimler, personel pozisyonları ve personelin hastalarla doğrudan etkileşime girip girmediğinin karşılaştırılabilmesine de imkân vermektedir.

Karşılaştırmalı veri tabanı ABD hastanelerinde hasta güvenliği kültürü hakkında bilgi için çok büyük bir kaynak olmuştur. Hastane veri tabanından araştırmacılara veri saptama imkânı sunulmuştur. Ek olarak, hastanede tanımlanabilir veriler diğer kalite ve güvenlik önlemleri, hasta güvenliği kültürü ile bağlantı kurmak isteyen araştırmacılara sunulmuştur. Tanımlanabilir veri talep eden araştırma önerileri AHRQ ve veri tabanına veri gönderen hastaneler tarafından onaylanmasını gerektirir.

Karşılaştırmaların yapılması için veritabanı ile çalışmamız arasındaki farklar tek tek ilgili tablolarda “fark” sütunu olarak belirtilmiştir.

6.10.1. Çalışma alanına/ birime göre ortalama pozitif cevapların yüzde dağılımı

Tablo 6.6.6 Çalışma Alanına / Birime Göre Karşılaştırmalı Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri		Anestezi	Acil	Yoğun bakım	Lab	Tıp (cerrahi olmayan)	Kadın doğum	Pediyatri	Eczane	Psikiyatri	Radyoloji	Rehabilitasyon	Cerrahi
Veritabanı (n)	234.173	2.607	23.692	25.274	17.241	49.105	15.120	7.307	11.727	8.057	20.060	16.037	37.946
Çalışma Hastaneler Grubu: (n)	306	27	25	3	73	13	33	24	24	18	15	9	42
1. Birimler İçinde Takım Çalışması	Veritabanı	82%	81%	87%	77%	82%	84%	85%	80%	80%	82%	88%	79%
	Çalışma	49%	80%	--	66%	77%	66%	54%	75%	79%	87%	44%	71%
	Fark	33%	1%		11%	5%	18%	31%	5%	1%	-5%	44%	8%
2. Danışman ve Yönetici Hasta Güvenliğini Destekleyen Beklenti ve Eylemler	Veritabanı	76%	75%	78%	77%	79%	78%	78%	82%	76%	80%	84%	77%
	Çalışma	41%	50%	--	49%	48%	44%	40%	46%	33%	42%	39%	52%

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri		Anestezi	Acil	Yoğun bakım	Lab	Tıp (cerrahi olmayan)	Kadın doğum	Pediyatri	Eczane	Psikiyatri	Radyoloji	Rehabilitasyon	Cerrahi
	Fark	35%	25%		28%	31%	34%	38%	36%	43%	38%	45%	25%
3. Organizasyonel Öğrenme- Sürekli Gelişim	Veritabanı	70%	66%	71%	70%	73%	73%	71%	79%	70%	72%	76%	72%
	Çalışma	60%	75%	--	63%	62%	60%	57%	69%	80%	69%	52%	69%
	Fark	10%	-9%		7%	11%	13%	14%	10%	-10%	3%	24%	3%
4. Hasta Güvenliği için Yönetim Desteği	Veritabanı	64%	63%	63%	74%	69%	69%	69%	76%	68%	73%	77%	69%
	Çalışma	53%	67%	--	58%	51%	55%	67%	56%	65%	67%	59%	60%
	Fark	11%	-4%		16%	18%	14%	2%	20%	3%	6%	18%	9%
5. Genel Hasta Güvenliği Algısı	Veritabanı	64%	56%	59%	70%	61%	64%	65%	72%	60%	74%	79%	67%
	Çalışma	65%	69%	--	64%	67%	63%	57%	63%	58%	78%	44%	64%
	Fark	-1%	-13%		6%	-6%	1%	8%	9%	2%	-4%	35%	3%

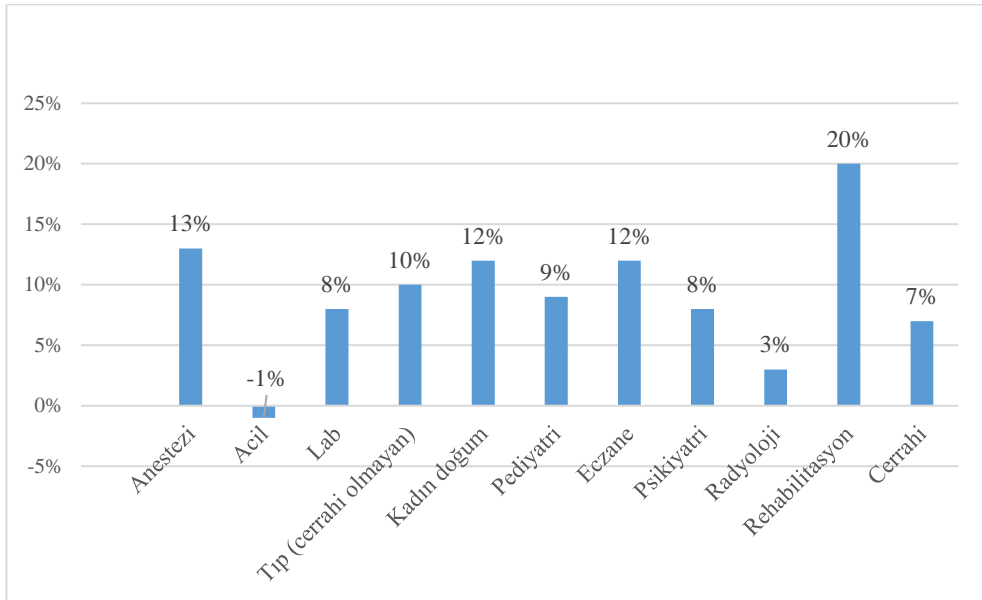
Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri		Anestezi	Acil	Yoğun bakım	Lab	Tıp (cerrahi olmayan)	Kadın doğum	Pediyatri	Eczane	Psikiyatri	Radyoloji	Rehabilitasyon	Cerrahi
6. Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim	Veritabanı	63%	62%	64%	66%	68%	66%	66%	74%	66%	69%	75%	68%
	Çalışma	70%	75%	--	68%	62%	63%	63%	78%	63%	76%	44%	73%
	Fark	-7%	-13%		-2%	6%	3%	3%	-4%	3%	-7%	31%	-5%
7. İletişim açıklığı	Veritabanı	67%	62%	63%	63%	64%	64%	65%	71%	62%	67%	73%	66%
	Çalışma	62%	53%	--	56%	44%	53%	54%	57%	56%	53%	56%	53%
	Fark	5%	9%		7%	20%	11%	11%	14%	6%	14%	17%	13%
8. Bildirilen olay sayısı	Veritabanı	62%	62%	62%	70%	66%	67%	67%	68%	67%	65%	67%	69%
	Çalışma	53%	77%	--	62%	56%	58%	74%	72%	59%	76%	70%	66%
	Fark	9%	-15%		8%	10%	9%	-7%	-4%	8%	-11%	-3%	3%
9. Birimler arası takım çalışması	Veritabanı	55%	52%	59%	58%	61%	61%	61%	62%	55%	64%	66%	58%
	Çalışma	34%	55%	--	52%	62%	53%	69%	50%	56%	57%	61%	51%
	Fark	21%	-3%		6%	-1%	8%	-8%	12%	-1%	7%	5%	7%

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri		Anestezi	Acil	Yoğun bakım	Lab	Tıp (cerrahi olmayan)	Kadın doğum	Pediyatri	Eczane	Psikiyatri	Radyoloji	Rehabilitasyon	Cerrahi
10. Personel	Veritabanı	51%	46%	52%	50%	50%	58%	60%	61%	52%	60%	63%	53%
	Çalışma	28%	34%	--	40%	46%	42%	32%	40%	32%	40%	56%	36%
	Fark	23%	12%		10%	4%	16%	28%	21%	20%	20%	7%	17%
11. Hasta devri & Transisyon	Veritabanı	44%	51%	51%	41%	48%	56%	52%	38%	45%	50%	44%	44%
	Çalışma	50%	56%	--	55%	48%	53%	73%	47%	50%	67%	64%	51%
	Fark	-6%	-5%		-14%	0%	3%	-21%	-9%	-5%	-17%	-20%	-7%
12. Cezasız hata yanıtı	Veritabanı	43%	40%	44%	42%	46%	47%	45%	59%	48%	47%	63%	47%
	Çalışma	17%	41%	--	30%	28%	39%	28%	31%	13%	53%	22%	35%
	Fark	26%	-1%		12%	18%	8%	17%	28%	35%	-6%	41%	12%
Genel Ortalama	Veritabanı	62%	60%	63%	63%	64%	66%	65%	69%	62%	67%	71%	64%
	Çalışma	49%	61%	--	55%	54%	54%	56%	57%	54%	64%	51%	57%
	Fark	13%	-1%	--	8%	10%	12%	9%	12%	8%	3%	20%	7%

Karşılaştırmaların yapılması için yöntem olarak Veritabanı ile çalışmamız arasındaki farklar alınmıştır. Bunun ayrıntılıları tablolardan görülmektedir. Farkın genel özeti olarak da şekildeki çubuk grafiklerden yararlanılabilir.

Çalışma alanına/ birime göre karşılaştırmalı ortalama pozitif yüzdeler (%) tablosu ve genel ortalamaların veritabanı ve çalışma arasındaki farkları şeklinden de görüleceği üzere veritabanı ile çalışmamız arasında minimum fark -%1 ile acil biriminde iken; maksimum fark ise %20 ile Rehabilitasyon biriminde görülmektedir.

Farkı küçükten büyüğe doğru sıralayacak olursak; acil, radyoloji, cerrahi, psikiyatri= laboratuvar, pediatri, tıp (cerrahi olmayan), eczane=kadın doğum, anestezi, rehabilitasyon şeklindedir.



Şekil 6.16 Çalışma Alanına/ Birime Göre Genel Ortalamaların Veritabanı ve Çalışma Arasındaki Farkları (%)

6.10.2. Personel pozisyonuna göre ortalama pozitif cevapların yüzde dağılımı

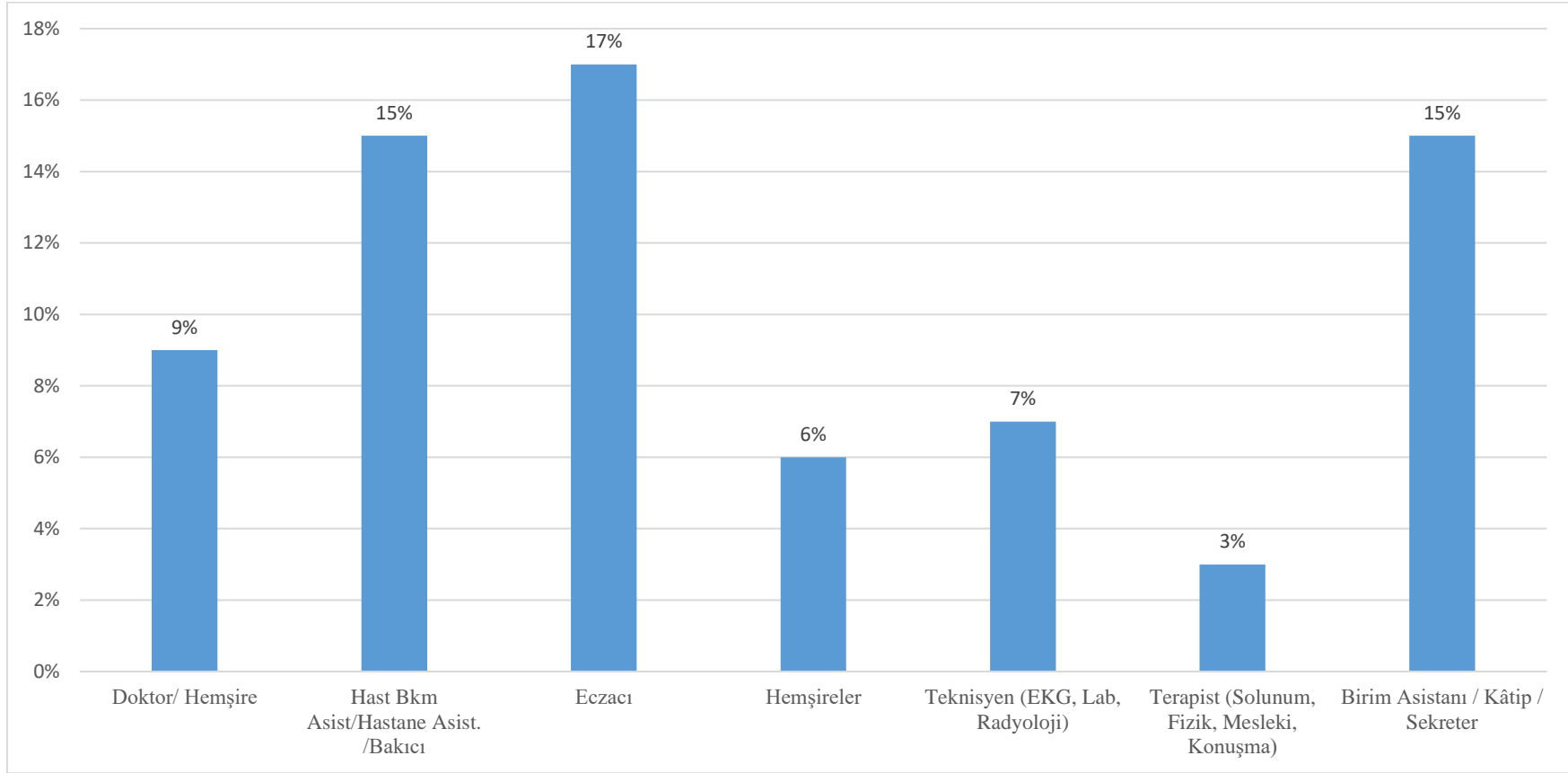
Tablo 6.7 Personel Pozisyonuna Göre Karşılaştırmalı Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri		Doktor /Hemşire	Diyetisyen	Hast Bkm Asist/Hastane Asist. /Bakıcı	Eczacı	Hemşireler	Teknisyen (EKG, Lab, Radyoloji)	Terapist (Solunum, Fizik, Mesleki, Konuşma)	Birim Asistanı / Kâtip / Sekreter
Veritabanı (n)	234.173	18.557	1.851	21.964	6.750	126.390	38.512	17.325	16.944
Çalışma (n)	306	73	4	12	6	118	84	5	23
1. Birimler İçinde Takım Çalışması	Veritabanı	85%	83%	78%	83%	83%	79%	87%	81%
	Çalışma	62%	--	67%	67%	68%	69%	80%	55%
	Fark	23%		11%	16%	15%	10%	7%	26%
2. Hasta Güvenliğini Destekleyen Beklenti ve Eylemler	Veritabanı	79%	83%	78%	83%	77%	78%	81%	82%

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri		Doktor /Hemşire	Diyetisyen	Hast Bkm Asist/Hastane Asist. /Bakıcı	Eczacı	Hemşireler	Teknisyen (EKG, Lab, Radyoloji)	Terapist (Solunum, Fizik, Mesleki, Konuşma)	Birim Asistanı / Kâtip / Sekreter
	Çalışma	45%	--	42%	46%	43%	51%	45%	32%
	Fark	34%		36%	37%	34%	27%	36%	50%
3. Organizasyonel Öğrenme- Sürekli Gelişim	Veritabanı	71%	72%	74%	79%	72%	71%	71%	73%
	Çalışma	59%	--	61%	78%	68%	65%	80%	55%
	Fark	12%		13%	1%	4%	6%	-9%	18%
4. Hasta Güvenliği için Yönetim Desteği	Veritabanı	70%	77%	73%	75%	65%	73%	73%	77%
	Çalışma	62%	--	47%	56%	60%	63%	80%	61%
	Fark	8%		26%	19%	5%	10%	-7%	16%
5. Genel Hasta Güvenliği Algısı	Veritabanı	65%	69%	63%	71%	61%	71%	73%	68%
	Çalışma	54%	--	58%	58%	67%	70%	65%	64%
	Fark	11%		5%	13%	-6%	1%	8%	4%
6. Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim	Veritabanı	64%	71%	71%	74%	65%	68%	69%	72%

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri		Doktor /Hemşire	Diyetisyen	Hast Bkm Asist/Hastane Asist. /Bakıcı	Eczacı	Hemşireler	Teknisyen (EKG, Lab, Radyoloji)	Terapist (Solunum, Fizik, Mesleki, Konuşma)	Birim Asistanı / Kâtip / Sekreter
	Çalışma	62%	--	67%	44%	74%	72%	100%	54%
	Fark	2%		4%	30%	-9%	-4%	-31%	18%
	Veritabanı	69%	68%	60%	73%	64%	64%	69%	64%
7. İletişim açıklığı	Çalışma	50%	--	39%	50%	56%	57%	60%	52%
	Fark	19%		21%	23%	8%	7%	9%	12%
	Veritabanı	61%	61%	71%	63%	67%	67%	61%	71%
8. Bildirilen olay sayısı	Çalışma	65%	--	36%	61%	71%	66%	93%	59%
	Fark	-4%		35%	2%	-4%	1%	-32%	12%
	Veritabanı	63%	66%	62%	64%	59%	61%	66%	63%
9. Birimler arası takım çalışması	Çalışma	61%	--	48%	54%	50%	57%	70%	63%
	Fark	2%		14%	10%	9%	4%	-4%	0%
	Veritabanı	53%	54%	47%	62%	53%	54%	60%	53%
10. Personel	Çalışma	40%	--	40%	46%	35%	42%	30%	29%
	Fark	13%		7%	16%	18%	12%	30%	24%
	Veritabanı	46%	42%	53%	38%	48%	47%	46%	50%
11. Hasta devri & Transisyon	Çalışma	58%	--	63%	50%	55%	58%	60%	59%
	Fark	-12%		-10%	-12%	-7%	-11%	-14%	-9%

Hasta Güvenliği Kùltürü Bileşenleri		Doktor /Hemşire	Diyetisyen	Hast Bkm Asist/Hastane Asist. /Bakıcı	Eczacı	Hemşireler	Teknisyen (EKG, Lab, Radyoloji)	Terapist (Solunum, Fizik, Mesleki, Konuşma)	Birim Asistanı / Kâtip / Sekreter
12. Cezasız hata yanıtı	Veritabanı	43%	52%	40%	63%	47%	45%	55%	43%
	Çalışma	37%	--	22%	17%	34%	33%	13%	28%
	Fark	6%		18%	46%	13%	12%	42%	15%
Genel Ortalama	Veritabanı	64%	67%	64%	69%	63%	65%	68%	66%
	Çalışma	55%	--	49%	52%	57%	58%	65%	51%
	Fark	9%		15%	17%	6%	7%	3%	15%



Şekil 6.17 Personel Pozisyonuna Göre Genel Ortalamaların Veritabanı ve Çalışma Arasındaki Farkları (%)

Personel pozisyonuna göre karşılaştırmalı ortalama pozitif yüzdeler (%) tablosundan ve genel ortalamaların veritabanı ve çalışma arasındaki farkları şeklinden de görüleceği üzere veritabanı ile çalışmamız arasında minimum fark %3 ile Terapistlerde (Solunum, Fizik, Mesleki, Konuşma) iken; maksimum fark %17 eczacılarda görülmektedir.

Farkı küçükten büyüğe doğru sıralayacak olursak;

- Terapistler
- Hemşireler
- Teknisyenler
- Doktorlar/ hemşire
- Hasta bakım asistanları/ Hastane asistanları/ Bakıcılar = bunlara eşit (Birim asistanları/ / Sekreterler)
- Eczacılar

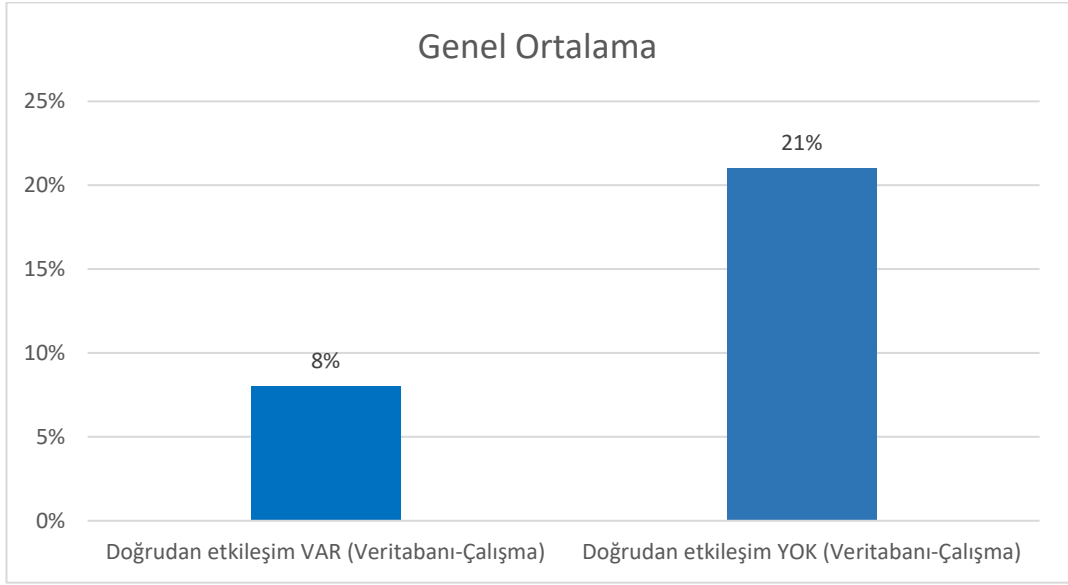
şeklinde sıralanmaktadır.

6.10.3. Hastalarla etkileşime göre karşılaştırmalı ortalama pozitif cevapların yüzde dağılımı

Tablo 6.8 Hastalarla Etkileşime Göre Karşılaştırmalı Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)

	Veritabanı Hastaneleri		Çalışma Hastaneleri	
	Hastalarla Etkileşim			
Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri	Doğrudan etkileşim VAR	Doğrudan etkileşim YOK	Doğrudan etkileşim VAR	Doğrudan etkileşim YOK
(n)	277.498	80.059	326	79
1. Birimler İçinde Takım Çalışması	82%	83%	68%	56%
2. Hasta Güvenliğini Destekleyen Beklenti ve Eylemler	79%	83%	46%	38%
3. Organizasyonel Öğrenme-Sürekli Gelişim	72%	74%	66%	52%
4. Hasta Güvenliği için Yönetim Desteği	70%	79%	62%	49%
5. Genel Hasta Güvenliği Algısı	66%	70%	65%	53%
6. Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim	68%	73%	71%	53%
7. İletişim açıklığı	65%	69%	56%	47%
8. Bildirilen olay sayısı	66%	70%	69%	55%
9. Birimler arası takım çalışması	61%	64%	57%	47%
10. Personel	54%	53%	38%	34%
11. Hasta devri & Transisyon	49%	44%	58%	53%
12. Cezasız hata yanıtı	47%	51%	34%	28%
Genel Ortalama	65%	68%	57%	47%

Hastalarla etkileşime göre karşılaştırmalı ortalama pozitif cevapların yüzde dağılımı tablosu ve genel ortalamaların veritabanı ve aşağıdaki çalışma arasındaki farkları şeklinden görüleceği üzere veritabanı ile çalışmamız arasında Doğrudan etkileşim olanlar arasındaki fark %8 iken; doğrudan etkileşim olmayan gruplar arasındaki fark %21 olarak saptanmıştır.



Şekil 6.18 Hastalarla Etkileşime Göre Genel Ortalamaların Veritabanı ve Çalışma Arasındaki Farkları (%)

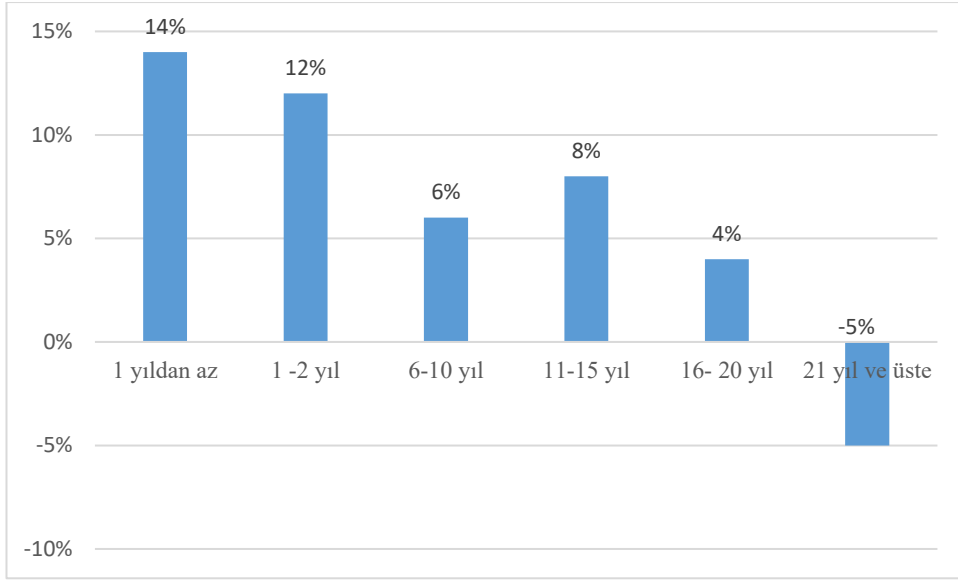
6.10.4. Görev süresine göre karşılaştırmalı ortalama pozitif yüzde dağılımı

Tablo 6.9 Görev Süresine Göre Karşılaştırmalı Ortalama Pozitif Yüzdeler (%)

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri	Görev Süresi						
		1 yıldan az	1 -2 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16- 20 yıl	21 yıl ve üstü
Veritabanı (n)	332.874	56.984	135.427	57.370	35.666	22.113	25.314
Çalışma Hastaneler Grubu: (n)	405	109	172	73	34	11	6
1. Birimler İçinde Takım Çalışması	Veritabanı	86%	82%	81%	82%	83%	84%
	Çalışma	67%	59%	73%	71%	64%	88%
	Fark	19%	23%	8%	11%	19%	-4%
2. Hasta Güvenliğini Destekleyen Beklenti ve Eylemler	Veritabanı	84%	79%	78%	79%	80%	82%
	Çalışma	47%	41%	46%	47%	52%	50%
	Fark	37%	38%	32%	32%	28%	32%
3. Organizasyonel Öğrenme-Sürekli Gelişim	Veritabanı	74%	72%	72%	73%	74%	76%
	Çalışma	67%	59%	67%	65%	55%	89%
	Fark	7%	13%	5%	8%	19%	-13%
4. Hasta Güvenliği için Yönetim Desteği	Veritabanı	78%	71%	70%	72%	73%	77%
	Çalışma	62%	57%	57%	62%	82%	89%
	Fark	16%	14%	13%	10%	-9%	-12%
5. Genel Hasta Güvenliği Algısı	Veritabanı	71%	65%	65%	66%	67%	70%
	Çalışma	65%	58%	67%	68%	48%	71%

Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri	Görev Süresi						
		1 yıldan az	1 -2 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16- 20 yıl	21 yıl ve üstü
	Fark	6%	7%	-2%	-2%	19%	-1%
6. Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim	Veritabanı	75%	68%	67%	68%	69%	69%
	Çalışma	73%	61%	68%	72%	85%	100%
	Fark	2%	7%	-1%	-4%	-16%	-31%
7. İletişim açıklığı	Veritabanı	70%	64%	64%	66%	67%	68%
	Çalışma	54%	53%	53%	57%	64%	67%
	Fark	16%	11%	11%	9%	3%	1%
8. Bildirilen olay sayısı	Veritabanı	70%	66%	67%	67%	68%	69%
	Çalışma	65%	63%	69%	66%	85%	89%
	Fark	5%	3%	-2%	1%	-17%	-20%
9. Birimler arası takım çalışması	Veritabanı	68%	60%	60%	61%	64%	66%
	Çalışma	57%	54%	52%	54%	66%	83%
	Fark	11%	6%	8%	7%	-2%	-17%
10. Personel	Veritabanı	56%	53%	54%	54%	55%	56%
	Çalışma	31%	38%	42%	38%	48%	42%
	Fark	25%	15%	12%	16%	7%	14%
11. Hasta devri & Transisyon	Veritabanı	54%	47%	46%	46%	48%	48%
	Çalışma	53%	58%	58%	53%	66%	75%
	Fark	1%	-11%	-12%	-7%	-18%	-27%
12. Cezasız hata yanıtı	Veritabanı	48%	48%	48%	49%	48%	52%
	Çalışma	31%	32%	37%	28%	36%	39%
	Fark	17%	16%	11%	21%	12%	13%
Genel Ortalama	Veritabanı	70%	65%	64%	65%	66%	68%
	Çalışma	56%	53%	58%	57%	62%	73%
	Fark	14%	12%	6%	8%	4%	-5%

Görev süresine göre karşılaştırmalı ortalama pozitif yüzdeler (%) tablosu ve görev süresine göre genel ortalamaların veritabanı ve çalışma arasındaki farkları (%) şeklinde veritabanı- çalışma yüzde farkları alınmıştır. Görüleceği üzere fark -%5 ile 21 yıl ve üzeri çalışanlarda iken; maksimum farkın %14 ile 1 yıldan az çalışanlar arasında görülmektedir.



Şekil 6.19 Görev Süresine Göre Genel Ortalamaların Veritabanı ve Çalışma Arasındaki Farkları (%)

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada özel bir sağlık grubuna ait hastanelerde çalışanların hasta güvenliği kültürünün incelenmesi amaçlanmıştır. Türkiye’de özel sağlık hizmeti sunucularının etkililiği her geçen gün artmaktadır. İstanbul kalabalık bir şehir olması ve özel sektöründe yoğunlukta olduğu sanayi bölgesinde yer alması gibi nedenlerle sağlık hizmeti alımında özel sağlık hizmetlerinin sıklıkla tercih edildiği şehirlerden biridir.

Bununla birlikte çalışma kapsamında yer alan özel sağlık grubu İstanbul şehrinin her iki yakasında farklı ekonomik ve demografik özelliklere sahip insanların ikamet ettiği semtlerde hastaneleri olması gibi bir özelliği de barındırmaktadır. Tüm bu özellikler birlikte değerlendirildiğinde Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğinin bütüncül değerlendirmeleri için özel sağlık grupları ve hastane bazlı değerlendirmelerin yapılması ve bu çalışmaların güncelleştirilmesinin yol göstereceği düşünülmektedir. Bu bölümde öncelikle çalışma sonuçları Türkiye’de yapılan benzer çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılmış ve daha sonra da Çalışma sonuçları ABD Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı’nın (AHRQ) veri tabanı sonuçları ile karşılaştırarak ele alınmıştır.

Katılımcıların %80’i görevlerinin yaparken hasta ile doğrudan iletişim içinde bulunmakta olan çalışanlardır. Katılımcıların %44’sinin hastanedeki çalışma süresi 1-5 yıl arasında değişmektedir. Çalışma saatleri açısından bakıldığında 1 haftada %47’si 40-59 saat; %32 ise 60-79 saat aralığında çalışmaktadır.

Katılımcıların %42’sinin mesleklerinde çalışma süresi de 1-5 yıl arasında değişmektedir. Tüm bu bilgiler bir arada değerlendirildiğinde araştırma yapılan hastaneler genç ve çalışma hayatının ilk dönemlerinde olan bir çalışan yapısına sahip olan ve çoğunluğunun tam zamanlı çalıştığı kurumsal bir yapıya sahiptir.

Dursun ve diğerleri (2010) tarafından özel bir hastanede yapılan araştırmada katılımcıların %85’inin doğrudan hastalarla etkileşim içinde olduğunu ifade ettiği ve çalışma saati olarak 50 saat ve daha fazla çalışmanın yoğunlukta (%66,9) olduğu sonucuna varılmıştır. Bu iki çalışmanın tanımlayıcı bilgileri birlikte değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri itibariyle de temelde

hastanede çalışan bireylerin hastalar ile doğrudan iletişim içinde oldukları ve vardiya ve diğer alternatif çalışma sistemleri ile haftada 40 saatten fazla çalışanların yoğunlukta oldukları söylenebilir (46).

Bu çalışmada hasta güvenliği bileşenleri için pozitif ortalama değerleri en yüksek olan boyutlar hata hakkında geri bildirim ve iletişim (%68) ve rapor edilen olayların sıklığı (%66) ile Gülay (2016) tarafından yapılan çalışmada ekipler içinde takım çalışması (%72) ve örgütsel öğrenme ve sürekli gelişme (%69) olarak belirlenmiştir. Çalışmada hasta güvenliği bileşenleri için pozitif ortalama değerleri en düşük olan boyutlar ise cezasız hata yanıtı (%33) ve personel istihdamı (%37) iken Gülay (2016) tarafından yapılan çalışmada da personel (%24) ve cezasız hata yanıtıdır (%27) (47).

Bu çalışma ile Gülay (2016) tarafından yapılan çalışmada bazı benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların %80'i Gülay (2016) tarafından yapılan çalışmada da %86'sı hasta güvenliğini artırmak için aktif olarak çalıştığını ifade etmişlerdir. Çalışmada katılımcıların %74'ü Gülay (2016) tarafından yapılan çalışmada da %75'i daha fazla iş yapmak için hasta güvenliğinden taviz verilmediğini belirtmişlerdir. Her iki çalışmada da hataların bildirim sıklığının en yüksek olduğu durum hatanın hastaya zarar verme olasılığı olduğu durumdur. Bu çalışmada %76; Gülay (2016) tarafından yapılan çalışmada %64 olarak görülmüştür (47).

Dursun ve arkadaşlarının (2010) n=181 sağlık personelinin ile yaptığı hastane çalışmasında, ortalama çalışma yılı $2,73 \pm 1,72$; birim bazında güvenlik kültürü tutumu ile hastane bazında güvenlik kültürü tutumları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Hastanede çalışma yılı bir yıldan daha az olanların birim ve hastane güvenlik kültürü tutumu yüksek bulunmuştur. (46).

Bu çalışmada hastanelerin hasta güvenlik düzeyini katılımcıların %50'si (%9 mükemmel, %41 çok iyi), Gülay (2016) tarafından yapılan çalışmada da %50'si (%12 mükemmel, %38 çok iyi), Dursun ve diğerleri (2010) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %64,1'i (mükemmel %14,9; çok iyi %49,2) yüksek olarak değerlendirmiştir. Çalışmada son 12 ayda bildirilen olay sayısını katılımcıların %68'i; Dursun ve diğerleri (2010) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %71,3'ü hiçbir olayı raporlamadıklarını ifade etmişlerdir (47).

Çalışma sonuçları ABD Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'nın ne son 2018 şubat ayında güncellen ve 630 hastanenin verilerinin yer aldığı veri tabanı ile de karşılaştırılmıştır. Hasta güvenliği kültürü boyutlarında elde edilen pozitif değerler açısından karşılaştırmalar yapıldığında en yüksek farkın (%20) Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Artırma Eylemleri boyutunda olduğu görülmektedir. Birbirine en yakın pozitif değerlerin olduğu boyutlar ise hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim (%1 fark), olay bildirim sıklığı (%1 fark) ve hasta güvenliğinde genel algıdır (%3fark).

Hasta güvenlik derecesini çalışmada katılımcıların %9'u mükemmel olarak belirtmişlerdir. AHRQ veri tabanında elde edilen oran ise %35'tir. Bununla birlikte çok iyi olarak ifade edenlerin yüzdesi bu çalışmada %41; AHRQ veri tabanı için %43'tür. Olay bildirim sıklığı açısından hiç bildirim yapmayanların yüzdesi çalışmada %68, AHRQ veri tabanı için %55 olarak hesaplanmıştır.

Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlarında olduğu düşünüldüğünde çalışma sonuçlarına göre özellikle cezasız hata yanıtı, personel istihdamı boyutlarında çalışmalar yapılmasının hastane çalışanlarının hasta güvenliği kültüründe olumlu yansımaları beraberinde getireceği düşünülmektedir.

Aydın (2010) bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada Hasta güvenliği yönünden hastanenin düzeyini değerlendirme durumu için %25,0 kötü; %56,5 ne iyi ne kötü; %18,5 iyi demiştir. Çalışmamızda hasta güvenlik düzeyi için genel not değerlendirmesine göre: %9 mükemmel, %41 çok iyi, %38 kabul edilebilir, %8 zayıf, %4 hatalı (başarısız) olarak değerlendirme yapmıştır (48).

Hasta güvenliği konusunda kurum tarafından bilgilendirilme durumu ile ilgili olarak Aydın'ın (n=308; yıl=2010) bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada %78'in bildirim yapmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda %68'inin hiç bildirim yapmadığı (son bir yılda) saptanmıştır. Çalışmamızda bildirim yapanların son 12 ayda %19'u 1 ile 2 olay olduğunu; %9'u 3-5 olay olduğunu; %2 6-10 olay olduğunu; %2'si 11-20 olay olduğunu %1 ise 21 ya da daha fazla olay olduğunu ifade etmişlerdir (48).

Tablo 7.1 Yıllara Göre Ülkemizde Yapılan Bazı Çalışmaların Olay Bildirim Yüzdesi

Yıllara Göre Çalışmalar	Son 12 ay içinde Bildirilen Olay Yüzdesi					
	Değerlendirilen anket (n)	Bildirim yok	1-2 Olay Raporu	3-5 Olay Raporu	6-10 Olay Raporu	11 + Olay Raporu
Çalışma Aycan (2019)	405	%68,0	%19	%9	%2	%2
Teleş (2011)	124	%79,8	%20,2	%0	%0	%0
Tansüyer (2010)	786	%97,7	%2	%0,3	%0	%0
Filiz (2009)	489	%84,4	%12,2	%3,3	%0	%0
Çakır (2007)	803	%81,5	%13,4	%3,3	%1,5	%0,3

Teleş (2011) Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi konulu çalışmasında sağlık personelinin %79,8'i son 12 ay içinde sıfır olay raporu doldurduğunu, %20,2'si ise 1 ya da 2 olay raporu doldurduğunu ifade etmiştir. Üç ya da daha fazla olay raporu dolduran hiç kimse bulunmamaktadır (49).

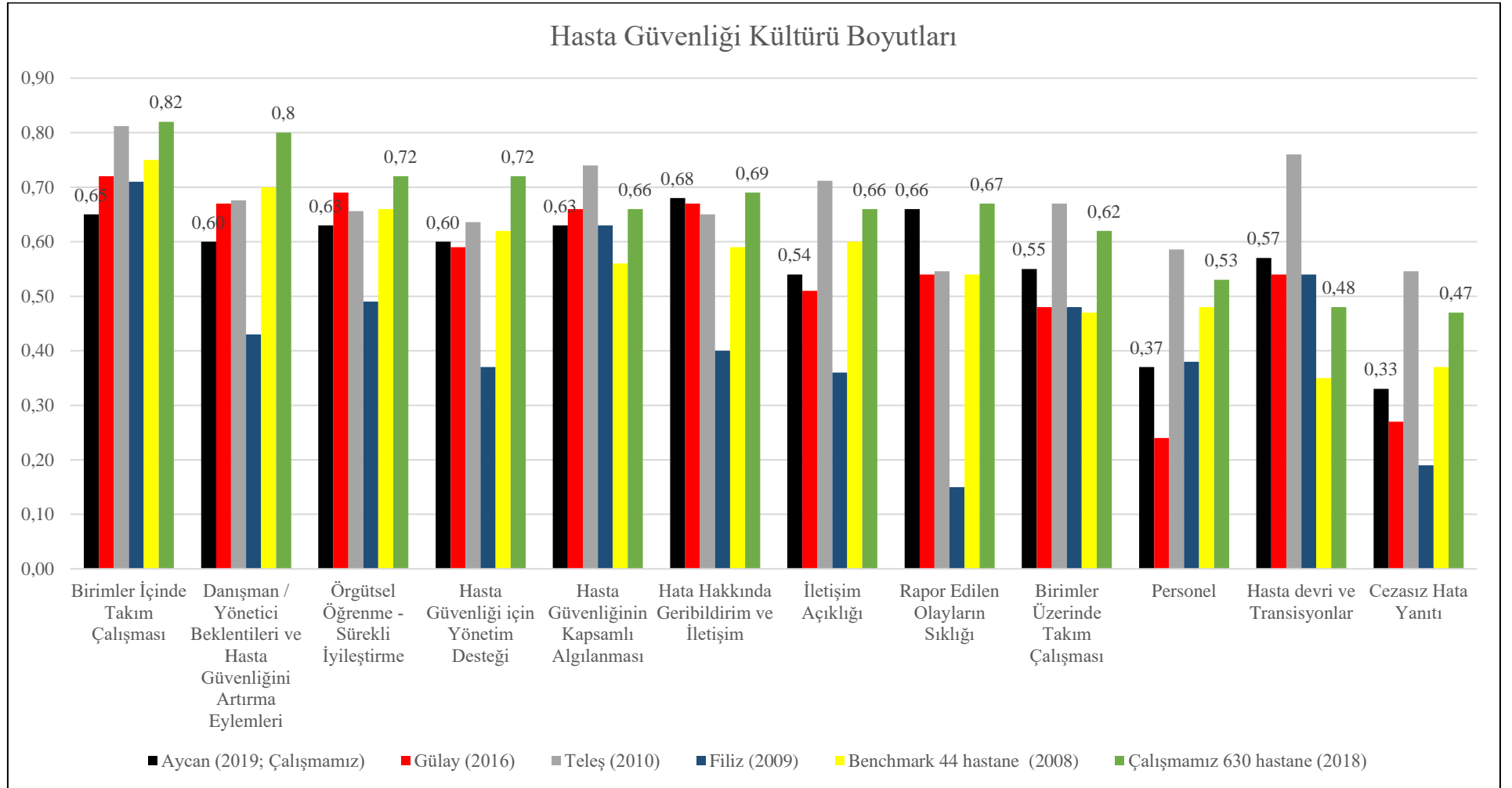
Benzer bir şekilde hiç bildirim yapılmayan bazı çalışma oranları şu şekildedir (50, 51, 52):

- Tansüyer (2010)'in çalışmasında katılımcıların %97,7
- Filiz (2009)'in çalışmasında ise katılımcıların %84,4
- Çakır (2007)'in çalışmasında katılımcıların %81,5

Görüldüğü gibi bizim çalışmamızda daha fazla olayın rapor edildiği anlaşılmaktadır. Ayrıca yukarıdaki 4 çalışmada da 6-10 ve 11 ve üzeri bildirim yapılan olay sayısının da bizim çalışmamızdan daha az olduğu görülmüştür. Sonuç olarak bizim çalışmamızdaki hata bildirim kültürünün daha gelişmiş olduğundan bahsedilebilir.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülen Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına ilişkin algılarının Genel Dağılımı Boyutların değerlendirilmesinde ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5'li likert tipi ölçeğin kullanıldığı araştırmada (n=124), sağlık personelinin hasta güvenliği Kültürü algıları boyutlarının genel ortalaması 3,33 yani %66,6 bizim çalışmamız ise %56 çıkmıştır (49).

ABD'de 400 ve üzeri yataklı hastanelerde (n=47) uygulanan hasta güvenliği kültürü hastane anketinin sonuçlarıyla ve 2018 çalışmamız 630 hastane verisi de (Benchmark skor) karşılaştırılmıştır. Böylece hem iki skorun karşılaştırması yani hasta kültürünün yıllara göre değişimi hakkında bir veri olarak değerlendirilebilecektir (53).



Şekil 7.1 Hasta Güvenlik Boyutuna Verilen Pozitif Karşılaştırmalı Yanıt Dağılımları

Yukarıdaki şekilden (Şekil 7.1) görüleceği üzere Hata Hakkında Geribildirim ve İletişim konusunda çalışmamızın ilgili çalışmalar arasında en yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca “Rapor Edilen Olayların Sıklığında” da çalışmamızın sonuçlarının, ABD Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı’nın ne son 2018 şubat ayında güncellenen ve 630 hastanenin verilerinin yer aldığı veri tabanı ile benzer olduğu saptanmıştır.

Özcan TH, (n=284; yıl= 2018) Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü konulu yüksek lisans tezinde çalışanların güvenlik tutumları ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılarının sosyo-demografik özelliklere göre değiştiğini vurgulamaktadır. Bu nedenle hastane yöneticileri çalışanların sosyo-demografik özelliklerini bilmeli ve hasta güvenliği konusunda bu özellikleri dikkate almalıdır (54).

Birim içi uyum ve birimler arası uyum hasta güvenliği kültürünün artmasına ve bütün personel arasında yayılmasında etkili olacaktır. Birim içindeki uyum ne kadar yüksek ise birime yeni katılan personelin uyumu hızlı olacaktır ve personelin hasta güvenliği kültürüne adaptasyon sürecini hızlandıracaktır.

Personel önerilerinin dikkate alınması, personelin hasta güvenliği uygulamalarının merkezinde olması hasta güvenliği kültürünün gelişmesinde etkili olacaktır. Sürekli hasta güvenliği eğitimlerinin yapılması, yapılan iyileştirmelerden tüm personelin hızla bilgilendirilmesi ve bu eğitimlere katılımın yüksek olması hasta güvenliği kültürünün sürdürülebilirliği açısından önemlidir.

Hastane yönetiminin hasta güvenliğini birinci öncelik olarak belirlemesi, hasta güvenliğini teşvik eden bir çalışma ortamını hazırlaması hasta güvenliği kültürünün oluşması ve güvenliğin uygulanabilir olması için önemlidir. Hastane personeli güvenliği ikinci plana atarak iş üretmemeli ve yöneticiler güvenliği riske atacak isteklerde bulunmamalıdır. Örneğin personelin, çalışması gereken saatten fazla çalışması veya izinlerini kullanamamaları hasta güvenliğini riske koyabilmektedir.

Hastane personelinin yeterli sayıda olmaması, sık iş değiştirmesi hasta güvenliği kültürünü olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Tecrübe sahibi, işinden memnun çalışan sayısı arttıkça hasta güvenliği kültürünün gelişeceği düşünülmektedir.

Hastaların bir birimden diğere aktarılması ve birimler arası bilgi alışverişı iyi planlanmalıdır. Sözel bilgilendirmeye müsaade edilmemeli, aktarımlar mutlaka yazılı olarak yapılmalıdır. Hastane personeli yaptığı hatanın kendisine karşı kullanılabileceğı bunun siciline işleneceğı ve hata nedeniyle ceza alabileceğı veya işten atılacağı kaygısı hissederse hata bildirimlerini yapmayıp bunları gizleme yolunu seçebilir. Hastane personelinin hasta güvenliğı ile ilgili hata bildirimleri teşvik edilmelidir.

8. KAYNAKLAR

1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 (<https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>, erişim 23 Ekim 2018).
2. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>, erişim 23 Ekim 2018).
3. Hughes RG, Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008
4. Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, et al., editors. Patient safety: achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
5. Clancy CM, Farquhar MB, Sharp BA. Patient safety in nursing practice. J Nurs Care Qual. 2005 Jul-Sep;20(3):193–7.
6. Study Group on Human Factors. Organising for safety: third report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations). Sudbury, England: HSE Books; 1993.
7. Sorra J, Gray L, Stregale S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide, Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
8. Aydın Ş, Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algılamaları. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Sivas, 2010.
9. Sammer, E., Christine, L. Kristine, Singh P., Karan, Mains A., Douglas, Lackan, Nuha, A., “What is Patient Safety Culture? A Review of Literature”, Journal of Nursing Scholarship, 156- 165, 2010.
10. Çevik G, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Isparta, 2018.

11. Porter, R. *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity From Antiquity to the Present*, Fontana Press, London, 1999
12. Chantler, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. *The Lancet*, 353, 1178–1181, 1999
13. Sharpe, V.A. and Faden, A.I. *Medical Harm. Historical, Conceptual and Ethical Dimensions of Iatrogenic Illness*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998
14. Macrae C *Close Calls: Managing Risk and Resilience in Airline Flight Safety*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014
15. National Patient Safety Foundation *Free from harm: Accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human*. National Patient Safety Foundation, Boston, MA; 2015, (<http://www.NPSF.org>, 10 Eylül 2019)
16. Wachter, R. M. *Understanding patient safety*. New York: McGraw-Hill, 2008
17. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993.
18. Ong, M., Bostrom, A., Vidyarthi, A., McCulloch, C., & Auerbach, A. House staff team workload and organization effects on patient outcomes in an academic general internal medicine inpatient service. *Archives of Internal Medicine*, 167, 47–52, 2007.
19. Rasmussen, J. Risk management in a dynamic society: A modelling problem. *Safety Science*, 27(2–3), 183–213, 1997.
20. Leape, LL., Woods, DD., Hatlie, MJ. Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD. Promoting patient safety by preventing medical error. *Journal of the American Medical Association*, 280(16), 1444–1447, 1998.
21. Cox, S. and Flin, R. Safety culture. Philosopher’s stone or man of straw. *Work and Stress*, 12, 189–201, 1998.
22. Vincent, C.A. *Patient Safety*, 1st edn, Elsevier, Edinburgh, 2006
23. Reason, J.T. *Managing the Risks of Organisational Accidents*, Ashgate, Aldershot, 1997

24. Nieva, V.F. and Sorra, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12(Suppl. II), ii17–ii23, 2003
25. Pronovost, P., Weast, B., Holzmueller, CG. Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, Feroli ER, Sexton JB, Rubin HR. Evaluation of the culture of safety: a survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 405–410, 2003.
26. 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. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 112–118, 2003.
27. Singer, SJ., Gaba, DM., Falwell, A. Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Medical Care*, 47(1), 23–31, 2009.
28. Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.H., Dellinger, E.P., Dziekan, G., Herbosa, T., Kibatala P.L., Lapitan, M.C., Merry, A.F., Reznick, R.K., Taylor, B., Vats, A. and Gawande, A.A. 2011. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality & Safety*, 20, 102–7.
29. Weick, K.E.. Organization culture as a source of high reliability. *California Management Review*, 29, 112–27, 1987.
30. Roberts, K.H. Some characteristics of one type of high reliability organization. *Organization Science*, 1(2), 160–76, 1990.
31. Hofstede, G., Neuijen, B., Ohayv, D. and Sanders, G. Measuring organizational cultures: A qualitative and quantitative study across twenty cases. *Administrative Science Quarterly*, 35, 286–316, 1990.
32. Westrum, R. A typology of organizational cultures. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl II), ii22–ii27, 2004.
33. Westrum, R. and Adamski, A. Organization factors associated with safety and mission success in aviation environments. In D.J. Garland, J.A. Wise and V.D. Hopkins (eds), *Aviation Human Factors*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1999.

34. Kohn, L., Corrigan, J. and Donaldson, M. (eds). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine Report. Washington, DC: National Academies Press, 2000.
35. Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC).. *Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact*, 2000. (<http://archive.ahrq.gov/quic/report/mederr2.htm>, Erişim tarihi: 10/07/2019).
36. Cannon-Bowers, J.A., Tannenbaum, S.I., Salas, E. and Volpe, C.E. Defining competencies and establishing team training requirements. In R.A. Guzzo and E. Salas (eds), *Team Effectiveness and Decision Making in Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass, 333–80, 1995.
37. Batalden, P.B., Mohr, J.J., Nelson, E.C., Plume, S.K., Baker, G.R., Wasson, J.H., Stoltz, P.K., Splaine, M.E. and Wisniewski, J.J. Continually improving the health and value of health care for a population of patients: The panel management process. *Quality Management in Health Care*, 5, 41–51, 1997.
38. Mohr, J.J., Batalden, P. and Barach, P. Integrating patient safety into the clinical microsystem. *Quality and Safety in Health Care*, 13(SupplII), ii34–ii38, 2004.
39. Edmondson, AC. Learning from failure in health care: Frequent opportunities, pervasive barriers. *Qual Saf Health Care*, 13, ii3–ii9, 2004.
40. Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Smith, S., Liu, H. and Ragan, M. *Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User Comparative and Database Report (AHRQ Pub. No. 12-0052)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012. (<http://www.ahrq.gov/qual/mosurvey12>, Erişim tarihi 14/07/2019).
41. Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilands, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P.R. and Thomas, E.J. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44, 2006.
42. Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260, 1743–8, 1998.
43. Vincent, C.A., Taylor-Adams, S. and Stanhope, N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, 316, 1154–7, 1998.

44. Thomas, E.J., Sexton, J.B., Neilands, T.B., Frankel, A. and Helmreich, R.L. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. *BMC Health Services Research*, 5, 28, 2005.
45. Frankel, A.S., Grillo, S. and Pittman, M.A. *Patient Safety Leadership Walk-Rounds (TM) Guide*. Chicago: Health Research and Educational Trust, 2006.
46. Dursun, Salih & Bayram, Nuran & Aytaç, Serpil. A survey on patient safety culture. *Celal Bayar Univ Sosyal Bilimler*. 8. 1-14, 2010.
47. Gülay H, Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. İMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.49-110, İstanbul, 2016.
48. Aydın Ş, Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algılamaları. Cumhuriyet Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.40-71, Sivas, 2010.
49. Teleş M, Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi. HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.87-148, Ankara, 2011.
50. Tansüyer T, Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
51. Çakır A, Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.
52. Filiz E, Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2009.
53. 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.
54. Özcan TH, Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s.97-97, Ankara, 2018.

9. EKLER

Hasta Güvenliği Hastane Anketi

Talimatlar

Bu anket, hastanemizdeki hasta güvenliği sorunları, tıbbi hata ve olay bildirimini hakkındaki görüşlerinizi sormaktadır. (Anket Süresi; 10-15 dakika).

Bir soruyu cevaplamak istemiyorsanız veya bir soru sizin için geçerli değilse, cevabınızı boş bırakabilirsiniz.

• Bir "*olay*", hastanın zarar görüp görmediğine bakılmaksızın her türlü hata, yanlış, olay, kaza veya sapma olarak tanımlanmaktadır.

• "*Hasta güvenliği*", hasta bakımı yaralanmalarının veya sağlık hizmeti sunumunun yol açtığı olumsuz olayların önlenmesi ve kaçınılması olarak tanımlanmaktadır.

Demografik Bilgiler

1-Cinsiyetiniz ?

Erkek Bayan

2-Yaşınız ?

20 yaş altı 21-30 yaş 31-40 yaş 41-50 yaş 51 yaş üstü

3-Medeni Durumunuz ?

Bekar Evli Boşanmış

4-Eğitim Durumunuz ?

İlk Öğretim Orta Öğretim/Lise Ön-lisans Lisans Yüksek lisans

Doktora

BÖLÜMA: Çalışma Alanınız / Biriminiz

Bu ankette, çalışma zamanınızın çoğunu harcadığınız veya klinik hizmetlerinizin çoğunu sağladığınız hastanenin çalışma alanı, bölümü veya klinik alanı olarak "ünitenizi" düşününüz.

Bu hastanede birincil çalışma alanınız veya biriminiz nedir? **BİR** cevap seçin.

<input type="checkbox"/> Birçok farklı hastane ünitesi / Özel birim yok	<input type="checkbox"/> Psikiyatri / Ruhsal sağlık
<input type="checkbox"/> Tıp (cerrahi dışı)	<input type="checkbox"/> Rehabilitasyon
<input type="checkbox"/> Cerrahi	<input type="checkbox"/> Eczane
<input type="checkbox"/> Kadın Doğum	<input type="checkbox"/> Laboratuvar
<input type="checkbox"/> Pediatri	<input type="checkbox"/> Radyoloji
<input type="checkbox"/> Acil servis	<input type="checkbox"/> Anesteziyoloji

<input type="checkbox"/> Yoğun bakım ünitesi (herhangi bir tip)	
<input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen Belirtiniz)	

Lütfen çalışma alanınız / ünitenizle ilgili aşağıdaki ifadelere katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtiniz.

Hastane çalışma alanınız / ünitenizi düşününüz...

1 Kesinlikle katılmıyorum	4 Katılıyorum
2 Katılmıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
3 Nadiren katılıyorum	

1.		Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Nadiren katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
----	--	----------------------	--------------	---------------------	-------------	---------------------

- İnsanlar bu birimde birbirlerini desteklerler.
1 2 3 4 5
- İş yükünün üstesinden gelmek için yeterli personele sahibiz.
1 2 3 4 5
- Çok fazla işin hızlı bir şekilde yapılması gerektiğinde, işi halletmek için bir ekip olarak birlikte çalışırız.
1 2 3 4 5
- Bu ünite de insanlar birbirlerine saygıyla davranırlar.
1 2 3 4 5
- Bu birimdeki personel, hasta bakımı için olması gerekenden daha uzun saatler çalışmaktadır.
1 2 3 4 5
- Aktif olarak hasta güvenliğini arttırmak için çalışıyoruz.
1 2 3 4 5
- En iyi hasta bakımını gerçekleştirmek için ekstra/geçici personel kullanıyoruz.
1 2 3 4 5
- Personel hata yaptığında yapılan hatanın kendilerine karşı kullanılabileceğini düşünür.
1 2 3 4 5
- Hatalar burada olumlu değişikliklere neden olmaktadır.
1 2 3 4 5
- Burada daha ciddi hatalann gerçekleşmemesi tesadüf eserdir.
1 2 3 4 5

11. Bu ünitedeki bir alan gerçekten kalabalık olduğunda, birimin diğer çalışanları kalabalığı azaltmak amacıyla yardıma koşar.
1 2 3 4 5
12. Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil kişinin rapor edildiği hissedilmektedir.
1 2 3 4 5
13. Hasta güvenliğini artırmak için değişiklikler yaptıktan sonra, etkinliklerini değerlendiririz.
1 2 3 4 5
14. Çok fazla ve hızlı iş çıkarmak için "kriz modunda" çalışıyoruz.
1 2 3 4 5
15. Daha fazla iş yapılması için hasta güvenliği asla feda edilmez.
1 2 3 4 5
16. Personel, yaptıkları hataların personel dosyasında tutulmasından endişe duyar.
1 2 3 4 5
17. Bu ünite de hasta güvenliği sorunlarımız vardır.
1 2 3 4 5
18. Prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların önlenmesinde etkindir.
1 2 3 4 5

BÖLÜM B: Sefiniz / Yöneticiniz

Lütfen doğrudan amiriniz / yöneticiniz veya doğrudan rapor verdiğiniz kişi hakkında aşağıdaki ifadelere katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtiniz.

1 Kesinlikle katılmıyorum	4 Katılıyorum
2 Katılmıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
3 Nadiren katılıyorum	

1. Danışmanım / yöneticim, yerleşik hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılması gereken bir işi hallettiğimde, iyi sözler söyler.
1 2 3 4 5
2. Süpervizörüm / yöneticim, hasta güvenliğinin artırılması konusunda personel önerilerini ciddiye alır.
1 2 3 4 5
3. Ne zaman gerilim/iş yükü artsa, amirim / yöneticim kestime yollar kullanıyor olsak bile daha hızlı çalışmamızı ister.
1 2 3 4 5
4. Danışmanım / yöneticim, hasta güvenliği sorunları meydana geldiğinde, oluşan durumu tekrar tekrar inceler.
1 2 3 4 5

BÖLÜM C: İletişim

Çalışma alanınızda / biriminizde aşağıdaki olaylar ne sıklıkla gerçekleşir?

Hastane çalışma alanınızı / ünitenizi düşünün...

1 Asla	4 Çoğu zaman
2 Nadiren	5 Her zaman
3 Ara sıra	

1. Etkinlik raporlarına dayanarak yapılan değişiklikler hakkında geri bildirim alırsız.
1 2 3 4 5
2. Hasta bakımını etkileyecek olumsuz olabilecek bir şey görürlerse, personel serbestçe bunu dile getirebilir.
1 2 3 4 5
3. Bu birimde meydana gelen hatalar hakkında bilgilendiriliriz.
1 2 3 4 5
4. Personel, daha fazla otoriteye sahip kişilerin kararlarını veya eylemlerini sorgulamaktan çekinir.
1 2 3 4 5
5. Bu ünite de hataların tekrar olmasını önlemenin yollarını tartışırız.
1 2 3 4 5
6. Çalışanlar bir şey doğru görünmediğinde soru sormaktan korkarlar.
1 2 3 4 5

BÖLÜM D: Bildirilen Olayların Sıklığı

Hastane çalışma alanınızda / biriminizde, aşağıdaki hatalar gerçekleştiğinde, ne sıklıkla bildirilir?

1 Asla	4 Çoğu zaman
2 Nadiren	5 Her zaman
3 Ara sıra	

1. Bir hata yapıldığında, ancak hastayı etkilemeden önce yakalanıp düzeltildiğinde, bu durum ne sıklıkla bildirilir?
1 2 3 4 5
2. Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli yoksa, bu durum ne kadar sıklıkla bildirilir?
1 2 3 4 5
3. Hastaya zarar verebilecek bir hata yapıldığında, bu durum ne sıklıkla bildirilir?
1 2 3 4 5

BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Sınıfı

Lütfen bu hastanedeki çalışma alanınızı / ünitenizi hasta güvenliği konusunda genel bir not verin.

- A. Mükemmel
- B. Çok iyi
- C. Kabul edilebilir
- D. Zayıf
- E. Hatalı

BÖLÜM F: Hastanemiz

Lütfen, hastanemizle ilgili aşağıdaki ifadelere katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtin.

Hastanemizi düşünün...

1 Kesinlikle katılmıyorum	4 Katılıyorum
2 Katılmıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
3 Nadiren katılıyorum	

1. Hastane yönetimi, hasta güvenliğini teşvik eden bir çalışma ortamı sağlar.
1 2 3 4 5
2. Hastane birimleri birbirleriyle iyi uyum sağlayamazlar.
1 2 3 4 5
3. Hastaları bir üniteden diğerine aktarırken aksaklıklar meydana gelir (işler unutulur)
1 2 3 4 5
4. Birlikte çalışması gereken hastane birimleri arasında iyi bir iş birliği vardır.
1 2 3 4 5
5. Vardiya değişikliklerinde önemli hasta bakımı bilgileri sıklıkla kaybolur.
1 2 3 4 5
6. Diğer hastane birimlerinden gelen personel ile çalışmak genellikle rahatsız edicidir.
1 2 3 4 5
7. Hastane birimleri arasında bilgi alışverişinde sık sık problemler ortaya çıkar.
1 2 3 4 5
8. Hastane yönetiminin eylemleri, hasta güvenliğinin birinci öncelik olduğunu göstermektedir.
1 2 3 4 5
9. Hastane yönetimi, yalnızca olumsuz bir olay gerçekleşikten sonra hastanın güvenliğine ilgi duyuyor gibi gözükmektedir.
1 2 3 4 5
10. Hastane birimleri hastalara en iyi bakımı sağlamak için birlikte çalışırlar.
1 2 3 4 5
11. Bu hastanedeki hastalar için vardiya değişimi sorunludur.
1 2 3 4 5

BÖLÜM G: Bildirilen Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç tane ters olay raporu doldurup gönderdiniz?

- Olay raporu yok
- 1-2 olay raporu
- 3 ila 5 olay raporu
- 6-10 olay raporu
- 11-20 olay raporu
- 21 olay raporu veya daha fazlası

BÖLÜM H: Arka Plan Bilgisi

Bu bilgi anket sonuçlarının analizinde yardımcı olacaktır.

1. Bu hastanede ne kadar zamandır çalışıyorsunuz?

- 1 yıldan daha az
- 1 ila 5 yıl
- 6 ila 10 yıl
- 11 ila 15 yıl
- 16 ila 20 yıl
- 21 yıl veya daha fazla

2. Mevcut hastane çalışma alanınızda / biriminizde ne kadar zamandır çalışıyorsunuz?

- 1 yıldan daha az
- 1 ila 5 yıl
- 6 ila 10 yıl
- 11 ila 15 yıl
- 16 ila 20 yıl
- 21 yıl veya daha fazla

3. Genellikle, bu hastanede haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

- Haftada 20 saatten az
 Haftada 20 ila 39 saat
 Haftada 40-59 saat
 Haftada 60-79 saat
 Haftada 80 ila 99 saat
 Haftada 100 saat veya daha fazla

4. Bu hastanedeki personelinizin konumu nedir? Personel pozisyonunuzu en iyi tarif eden BİR cevap seçeneğini seçin.

- Hemşire (Full time)
 Doktor Asistanı / Hemşire Uygulayıcısı
 Hemşire (Part-time)
 Hasta Bakımı Asistanı / Hastane Asistanı / Bakım Ortağı
 Katılan / Personel Hekimi n. Diğer (Lütfen Belirtin):
 Yerleşik Doktor / Eğitimde Doktor
 Eczacı
 Diyetisyen
 Birim Asistanı / Kâtip / Sekreter
 Solunum terapisti
 Fiziksel, Mesleki veya Konuşma Terapisti
 Teknisyen (örneğin, EKG, Lab, Radyoloji)
 Yönetim
 Diğer

5. Personel pozisyonunuzda, tipik olarak doğrudan etkileşime ya da hastalarla temasa geçiyor musunuz?

- a. EVET, tipik olarak hastalar ile doğrudan etkileşime girerim veya temaslarım olur.
b. HAYIR, genellikle hastalarla doğrudan etkileşime girmem ya da temas etmem.

6. Mevcut uzmanlık veya mesleğinizde ne kadar zamandır çalışıyorsunuz?

- 1 yıldan daha az
 1 ila 5 yıl
 6 ila 10 yıl
 11 ila 15 yıl
 16 ila 20 yıl
 21 yıl veya daha fazla

BÖLÜM I: Yorumlarınız

Lütfen hastanemizdeki hasta güvenliği, hata veya olay bildirimini hakkında herhangi bir yorum yazmaktan çekinmeyin.

BU ANKETİ TAMAMLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.

10. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.18411
Konu : Etik Kurulu Kararı

20/06/2019

Sayın Ahmet AYCAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Hasta Güvenliği Kültürünün Ölçümlemesine Yönelik Bir Araştırma" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

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

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 20.06.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://cbys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 1B2393B8XF kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hasta Güvenliği Kültürünün Ölçümlenmesine Yönelik Bir Araştırma			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ahmet AYCAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		30/05/2019		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 474	Tarih: 14/06/2019		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	AHMET	Soyadı	AYCAN
DoğumYeri	DENİZLİ	Doğum Tarihi	12.10.1979
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	258*****44
E-mail	ahmet.aycan@medipol.com.tr	Tel	05377903740

Eğitim Düzey

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Denizli Lisesi	1996
Lisans	Anadolu Üniversitesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Tıbbi Görüntüleme Sorumlu	Medipol Sağlık Grubu	15yıl (2005-)
Tıbbi Görüntüleme Sorumlu	Acıbadem Sağlık Grubu	6 yıl (1998-2004)
Tıbbi Görüntüleme Teknikeri	Florence Nightingale Gayrettepe	1yıl (1997-1998)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	İyi

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	59,62	59,66	69,95
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office	İyi

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