

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**FATSA DEVLET HASTANESİ
AMELİYATHANE BİRİMİNDE RİSK
ANALİZİ YÖNTEMİYLE RAMAK KALA
OLAYLARIN BELİRLENMESİ VE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖZLEM GÜR

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2017

TEZ KODU: DEU.HSL.MSc-2014970094

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**FATSA DEVLET HASTANESİ
AMELİYATHANE BİRİMİNDE RİSK
ANALİZİ YÖNTEMİYLE RAMAK KALA
OLAYLARIN BELİRLENMESİ VE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ÖZLEM GÜR

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. A. Hüseyin BASKIN

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2014970094

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans programı öğrencisi **Özlem GÜR 'FATSA DEVLET HASTANESİ AMELİYATHANE BİRİMİNDE RİSK ANALİZİ YÖNTEMİYLE RAMAK KALA OLAYLARIN BELİRLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ'** konulu Yüksek Lisans tezini 1 Aralık 2017 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Hüseyin BASKIN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı

BAŞKAN



Prof. Dr. Serhan SAKARYA

Adnan Menderes Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Anabilim Dalı

ÜYE



Prof. Dr. Tonay İNCEBOZ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon

Anabilim Dalı

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Barçın ÖZTÜRK

Adnan Menderes Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Anabilim Dalı

YEDEK ÜYE

Prof. Dr. Mete EDİZER

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon

Anabilim Dalı

YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ.....	IV
GRAFİK DİZİNİ	V
ŞEKİL DİZİNİ.....	VI
KISALTMALAR.....	VII
TEŞEKKÜR	VIII
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
2.GENEL BİLGİLER	9
2.1 Temel Kavramlar Ve Tanımları	9
2.2 Risk Kavramı.....	9
2.3. Risk Analizi ve Risk Değerlendirmesi.....	10
2.4. Risk Yönetimi	11
2.5. Risk yönetim süreci	13
2.6. Risklerin Kök Neden Analiz Süreci	14
2.7. Ramak Kala Olay Kavramı	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/ çalışma grupları.....	16
3.4. Çalışma Materyali.....	16
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.6. Veri Toplama Araçları	18
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22
3.10. Etik Kurul Onayı	22
4. BULGULAR.....	23

4.1. Farkındalık Eğitimi Öncesi Bilgi Pekiştirme	23
4.2 Farkındalık Eğitimi.....	27
4.3. Ramak Kala Olayların Belirlenmesi.....	27
4.4. Ramak Kala Olaylara Balık Kılçığı Yöntemi (Etki-Neden Analizi) Yöntemi Uygulanması	28
4.4.1. Ramak Kala Olay 1: Ameliyathane Giriş Kapısından Yanlış Dosya İle Hasta Kabulü.....	29
4.4.2. Ramak kala olay 2: Pre-op bekleme odasında hastanın kan şekerinin düşmesi	30
4.4.3. Ramak kala olay 3: Yanlış Taraf Cerrahisi	31
4.4.4. Ramak Kala Olay 4: Hastanın Yanlış Doktor Tarafından Opere Edilmesi.....	32
4.4.5. Ramak kala olay 5: Yanlış İlaç Uygulaması.....	33
4.4.6. Ramak Kala Olay 6: Personelin Düşmesi	34
4.4.7. Ramak kala olay 7: Hasta Kapatılmadan Tıbbi Ekipmanın Hastada Unutulması ..	35
4.4.8. Ramak kala olay 8: Personelin Kesici Delici Alet Yaralanması.....	36
4.4.10. Ramak kala olay 10: Spinal Anestezi Alan Hastanın Post-Op Odasında Durumunun Kötüleşmesi	38
4.4.11. Ramak kala olay 11: Hastanın Yanlış Servise Transferi.....	39
4.5. Ramak Kala Olayların Risk Seviyesinin Belirlenmesi.....	39
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
7. KAYNAKLAR	64
8.EKLER.....	66
EK 1: Fatsa Devlet Hastanesi Hastane Kurum İzni	66
EK 2: Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Kurum İzni.....	67
EK 3: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Ve Laboratuvar Araştırmalı Etik Kurul İzin Belgesi	68
EK 4: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Ve Ramak Kala Olay Hakkında Bilgi Pekiştirme Anketi	70
EK 5 : ARBİS ÖZGEÇMİŞ.....	71

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Risk Değerlendirme Tablosu	11
Tablo 2: Etki Olasılık Analizi.....	19
Tablo 3: Risk Değerlendirme Kriteri Tablosu.....	20
Tablo 4: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi Öncül Çalışma Yapılan Personelin Demografik Özellik Dağılımı.....	23
Tablo 5A-C:Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Oylama Formu.....	41
Tablo 6A-C: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Kayıt Formu	45
Tablo 7A- C: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Haritası devamı.....	51
Tablo 8A- B: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Alma Ve Kabullenme Seviyesinin Altındaki Risklere Ait Konsolide Risk Raporu	53
Tablo 9A- B: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Alma Ve Kabullenme Seviyesinin Altındaki Risk Tablosu.....	55

GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birim Çalışanlarının Risk Yönetim Süreci Farkındalık Frekansları	25
Grafik 2: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birim Çalışanlarının Ramak Kala Olay Farkındalık Frekansları	26
Grafik 3: Ameliyathane Giriş Kapısından Yanlış Dosya İle Hasta Kabulünün Nedenleri	29
Grafik 4: Pre-op bekleme odasında hastanın kan şekeri düşmesinin nedenleri	30
Grafik 5: Yanlış taraf cerrahisinin nedenleri	31
Grafik 6: Hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesinin nedenleri	32
Grafik 7: Yanlış ilaç uygulamasının nedenleri	33
Grafik 8: Personel düşmesinin nedenleri	34
Grafik 9: Hasta Kapatılmadan Tıbbi Ekipmanın Hastada Unutulmasının nedenleri	35
Grafik 10: Personelin Kesici Delici Alet Yaralanmasının nedenleri	36
Grafik 11: Personele Kan Ve Vücut Sıvılarıyla Hastalık Bulaşmasının nedenleri	37
Grafik 12: Spinal Anestezi Alan Hastanın Post-Op Odasında Durumunun Kötüleştirmesinin nedenleri	38
Grafik 13: Hastanın Yanlış Servise Transferinin nedenleri	39

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1Risk Yönetimi Süreç Adımları (Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetim Yönergesi, 2014,S:11)	12
Şekil 2: Risk değerlendirme döngüsü	14



KISALTMALAR

DÖF: Düzeltici-Önleyici-Faaliyet

GRS: Güvenlik Raporlama Sistemi

HSE: “Health and Safety Environment”

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda danışmanlığımı üstlendiği için Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Başkanı sayın danışman hocam Prof. Dr. A. Hüseyin BASKIN' a,

Eğitimim süresince tüm sabrıyla, ilgisini, bilgisini ve tecrübesini hiçbir zaman esirgemedi sonsuz bir şekilde sunan, hayata ve insanlara bakış açıma, düşüncelerime yeni bir boyut kazandıran çok değerli hocam Öğr. Gör. Dr. Vahide BAYRAKAL' a,

Verdileri dersler doğrultusunda her şeye yeni bir bakış açısı kazandırdıkları için Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı hocalarıma,

Çalışmamda destek ve sabırlarını esirgemedikleri için Fatsa Devlet Hastanesi yönetimi ve Ameliyathane birim çalışanlarına,

Eğitimime başlamamda şans getirdiklerini düşündüğüm kızlarıma, tüm sabrı ve emeğiyle bana destek olan eşim ve oğluma,

Her şey için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Özlem GÜR

**FATSA DEVLET HASTANESİ AMELİYATHANE BİRİMİNDE RİSK
ANALİZİ YÖNTEMİYLE RAMAK KALA OLAYLARIN BELİRLENMESİ VE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özlem GÜR

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı

e-mail: o-gur@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyonda temel prensipler olan etkin, verimli, herkes için adil, güvenli, hasta-hasta yakını-çalışan odaklı ve söz verilen zamanda sağlık hizmetinin verilmesi ramak kala olayların belirlenip, nedenlerinin analiz edilmesi ve önlenmesi ile doğrudan ilişkilidir. Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde çalışma koşulları, makine ve tesisat, kişiler arası iletişim, yürütülen faaliyetler, çalışan ve/veya iş akışı hatalarından kaynaklanan tehlikelerde dikkate alınarak çalışanların ve hastaların sağlık ve güvenliklerini etkileyebilecek ramak kala olayların belirlenerek değerlendirilmesi ve bu risklerinin kontrol altına alınması için risk analizi çalışmasının yapılması ve bu analiz sonuçlarına göre önlemler alınması amaçlanmıştır.

Yöntem: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde birim çalışanlarının risk, risk analizi, ramak kala olay hakkındaki farkındalık ölçümü için rastgele seçilen 25 kişiye anket uygulandı. Yapılan anketin sonuçlarına göre Birim çalışanlarına farkındalık eğitimi verilerek birlikte görev yetki ve sorumluluklarının konuşulduğu mesai başlamadan iş akışlarına engel olmayacak şekilde 25 dakikalık bir toplantı düzenlendi. İkinci yapılan toplantıda birim çalışanları ile iş akışları incelenip birim için ramak kala olaylar belirlendi. Üçüncü yapılan toplantıda belirlenen ramak kala olaylara balık kılçığı yöntemi (etki- neden analizi) ile kök neden analizi çalışması yapıldı. Dördüncü ve son hafta yapılan toplantıda ise Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetimi Yönergesi kullanılarak kök neden analizi yapılmış olan ramak kala olayların risk seviyesi belirlenmiştir.

Bulgular: Yapılan bilgi güncelleme ve pekiştirme anketine göre birim için yapılan risk analizi çalışmalarına birim çalışanlarının dahil edilmediği, birim için ramak kala olayların tanımlanmadığı birimde çalışanlar için bu konuda farkındalık yaratılmadığı görülmüştür. Verilen eğitimler ile ramak kala olay, risk analizi çalışmaları, risk yönetimi hakkında birim çalışanları bilgilendirilmiştir. Birim için birim çalışanları tarafından 11 adet ramak kala olay belirlenmiş ve bu belirlenen ramak kala olayların kök neden analizi çalışması yapıldığında ana neden olarak personel eksikliği, performansa dayalı çalışma nedeni ile yoğun iş akışı, iş yetiştirme telaşı ayrıca güvenli cerrahi uygulama rehberine uygun çalışılmaması olarak belirlenmiştir. 11 adet ramak kala olaya yapılan risk analizi çalışması sonunda 3 tanesinin risk seviyesi çok düşük düzey risk, 6 tanesinin risk seviyesi düşük düzey risk, 2 tanesinin ise orta düzey risk olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Sağlıkta kalitenin temel prensipleri olan etkin, verimli, güvenli, adil, söz verilen zamanda ve hasta odaklı hizmetin verilmesi adına ramak kala olayların belirlenmesi, nedenlerinin analiz edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilerek düzeltici önleyici çalışmalar yapılması ile mümkündür. Ayrıca cerrahi bakım kalitesinin arttırılması, cerrahi güvenliğin sağlanması ve ramak kala olayların önlenmesi ve hasta bakımının geliştirilebilmesi yani etkin ve güvenli bir sağlık hizmeti sunumu için güvenli cerrahi kontrol listesi etkin bir şekilde uygulanması ve hasta odaklı çalışmanın yapılması kanaatine varılmıştır.

Anahtar sözcükler: *Ramak kala olay, risk analizi, risk yönetimi.*

FATSA STATE HOSPITAL OPERATING ROOM UNIT RISK ANALYSIS METHOD WITH DETERMINATION AND EVALUATION OF NEAR MISSES EVENT

Özlem GÜR

Dokuz Eylul University Institute Of Health Sciences

Quality Improvement in Healthcare and Accreditation Department

e-mail: o-gur@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: The basic principles of Health Quality Development and Accreditation are directly related to determining, reasoning and prevention of near miss events that are effective, efficient, fair, safe, patient-patient affinity-focused and promised at the time of promise. In this study it was aimed to determine and evaluate near miss events that may affect the health and safety of employees and patients in Fatsa State Hospital Operating Room Unit, taking into consideration the risks stemming from machine and installation, interpersonal communication, activities carried out, employee and / or workflow errors, and risk analysis study and taking precautions according to the results of these analyzes.

Method: A survey was implemented to the randomly-chosen 25 employees working in operating unit at Fatsa State Hospital to measure the awareness about risk, risk analysis and near miss incidents. According to the results of the survey, an awareness training was implemented to the unit employees and a meeting aiming at gaining and sharing authority and responsibilities of the employees was held just 25 minutes before labouring. In the second meeting, job-stream scheme was examined accompanying with the unit employees and near miss incidents for the operating meeting were identified. In the third meeting, the identified near miss incidents were practised through fish-bone methodology (effect-reason analysis) and a root-reason analysis was performed. In the fourth, the last meeting, the root-reason analysis was performed and the risk level of the near miss incidents were determined using the risk management instructions at Dokuz Eylül University.

Results: According to the survey aiming at identifying the updating and consolidation of the information, it has been brought out that the unit employees were not included in the risk analysis studies and any near miss incidents were not identified and any awareness was not created for the operating unit employees. Through training courses the unit employees have been informed about the near miss incidents, risk analyzing studies and risk management. The 11 near miss incidents have been determined for the operating unit employees and according to the results of the root-reason analysis, the personnel shortages, busy workstream based on performance, rushing to finish the duty and the lack of reliable surgery implementation have been identified as the main reasons. According to the results of the risk analysis of the 11 near miss incidents, the risk level of the tree was identified as very low and the six, at low level and the two at medium level.

Conclusion: Offering the basic principles of the quality in health ; efficient productivity, being fair and reliable for everyone , being punctual and patient-focused services are available through identification of near miss incidents and analyzing the reasons and evaluating and implementing corrective activities. In addition, increasing the surgery care quality, providing the surgery security and preventing the near miss incidents and improving patients' care, that is, implementing reliable surgery control list for offering trustful health service and working focused on patient have been stressed on.

Key Words: *Near miss event, risk analysis, risk management,*

1 GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde hastalara güvenli bir ortamda maksimum seviyede kaliteli bir bakım alabilecekleri bir ortamı sağlamak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak ve risklerini en az düzeye indirmek amacıyla, amacıyla yeni bir kalite sistemi oluşturulmuş ve bu oluşturulan sistemler ile sağlık kurumlarında hastalara sunulan hizmetlerin belirli standart belirlenerek verilmesi sağlanmaktadır. Sağlık bakanlığı etkin ve etkili sağlık hizmeti sunabilmek adına dünya sağlık örgütünün hedefleri, uluslararası gelişmeler ve ülkenin sağlık sisteminin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak sağlıkta bir dönüşüm programı ile sağlıkta kalite çalışmalarını başlatmıştır. Her gün bir milyondan daha fazla insanın başarılı ve güvenli bir sağlık hizmeti alması ve bu hizmeti sağlayan gelişen teknoloji ve bilgi ortamının beraberinde karmaşıklığı, karmaşıklığında riski meydana getirmesi nedeniyle hastalara kaliteli ve verimli hizmet vermek, kaynakların en etkin bir şekilde kullanımını sağlamak ve aynı zamanda tıbbi hatalardan oluşabilecek kayıpları önlemek amacıyla hasta ve çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesi sağlık kurumlarının başarısında önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık kurumlarının kaliteli hizmetler sunması bazı hedeflere ulaşması ile gerçekleşir. Bu hedefler kurumun ortaya hizmet koyma şeklini ve kurumdan hizmet alanların hizmet alma şeklini ilgilendiren hedeflerdir. Ülkemizde sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturmak adına oluşturulan Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane standartlarına göre ise bu hedefler şu şekilde tanımlanmaktadır.

- **Etkililik:** Planlanan hedefe ulaşılabilme ölçüsünü ifade etmektedir.
- **Etkinlik:** İşlerin doğru bir şekilde yapılabilme kabiliyetidir.
- **Verimlilik:** En az kaynak kullanımı ile hizmet üretiminin sağlanması ve istenilen hedefe ulaşılmasıdır.
- **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlıklı çalışma yaşamı, çalışanların etkin ve verimli hizmet sunumu ile birlikte kuruma bağlılığını sağlama ve artırmak adına güvenilir bir çalışma ortamının yaratılmasıdır.

- **Hasta Güvenliği:** Sağlık kurumunun hizmet verdiği bireylerin zarar görmelerine neden olabilecek ve öngörülebilir tüm tehdit unsurlarını, makul risk seviyesinde tutmak için alınan tüm önlem ve iyileştirme çalışmalarıdır.
- **Hakkaniyet:** Bireylerin aldığı tedavi ve bakım hizmetlerinde aynı haklardan yararlanması ve kurumun tüm birimlerinde bu haklarının hiçbir fark gözetilmeden güvence altına alınmasıdır.
- **Hasta Odaklılık:** Sağlık kurumunun bireylere sunduğu tüm hizmetlerde bireylerin beklenti ve ihtiyaçlarını göz ardı etmeden bireylerin bu hizmete aktif olarak dâhil edilmesidir.
- **Uygunluk:** Sağlık kurumunda sunulan hizmetten bireyin sağlığına zarardan çok yarar sağlanmasıdır.
- **Zamanlılık:** Tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin bireylerin ihtiyaç duyduğu en uygun zaman diliminde ve söz verilen zamanda sunulmasıdır.
- **Süreklilik:** Verilen tıbbi hizmetlerde tedavinin tamamlanması ve daha sonrasında da devamlılığının sağlanmasıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Sağlık kurumunda hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, sağlık hizmetinin etkin-verimli-adil-güvenli ve söz verilen zamanda olmasını engelleyebilecek, “son anda gerçekleşmeyen “ramak kala” olaylar olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından 1.Temmuz 2015’ de yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları’nda (SKS) Güvenlik Raporlama Sistemi bölümünde, hasta ve çalışanların güvenliğine karşı tehdit olan ya da olabilecek her türlü olayın (ramak kala ya da gerçekleşen olaylar) bildirilmesi gerekliliği belirtilmiştir. Ayrıca Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Bölümü’nde çalışanların karşılaştıkları meslek kazalarının tedavisi ve hasta-çalışan güvenliğini tehdit eden, ramak kala olayların bildiriminin yapılması açıkça belirtilmiştir.

Kalite sisteminde sistemin işleyişini kontrol etmek, uygun olmayan hizmet veya ürünü kontrol etmek, karşılaşılabilecek olan problemleri önlemek ve oluşan problemin kaynağını ortadan kaldırmaya yönelik düzeltici önleyici faaliyet bildirimini yapılmaktadır. Tekrar eden uygunsuzlukların yeniden yaşanmaması için düzeltici önleyici faaliyet bildirimini yapılmadan

önce uygunsuzluklar için kök neden analizi yapılması ve olaya sebep olan unsura yönelik düzeltici önleyici faaliyet bildirimi yapılması amaçlanmaktadır.

Kök neden analizi kurumda var olan uygulama ve alışlagelmiş davranışları tespit edip tartışmayı, ne olmuş ve nasıl olmuş sorularına yanıt aramayı değil olaya neden olan sebep olan etkenleri bulup olayın tekrar etmesini engellemeyi amaçlayan yapısal bir sorgulama metodudur. Kök nedenler aslında problemi yaratan gerçek sebepler, Kök neden analizi ise gerçek sebeplerinin bulunmasına yönelik yapılan bir çalışmadır. Yani Kök neden analizi mevcut sorunların görünen sebeplerini ortadan kaldırmak yerine ana nedene yönelik kesin bir çözüm yolu bulmak amacıyla yapılan bir süreç uygulamasıdır.

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, sağlık halinin devamlılığını sağlamak ve hastalandıklarında tedavilerinin yapıldığı, başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürebilmeleri adına yapılan planlı ve sistemli bir şekilde verilen hizmetlerin tümüdür. Bu nedenle birçok iş yerine göre daha karmaşık ve riskli bir yapıya sahiptirler. Cerrahi prosedürler ise sağlık hizmetlerinin giderek en karmaşık yönü olmakla birlikte potansiyel önlenabilir zarar riskini taşımaktadır. Risk analizleri sağlık kurumlarındaki tehlike ve riskleri tespit etmek, çalışanları bilgilendirmek, hasta ve çalışan güvenliğinin her zaman ve her koşulda sürdürülebilir olmasını sağlamak, önlenabilir riskleri ortadan kaldırmak, yapılacak veya yapılmış olan denetimlerin yeterli olup olmadığını belirlemek ve zarara neden olmadan riskleri kontrol edilebilir seviyeye getirmek amacıyla yapılan çalışmalardır.

Risk değerlendirmesi iş kazalarının ve ramak kala olayların kayıtlarının değerlendirilmesi ve olabilecek iş kazalarının öngörülüp önlenmesi için alınacak tedbirler açısından değerlidir. Amaç uzun vadede hasta ve çalışan güvenliği arttırmak ve benzer bir olayın gerçekleşmesine izin vermemektir. Böylece hataları kaldırmanın veya etkilerini hafifletmenin yollarının bulunması mümkün hale gelmektedir.

Tez araştırmamızda Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi'nde çalışma koşulları, makine ve tesisat, yürütülen faaliyetler, çalışan yada iş akışı hatalarından kaynaklanan tehlikelerde dikkate alınarak çalışanların ve hastaların güvenliklerini etkileyebilecek tüm unsurların belirlenerek değerlendirilmesi için birimde çalışan hekim,

hemşire/sağlık memuru, anestezi teknisyeni/teknikeri, büro personeli ve destek personeli ile birlikte öncelikle iş akışları incelenip, risk analizi yapılacak ve ramak kala olaylar belirlenmiştir. Ramak kala olayların iş akışına etkisi risk analizi yapılarak etki-olasılık puanlarına göre sınıflandırıp, belirlenen ramak kala olaylar için balık kılçığı yöntemi ile kök-neden analizleri yapılmıştır. **“Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Yöntemi İle Ramak Kala Olayların Belirlenmesi Ve Değerlendirilmesi”** başlıklı tez araştırması ile hastanenin kalite ve akreditasyon çalışmalarının gelişimine katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 Temel Kavramlar Ve Tanımları

Tehlike; İnsanda, zarar ya da iş kaybına, çevrede ise olumsuz etki yaratan ya da yaratabilme olasılığı olan her şeydir (Ceylan H. ve ark; 2011). Tehlikenin tespit edilmesindeki amaç, işyerinde yapılan işlerin sebep olduğu ve burada karşılaşılabilecek risk ve bu risklerin düzeylerini tespit etmektir.

Kaza; Can veya mal kaybı ya da zararına sebep olan kötü olaylar (www.tdk.gov.tr ,Erişim Tarihi: 23.02.2017).

Risk; Bir tehlikenin gerçekleşmesi durumunda yol açacağı ya da açabileceği sonuçtur (SKS-Versiyon 5.1, 2016).

2.2 Risk Kavramı

Karmaşa ve belirsizlik ortamında risk kaçınılmaz bir durumdur. Son yıllarda hem kamu hem de özel sektörde risk kavramı yönetim tarafından da üzerinde durulan ve önemsenen bir konu haline gelmiştir. Diğer taraftan ise riskin ele alınış biçiminde sektörel farklılıklar görülmektedir. Finans sektöründe en önemli riski para oluştururken, sağlık sektöründe ise insan sağlığıdır. Sağlık sektöründe var olan riskler hastaları, çalışan personeli ve hastaneyle ilişkisi olan herkesi etkileyebileceği gibi ekonomik açıdan da kurumu önemli kayıplar yaratarak etkileyebilmektedir (Kılıç t. Ve ark;2010).

Risk, olasılık ve şiddetin bileşimi olarak tanımlanmasına rağmen bu tanımın aldığı eleştiriler üzerine çeşitli kaynakların, farklı tanımlamaları ile ortaya yeni tanımlar çıkmıştır (ISO 31000: Risk management, 2015). Risk, tehlikeye bağlı kayıp, yaralanma ya da farklı bir kötü sonucun meydana gelme olasılığıdır. Ayrıca riskin tanımı, bir tehlikenin gerçekleşme olasılığının tanımı olmakla birlikte riskin etkinliğini, etkilenen kişi sayısını ve meydana gelen sonucu kapsamaktadır (Özkılıç Ö. ;2007).

Kısacası risk, beklenmedik bir olayın meydana gelmesi ve bu olayın yaşanması halinde ortaya çıkabilecek sonucu ifade etmektedir (Chmail ve ark ;2015).

2.3. Risk Analizi ve Risk Değerlendirmesi

Sağlık kurumlarında verilen hizmet sırasında risklerin daha kapsamlı bir şekilde tanımlanmasına olanak sağlayan yöntemler aracılığı ile risklerin belirlenmesi, tanımlanması ve bu risklerin oluşması durumunda karşılaşılabilecek zararın şiddetinin değerlendirilmesi risk analizini ifade etmektedir (SKS- Versiyon 5.1, 2016).

Risk değerlendirme, sistemdeki tehlikelerin sebep olduğu risklerin büyüklüğünü tahmin etme ve yapılan kontrollerin yeterliliğinin değerlendirilip bu risklerin makul bir seviyede olup olmadığına karar verme sürecidir. Oluşabilecek zararların önlenmesi için belirli zaman aralıklarında riskli görülen bölgelerde risk analizi çalışması yapılmalı ve sonuca göre iyileştirme çalışmaları planlanmalı ve uygulanmalıdır. Yapılan analizler işleyişin daha iyi olması ya da iyileştirilmesi adına özellikle bölüm çalışanları ile birlikte yapılmalı, sonuçlar paylaşılmalı ve yapılan çalışmalar belirli bir plan dahilinde takip edilmelidir (Ünsal M. ve ark; 2010).

Ameliyathanelerde temel hedef hasta ve çalışan güvenliği olmasına rağmen ameliyathanelerde için birçok tehlike alanı mevcuttur. Bu tehlikeler uygulamalara, alt yapıya, insan faktörüne, eksik ya da yetersiz eğitim ve denetime bağlı oluşabilmektedir (Acar A. ;2008). Risk analizi çalışan sağlığının sürdürülmesi, hasta sağlığının korunması, aynı zamanda güvenli bir çalışma ve hizmet alanı oluşturmak için yapılmaktadır. Hizmet sunumu sırasında ortaya çıkma olasılığı olan tehlikelerin en aza indirilmesi ve ramak kala aşamasında istenmeyen olaya dönüşmemesi için risk analizi gerekmektedir. Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak için yapılan risk analizi, yapılan işin kalitesini, etkinliğini ve etkililiğini artırmaktadır. Risk analizi yapılırken çalışma ortamında belirlenen risklere kök neden analizinin yapılması ise risklerin ortaya çıkış nedenlerini en aza indirgeyip bu risklere karşı alınan tedbirler ile kurumda hem hizmet verenin hem de kurumdan hizmet alanın kuruma karşı duyduğu güveni artırmaktadır.

Risk değerlendirme çalışmasının amacı, işyerinde bulunan riskli durumlara karşı önlem almak, çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak ve korumaktır (Bilir N. ;2005). Birçok

risk değerlendirme yöntemi bulunmaktadır. Bu yöntemler, risklerin gerçekleşme olasılıklarının ve olası etkilerinin tahmin edilmesi bakımından ikiye ayrılmaktadır. Bunlar kalitatif ve kantitatif yöntemlerdir (www.isites.info, erişim tarihi:16.03.2017).

Kalitatif (Nitel) yöntemde risk değerlendirmesi sözel mantık ile risk değerlendirmesi yapılmakta, uygulamayı yapan kişi tamamen kendi tecrübesine dayanarak riskleri ve risk öncelik değerlerini tahmin etmektedir. Risk değeri hesaplanırken ve ifade edilirken rakamsal ifadeler yerine yüksek, çok yüksek gibi tanımlar kullanılmaktadır. Bu tahmin bireysel bir değerlendirme olup ve çoğu zaman sistematik bir nitelik göstermemektedir. Bu yöntemde değerlendirmeyi yapan kişinin tecrübe ve muhakeme gücü, yöntemin güvenilirliği için çok önemlidir. Bu nedenle, riskli birimlerde sadece kalitatif yöntemler ile risk değerlendirmesinin yapılması güvenilir ve sağlıklı sonuçlar vermeyebilir (Özgür M.; 2013).

Kantitatif (Nicel) risk değerlendirme yönteminde ise risk analizi yapılırken, risk değerinin hesaplanmasında sayısal yöntemlere başvurulur. Nicel risk analizinde tehdin oluşma ihtimaline ve tehdidin etkisine sayısal değerler verilir. Verilen değerler matematiksel ve mantıksal yöntemlerle süreç izlenerek risk değeri bulunur. (Tablo 1)

Tablo 1: Risk Değerlendirme Tablosu

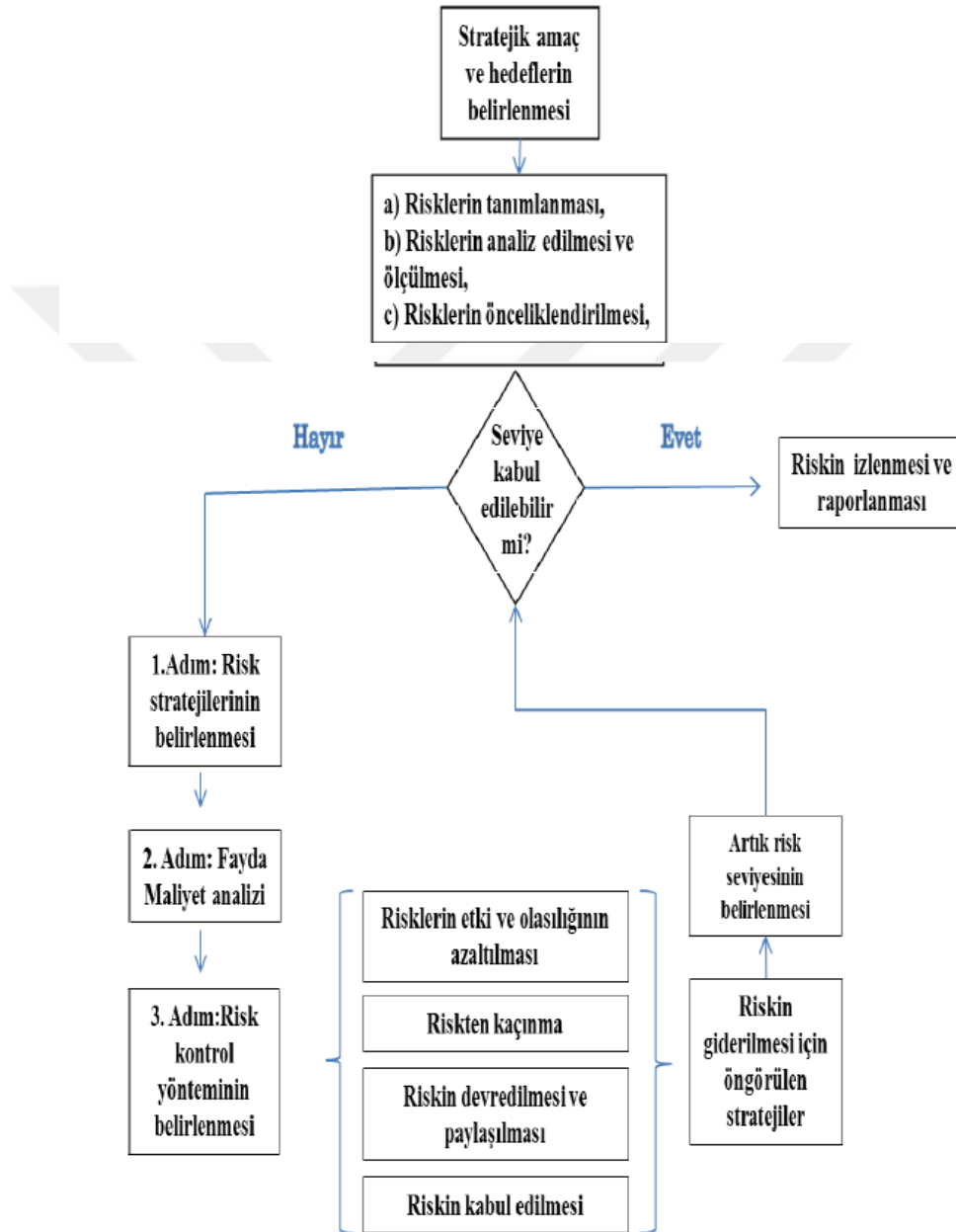
Çok Düşük Risk	1-5 dahil
Düşük Risk	6-19 dahil
Orta risk	20-44 dahil
Yüksek Risk	45-64 dahil
Çok Yüksek Risk	65-100 dahil

(Dokuz-Eylül-Üniversitesi-Risk-Yönetimi-Yönergesi, s:7)

2.4. Risk Yönetimi

Sağlık kurumlarında risk yönetimi hasta ve çalışan güvenliği adına son zamanlarda gelişen ve üzerinde durulmaya başlanan önemli bir konudur. Sağlıkta risk yönetimi, risklerin belirlenmesi, ortaya çıkabilecek sonuçların incelenmesi ve bu sonuçlara yönelik risk kontrol mekanizmalarının oluşturulması ile dikkatsizlik ya da ihmalkarlık sonucunda ortaya çıkan olaylara engel olunması mümkün olmaktadır. Ayrıca risk yönetimi; hastalar, hastane personeli ve hastaneye gelen bireyler için fiziksel ve psikolojik açıdan güvenli bir ortam sağlamak,

yaralanma hatta ölüm ile sonuçlanması mümkün olan kazalara imkan vermemek, hasta ve çalışan güvenliği için tehdit oluşturan unsurların en aza indirmek için her türlü tedbiri almak ve bu tedbirleri alırken de hastane kayıp ve harcamalarını minimal düzeyde tutmak amacı ile kurumun hızlı ve etkili karar alması ve kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasına katkı sağlamaktır (İncesu E. ;2014).



Şekil 1: Risk Yönetimi Süreç Adımları (Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetim Yönergesi, 2014,S:11)

2.5. Risk yönetim süreci

Sağlık sektöründe tehlikelerin riske dönüşmesine engel olmak için çalışma sistemine ihtiyaç vardır. Çünkü çalışılan alan, verilen hizmetin süresi, hizmet alan kişi sayısı, yerleşim düzeni, cihaz ve donanımlar nedeni ile sağlık kurumları çok tehlikeli işyeri sınıfında yer almaktadır. Bu nedenle de risk değerlendirmesinin yapılması, hasta ve çalışanların korunması için oldukça önemlidir. Sağlık ve Güvenlik Yönetimi, bu risk değerlendirme sürecini beş temel basamakta toplamıştır (Güleç S ve ark; 2009).

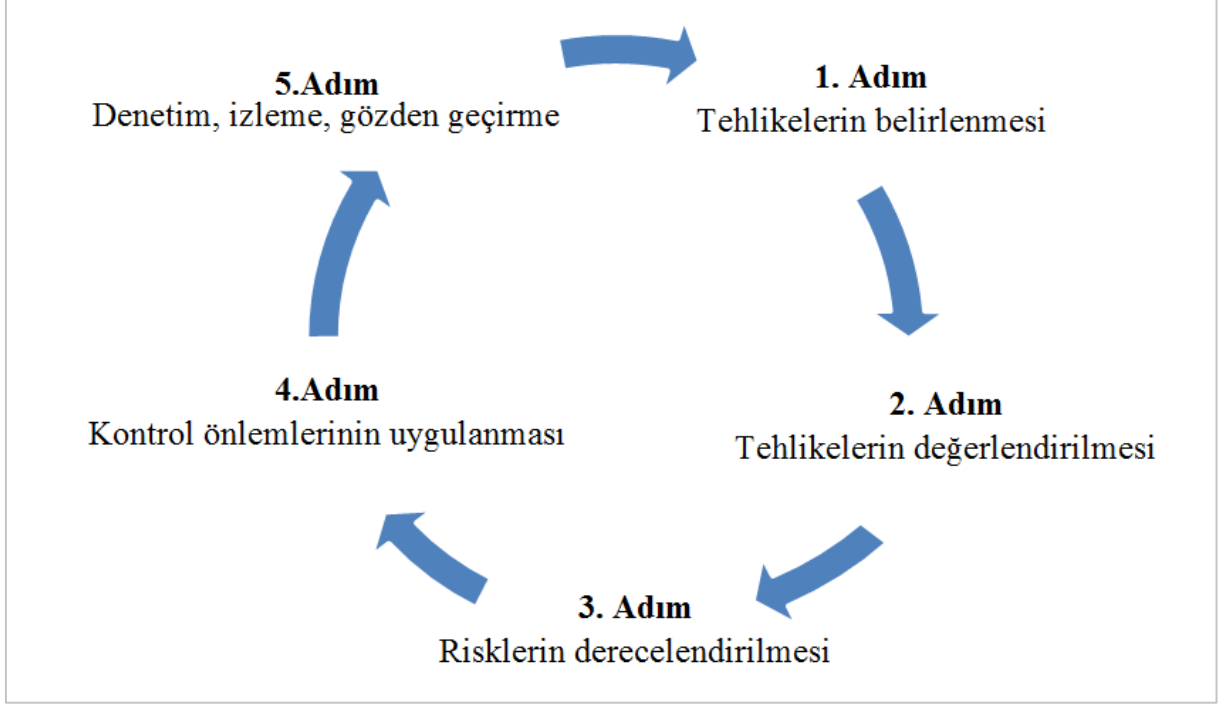
1. Adım: Tehlikelerin Belirlenmesi: İnsanların nasıl ve nereden zarar göreceğinin belirlenmesidir. Tüm risklerin tanımlandığından emin olunmalıdır. İş akışına göre herhangi bir ayrıntının atlanmadan ve deneyimlerden faydalanarak hangi etmenlerin çalışanlara, hastalara ve iş ekipmanlarına zarar verebileceğine bakılması, bütün tehlike ve tehlike kaynaklarının büyük-küçük, önemli-önemsiz ayırt edilmeden tanımlanıp, tehlike listesinin oluşturulmasıdır. Risk değerlendirme sürecinin bir ekip çalışması olması nedeniyle, iş ile ilgili herkesin düşüncesi alınmalı ve sürece dahil edilmelidir.

2. Adım: Tehlikelerin Değerlendirilmesi: En iyi risk yönetimi ile her tehlike için kimlerin zarar görülebileceğinin açıklığa kavuşturulmasıdır. Bu, herkesin adının listelendiği anlamına değil, daha çok insan gruplarının tanımlanarak yapılmasıdır (Örn; sağlık personeli, temizlik personeli... gibi).

3.Adım: Risklerin Derecelendirilmesi: Öncelikle, yapılanların gözden geçirildikten sonra kontrollerin üzerinde düşünülmesi, daha sonra bunun en iyi uygulama ile karşılaştırılıp yer ve çalışma düzenlenmesinin yapılarak, var olan tehlikelerin tespit edilmesiyle, bu tehlikeler ile ilgili neler yapılacağına karar verilmesi ve her risk için risk sınıflaması yapılarak insanları korumak için kabul edilebilir derecede bir seviyenin kabul görmesidir.

4. Adım: Kontrol Önlemlerinin Uygulanması: Risk değerlendirmesinin sonuçlarının ve alınan tedbirlerin yazılıp personel ile paylaşılıp, risk değerlendirmesinin sonuçlarının uygulamaya koyulması ve çalışma yöntemlerinin geliştirilerek gerekli eğitimlerin verilme sürecidir.

5. Adım: Denetim, İzleme ve Gözden Geçirme: Risk değerlendirmesinin yeniden gözden geçirilip, herhangi bir değişikliğin olup olmadığı ve hala yapılması gereken iyileştirmelerin olup olmadığının değerlendirilmesidir.



Şekil 2: Risk değerlendirme döngüsü

Risk yönetimi, risklere karşı en doğru uygulama metotlarının belirlenmesinden sonra bunların en iyi şekilde uygulanmasıdır. Bunun için öncelikle risklerin tam ve doğru olarak tanımlanıp, nedenleri belirlenip, iyileştirme çalışmalarına başlandıktan sonra, işleyişin izlenme ve gözden geçirilme aşamaları gerekmektedir. Bütün bunların yapılabilmesi için iyi bir iç kontrol sistemi gerekmektedir. Risk yönetimi, iç kontrol mekanizmasının bir parçasıdır.

2.6. Risklerin Kök Neden Analiz Süreci

Kalite sisteminin gelişiminde ekiplerin oluşturulması ve değerlendirmelerin yapılması sistemin gelişimine katkı sağlayan en önemli faktörlerden biridir. Kök neden analizi yapılarak sistemi etkileyen ya da etkileme olasılığı olan istenmeyen olayların yaşanmaması ya da yaşanması durumunda tekrar yaşanmaması için gerekli önlemlerin alınması ve öngörülen iyileştirme çalışmaları esastır.

Kök Neden Analizinin amacı kurumun uygulamalarını ve alışkanlıklarını tespit edip tartışmak ve sorgulamaktır. ‘ Ne olmuş’ ve ‘Nasıl olmuş’ soruları ile ilgilenmek yerine olayın neden yaşandığı sorusuna cevap bulmayı ve neden olan etmenleri ortaya çıkartıp yaşanan olumsuzlukların tekrar yaşanmasına engel olmayı amaçlar. Sadece sorunun kaynağına ulaşp, hedefe yönelik düzeltici önleyici faaliyet oluşturmayı amaçlayan kök neden analizi, uygunsuzluk bildirimi yapılan olayın iş akışında yer alan bireyler tarafından “neden” sorusu her adımda tek tek sorgulanarak araştırılması demektir (www.hse.gov. Erişim Tarihi: 06.04.2017).

Bireyler ve sistemde suç aramak yerine riskleri azaltmak ve olayın nedenini ana kaynağından öğrenmek en doğru çözüm yoludur. Çünkü kök neden analizi süreç ve sistem değişimleri hakkında önemli dersler verir.

2.7. Ramak Kala Olay Kavramı

Sağlık kurumlarında karşılaşılan hataların tespit edilmesi, bu hatalar nedeni ile hastaların zarar görmesini önleme ya da azaltmaya yönelik yapılan çalışmaların en önemlisi olmakla birlikte yapılan bu hataların bildirimi, kayıt altına alınması ve nedenine yönelik iyi bir kök neden analizi çalışması da hataları önleme açısından son derece önemlidir. Sistemde yaşanan hataların bildiriminin yapılmasının yanı sıra ramak kala olayların bildirimi de büyük önem taşımaktadır.

Hasta ve çalışanların güvenliğine yönelik tehdit unsuru olan, ölüme, yaralanmaya, sağlıkta bozulma, zara neden olmadan gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen ve gerçekleşmesi istenmeyen olaylar ramak kala olay olarak tanımlanmaktadır (İncesu ve ark; 2013).

Ramak kala olaylar olayın yaşanmasına çok az kalmasına rağmen son anda gerçekleşmeyen, herhangi bir zararın yaşanmasına neden olmayan olaydır. Bu tür hatalar sağlık kuruluşlarında çok sık görülen olaylardır. Bu olayların tespit edilip bildirimi yapılmalı, düzeltici-önleyici faaliyetlerin düzenlenip uygulanmalı ve hata bildirimlerinde ramak kala olayların önemi üzerinde kurumsal olarak durulmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, Araştırmanın amacı, kapsamı ve sınırları ve yöntemi ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma da, Fatsa devlet hastanesi ameliyathane biriminde çalışan sağlık personelinin, çalışan güvenliği, hasta güvenliği, risk, risk yönetimi ile ilgili bilgi ve algılarını tanımlamaları aynı zamanda da birimin hasta-çalışan güvenliği için risk durumlarını belirlemek amacıyla planlanan tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Haziran 2017- Eylül 2017 tarihleri arasında Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/ çalışma grupları

Bu çalışmada Fatsa Devlet Hastanesi ameliyathane biriminde çalışan 2 anestezi uzmanı, 12 hemşire/sağlık memuru, 2 anestezi teknisyeni/teknikeri, 3 tıbbi sekreter ve destek personelinin oluştuğu beş farklı meslek grubu ile çalışma amaçlanmaktadır.

3.4. Çalışma Materyali

Hasta ve çalışan güvenliği sağlık alanında kalite çalışmalarının sürekli iyileştirme çabası içerisinde olduğu bir alandır. Hasta ve çalışan güvenliği, oluşabilecek zararları ve ani yaralanmaları önleme, hata payını en aza indirme ve önleme olarak tanımlanmaktadır. Risk yönetimi ise zararın olumsuz etkilerini azaltmak için riski tanımlama, seviyesini belirleme ve kontrol etme yolu ile hem maddi kaybı hem de çalışan ve hasta üzerinde geri dönüşü olmayan

hataların kabul edilebilir seviyeye indirilmesi için çalışmayı ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 30 Mart 2016 tarihinde yayınlanan, “SKS Versiyon 5 Revizyon 1” de sağlık kurumlarında hasta ve çalışanların güvenliğine yönelik tehdit olan ya da olabilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olaylar ‘Ramak Kala Olay’ olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta Kalite Standartları, Hastane Versiyon 5 Revizyon 1’ de sağlık kurumlarında güvenli-emniyetli, adil, etkin, verimli, çalışan-hasta-hasta yakını odaklı ve söz verilen zamanda sağlık hizmeti verilebilmesi için ramak kala olayların 1-Bildirilmesi 2-Değerlendirilmesi ve 3-İzlenmesi zorunlu olarak belirtilmiştir (http://ska.deu.edu.tr/?page_id=11 Erişim Tarihi : 30.05.2017).

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi’nde çalışan anestezi uzmanı, hemşire/sağlık memuru, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi sekreter, destek personeline kurumdan çalışma için izni alınmasıyla birim çalışanlarının arasından rastgele seçilen 25 kişiye mesai saatleri içerisinde risk analizi ve ramak kala olay hakkında bilgi pekiştirme ve güncelleme anketi uygulandı. Yapılan anket sonuçları dikkate alınarak mesai saatleri içerisinde personelin iş akışına engel olmayacak uygun zaman aralığında eğitim planlandı. Eğitim sonunda birim çalışanları ile birlikte öncelikle iş akışları incelenip, ramak kala olaylar belirlendi. Ramak kala olayların iş akışına etkisi risk analizi yapılarak etki-olasılık puanlarına göre sınıflandırıldı. Belirlenen her bir ramak kala olay için balık kılçığı yöntemi ile kök-neden analizi ile değerlendirilmesi yapıldı.

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde, 25 Aralık 2014’ de yayınlanan Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetimi Yönergesi’ ne göre risk analizleri yapıldı. Etki - olasılık puanlamaları ile (10X10 matrisi kullanıldı) söz konusu yönergeye uygun olarak, risk puanlaması ve sınıflandırması yapıldı.

Belirlenen ve risk analizine göre sınıflandırılan ramak kala olayların nedenleri kök-neden analizi ile belirlendi. Kök-neden analizinde klasik balık kılçığı yöntemi(neden- sonuç diyagramı) kullanıldı. Bilinen klasik balık kılçığı yöntemi dört bölümden oluşmaktadır. 1.Yöntemler, 2.Gereçler, 3.İnsan Kaynakları, 4.Cihazlar. Belirlenen ramak kala olaylar bu dört bölüm üzerinden analiz edildi.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

“Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi’nde Risk Analizi Yöntemiyle Ramak Kala Olayların Belirlenmesi Ve Değerlendirilmesi” tez çalışmamızda dahil edilme kriteri olarak kurumun ameliyathane biriminde çalışan anestezi uzmanı, hemşire/sağlık memuru, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi sekreter, destek personeli olmak, dışlanma kriteri olarak ise kurumda ameliyathane birimi dışında çalışan personeller olarak belirlendi.

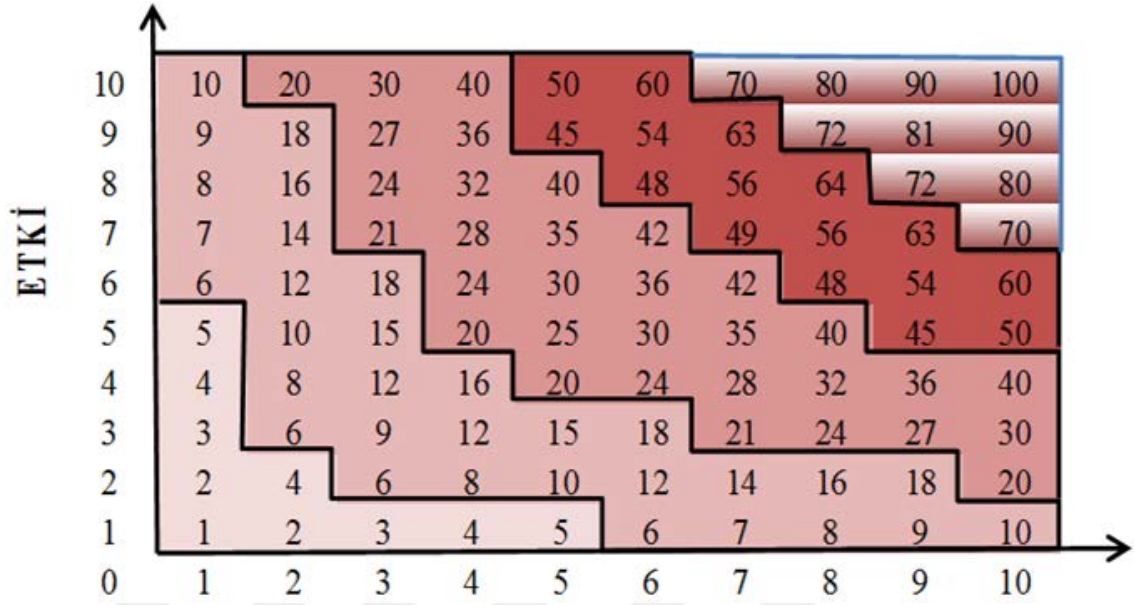
3.6. Veri Toplama Araçları

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi’nde çalışan anestezi uzmanı, hemşire/sağlık memuru, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi sekreter, destek personeline kurumdan çalışma için izni alınmasıyla birim çalışanlarının arasından rastgele seçilen 25 kişiye risk analizi ve ramak kala olay hakkında bilgi pekiştirme ve güncelleme anketi uygulandı (Ek-1: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Ve Ramak Kala Olay Hakkında Bilgi Pekiştirme Anketi)

Mesai saatleri içerisinde personelin iş akışına engel olmayacak uygun zaman aralığında dört toplantı yapıldı.

Birinci toplantıda: öncül çalışma anket sonuçlarına göre hazırlanan eğitim sunumu yapıp, birim çalışanları ile görev yetki ve sorumluluk tanımlaması yapıldı.. İkinci toplantıda; birim çalışanları ile iş akışlarının incelendi ve ramak kala olaylar belirlendi. Üçüncü toplantıda; birim çalışanları ile belirlenen ramak kala olaylara kök neden analizi çalışmasının yapıldı. Dördüncü ve son toplantıda ise Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetim Yönergesine göre etki olasılık puanlaması yapılarak (Tablo 2) risk sınıflaması yapıldı.

Tablo 2: Etki Olasılık Analizi



(Dokuz-Eylül-Üniversitesi-Risk-Yönetimi-Yönergesi)

Dördüncü toplantıda; risk kaydı yapılan ramak kala olaylara Dokuz Eylül Risk Yönetimi Yönergesine uygun olarak, Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Haritası formunun Risk Alma Ve Kabullenme Seviyesinin Altındaki Risklere Ait Konsolide Risk Raporu formunun Risk Alma Ve Kabullenme Seviyesinin Altındaki Risk Tablosu formunun doldurularak risk derecelerinin ve risk sınıflamasının yapılarak çalışmanın sonlandırıldığı toplantı (Tablo 3).

Tablo 3: Risk Değerlendirme Kriteri Tablosu

			Strateji	Faaliyetler/Süreçler	Mali	Mevzuata Uyum
10	Yüksek	... yıl/ay/gün içerisinde gerçekleşmesi neredeyse kesin olan risklerdir.	Stratejik hedeflere ulaşmada önemli etkisi olabilecek risklerdir. Gerçekleşmesi durumunda idarenin hedeflerinden sapmasına dolayısıyla amaçlarını yeterince gerçekleştirememesine neden olabilecek risklerdir.	İdarenin/birimin /alt birimin faaliyetlerini etkili, ekonomik ve verimli bir biçimde gerçekleştirememesine neden olacak riskler bu kategoridedir.	İdare/birim/alt birim için önemli maddi kayba neden olabilecek risklerdir. Kamu kaynaklarının, idare tarafından kabul edilebilir düzeyin üzerinde etkili, ekonomik ve verimli kullanılmaması yüksek riskli kabul edilmelidir.	Bilerek veya bilmeyerek mevzuatla uyumun sağlanamaması durumunda idare/birim/alt birim üzerinde büyük yükümlülüklerin oluşabileceği durumlardaki risklerdir.
9		İdarenin yapısı göz önüne alındığında genellikle				
8		politika veya prosedürlerden kaynaklanır. İdarenin faaliyet alanı ne kadar geniş				
7		ise riskli olayların gerçekleşme olasılığı o kadar yüksektir.				
6	Orta	... yıl/ay/gün içerisinde gerçekleşme olasılığı olan risklerdir. Bunlar genellikle idarenin/birimin/alt birimin daha önce de karşılaştığı veya genel olarak idarelerde karşılaşılmış olan risklerdir.	Stratejik hedeflere ulaşmada belirli düzeyde etkisi olabilecek risklerdir. Bu puan aralığında yer almakla birlikte stratejik hedefleri etkileyebilecek kilit risklerin kriterlerinin belirlenmesi gerekmektedir.	İdarenin/birimin /alt birimin sunması gereken hizmeti etkili, ekonomik ve verimli bir biçimde gerçekleştirmesi üzerinde belirli düzeyde etkisi olabilecek risklerdir.	İdare/birim/alt birim için belirli bir düzeyde maddi kayba neden olabilecek risklerdir. İdare tarafından kabul edilebilir düzeyde etkili, ekonomik ve verimli kullanılmaması orta riskli kabul edilmelidir.	Bilerek veya bilmeyerek mevzuatla uyumun sağlanamaması durumunda idare/birim/alt birim üzerinde belirli düzeyde yükümlülüklerin oluşabileceği risklerdir
5						
4						
3	Düşük	... yıl/ay/gün içerisinde gerçekleşme ihtimali düşük olan risklerdir. Bunlar genellikle idarenin/birimin/alt birimin çok ender karşılaştığı, gerçekleşme olasılığının neredeyse olmadığı risklerdir.	Stratejik hedeflere ulaşmada çok az etkisi olabilecek risklerdir. Etkiler genellikle küçüktür ve sınırlı bir alanı kapsar.	İdarenin/birimin /alt birimin sunması gereken hizmeti etkili, ekonomik ve verimli bir biçimde gerçekleştirmesi üzerinde çok az etkisi olabilecek risklerdir.	İdare/birim/bölüm için çok az maddi kayba neden olacak risklerdir. Kamu kaynaklarının idare tarafından kabul edilebilir düzeyin altında etkili, ekonomik ve verimli kullanılmaması, belirli miktarın altında harcanması düşük riskli olarak kabul edilmektedir	Bilerek veya bilmeyerek mevzuatla uyumun sağlanamaması durumunda idare/birim/alt birim üzerinde çok düşük düzeyde yükümlülüklerin ve/veya sorumlulukların oluşabileceği durumlardaki risklerdir.
2						
1						

(Dokuz-Eylül-Üniversitesi-Risk-Yönetimi-Yönergesi)

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

TARİH	ARAŞTIRMA PLANI
Nisan 2016	Fatsa Devlet Hastanesi' nden Kurum izninin alınması
13 Temmuz 2017	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul' undan tez çalışmasının etik onayının alınması
15 Temmuz- 31 Temmuz 2017	Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde risk analizlerinin yapılması, ramak kala olayların belirlenmesi.
Ağustos - 2017	Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde yapılan risk analizlerinin değerlendirilmesi
Eylül- Aralık 2017	Yüksek Lisans Tezinin yazılması ve Yüksek Lisans Tez Savunmasına hazırlanılması

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Yöntemi İle Ramak Kala Olayların Belirlenmesi Ve Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasında birim çalışanlarına bilgi pekiştirme anketi çalışması uygulandı. Birim çalışanlarının konu ile ilgili bilgi düzeyi ölçmek için yapılan öncül çalışma anketlerine SPSS programında faktör analizi ve cronbach's alfa metodu ile geçerlilik güvenirlik testi uygulandı. Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetimi Yönergesi' ne göre risk analizleri yapılacak ve ramak kala olaylar belirlendi. Etki - olasılık puanlamaları ile (10X10 matriksi kullanıldı) söz konusu yönergeye uygun olarak, risk sınıflandırması yapılarak ramak kala olaylar tanımlanıp değerlendirildi.

Belirlenen ve risk analizine göre sınıflandırılan ramak kala olayların nedenleri kök-neden analizi ile belirlendi. Kök-neden analizinde balık kılçığı (Etki- Neden analizi diyagramı) yöntemi kullanıldı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Yöntemi İle Ramak Kala Olayların Belirlenmesi Ve Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasında kısıtlılık yoktur.

3.10. Etik Kurul Onayı

Tez araştırmasının yapıldığı Fatsa Devlet Hastanesi kurum izni ise 06.04.2016 tarihinde alınmış ve onay belgesi EK-1’ de sunulmuştur. Ordu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden 06.06.2017 tarihinde çalışma izni alınmıştır (Ek-2).

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuvar Araştırmalı Etik Kurulu’ nun 13.07.2017 tarih ve 3301 GOA Protokol Numaralı 2017/ 18-48 kararı numarası ile etik kurul onayı alınmış ve onay belgesi EK-3’ de sunulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. Farkındalık Eğitimi Öncesi Bilgi Pekiştirme

Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane birim çalışanlarına risk analizi çalışmasına başlamadan önce birim çalışanlarının ramak kala olay, risk, risk analizi ve risk yönetimi hakkında algı düzeylerini görmek amacıyla birimde çalışan ve rastgele seçilen 25 kişiye “Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Ve Ramak Kala Olay Hakkında Bilgi Pekiştirme Anketi” uygulanmıştır (Ek-4). Anket çalışanların demografik özelliklerinin sorgulandığı (Tablo 4) ve birim çalışanlarının konu hakkında algılarının incelenmesinin amaçlandığı 10 soruluk bir bölüm olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Uygulanan ankete SPSS programında cronbach’s alfa ve factor analysis yöntemi ile geçerlilik güvenirlik testi uygulanmış ve anketin güvenirlik katsayısı $\alpha = 0,781$ bulunmuştur.

Tablo 4: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi Öncül Çalışma Yapılan Personelin Demografik Özellik Dağılımı

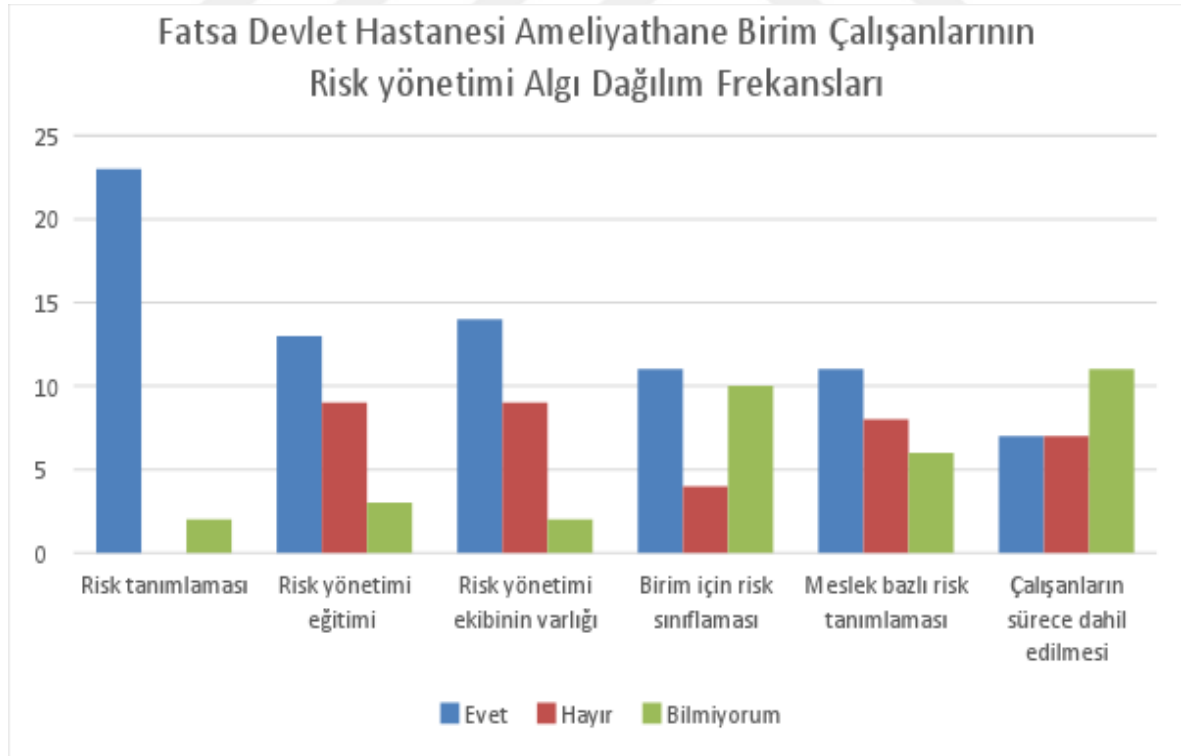
	Gruplar	FATSA DEVLET HASTANESİ AMELİYATHANE BİRİMİ	
		Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	20-29	3	%12
	30-39 yaş	12	%48
	40-49 yaş	5	%20
	50-59 yaş	5	%20
	60 yaş ve üstü	-	%0
	TOPLAM	25	%100
Cinsiyet	Kadın	13	%52
	Erkek	12	%48
	TOPLAM	25	%100
Eğitim Durumu	İlköğretim	-	%0
	Lise	2	%8

	Meslek Lisesi	1	%4
	Meslek Yüksekokulu	10	%40
	Lisans	9	%36
	Yüksek Lisans (Tezsiz)	1	%4
	Yüksek Lisans (Tezli)	-	%0
	Tıpta Uzmanlık veya Doktora	2	%8
	TOPLAM	25	%100
Meslek	Sağlık Teknisyeni	7	%28
	Yardımcı Hizmet Personeli	0	%0
	Temizlik Personeli	2	%8
	Tekniker	7	%28
	Hemşire	7	%28
	Uzman Hekim	2	%8
	TOPLAM	25	%100
Toplam Çalışma Yılı	1 yıldan az	1	%4
	1-5 yıl	3	%12
	6-10 yıl	3	%12
	11-15 yıl	7	%28
	16-20 yıl	2	%8
	21 yıl ve üstü	9	%36
	TOPLAM	25	%100
Şuan Çalıştığımız Hastanede Toplam	1 yıldan az	1	%4
	1-5 yıl	6	%24
	6-10 yıl	5	%20

Çalışma Yılı	11-15 yıl	3	%12
	16-20 yıl	4	%16
	21 yıl ve üstü	4	%16
	TOPLAM	25	%100

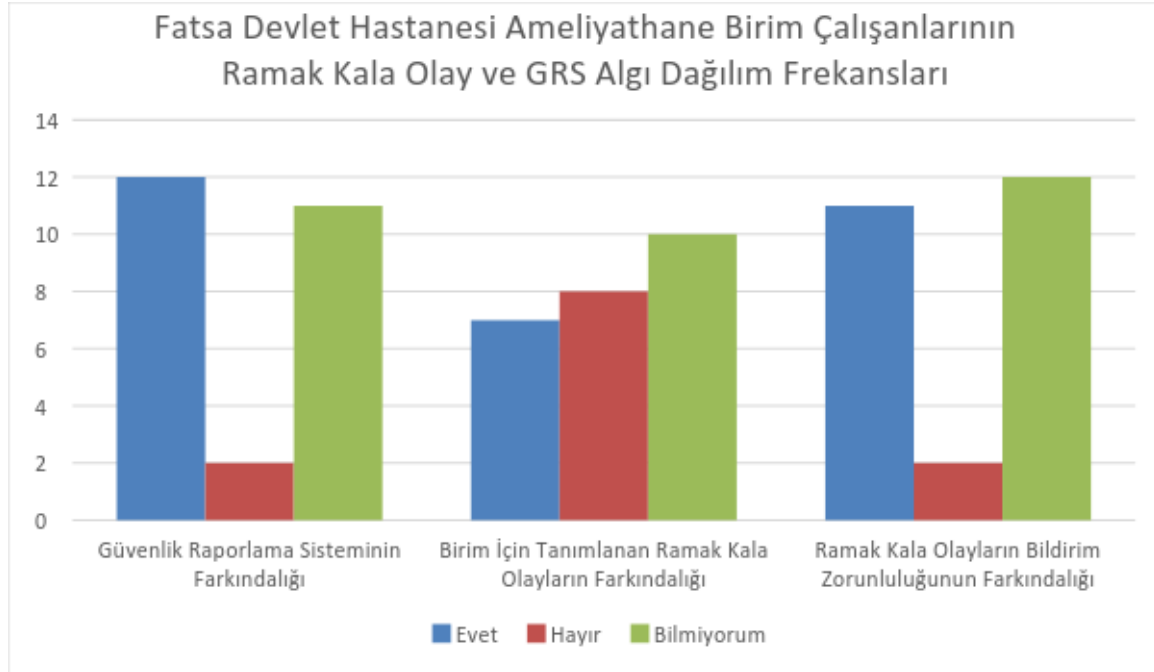
Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 5.1 de sağlık kurumlarından, bölüm, meslek ve/veya süreç bazında, risklerin tanımlanmasını ve riskleri en az 3 kategori olarak örneğin düşük, orta, yüksek gibi sınıflandırılmasını istemiştir (SKS, Versiyon 5.1, 2016). Kurumda ameliyathane birimi riskli birim olarak tanımlanmasına rağmen öncül çalışma için rastgele seçilen 25 kişinin büyük bir çoğunluğunun çalıştığı birimin risk sınıflaması hakkında ve meslek bazlı risk tanımlamasının yapıp yapılmadığı hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmüştür (Grafik 1).

Grafik 1: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birim Çalışanlarının Risk Yönetim Süreci Farkındalık Frekansları



Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 5.1 de Güvenlik Raporlama Sisteminin (GRS), çalışanların kendini güvende hissetmesi ve hasta mahremiyetine yönelik gizlilik ilkesi kapsamında hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek istenmeyen her türlü olayı içeren, hasta ve çalışan güvenliği için ayrı ayrı bir modül oluşturulmasını çalışılmasını istemiştir. Kurumda aktif çalışan bir GRS sistemi bulunmasına rağmen öncül çalışmaya dahil edilen bireylerin verdiği cevaplar doğrultusunda GRS sisteminin çoğu kişi tarafından etkin kullanılmadığı görülmüştür. Çalışan ve hasta güvenliği için etkin bir risk analizi çalışması ve güvenlik raporlama sistemi ramak kala olayların tanımlanması ve bildirimini kapsmalıdır. Öncül çalışmaya dahil edilen bireylerin verdiği cevaplar doğrultusunda ramak kala olay kavramının, ya risk analizi çalışmalarında tanımlanmadığı yada güvenlik raporlama sistemine ramak kala olayların bildiriminin dahil edilmediği görülmüştür. Sağlıklı çalışma ortamını yani çalışan güvenliğini aynı zamanda hasta güvenliğini etkileyen ramak kala olaylar (istenmeyen, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen) olaylar sağlıkta kalite standartları kapsamında takibi ve bildirimi zorunludur. Birim çalışanlarına yönetilen sorunun cevaplara göre ramak kala olay kavramı hakkında farkındalığının yeterli olmadığı görülmüştür (Grafik2).

Grafik 2: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birim Çalışanlarının Ramak Kala Olay Farkındalık Frekansları



Bilgi güncelleme ve pekiştirme adına yapılan bu öncül çalışma sonunda ortaya çıkan dağılım tablosuna göre göre birim çalışanlarına bu konular ile ilgili sunum yapılmasına karar verilmiştir.

4.2 Farkındalık Eğitimi

Fatsa Devlet Hastanesini Ameliyathane Biriminde yapılacak olan ‘Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Yöntemi İle Ramak Kala Olayların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi’ başlıklı tez araştırmasının ilk toplantı tarihi birim sorumluları ile belirlendi. Birim sorumlularına elektronik ortamda toplantı tarihi ve gündemi gönderilip, aynı iletinin çalışanları ile paylaşılması istenmiş ve bölüm sorumluları tarafından paylaşılmıştır.

Araştırmanın ilk toplantısı ameliyathane yemekhane salonunda mesai saati başında ameliyathane başlamadan anestezi uzman doktorları, hemşire, anestezi teknisyenleri, destek personeli, büro personellerinin katılımı ile gerçekleştirildi. Toplantı sunumu ile başlayıp, kişilere yapılan anket başlıkları üzerinde ve çalışanların görev ve yetki dağılımları hakkında konuşulup 30 dakika sonunda bir sonraki toplantı tarihi ve konusu belirlenerek sonlandırıldı.

Toplantı birim çalışanlarının ramak kala olay kavramı, risk kavramı, risk analizi ve risk yönetimi konularında bilgilerini güncelleme ve pekiştirme adına faydalı bulunmuştur.

Bir sonraki toplantı tarihi ve toplantının gündeminin birim çalışanları ile öncelikle iş akışları incelenmesi ve ramak kala olayların belirlenmesi olarak birim çalışanlarına bildirildi.

4.3. Ramak Kala Olayların Belirlenmesi

Tez araştırması kapsamında ikinci toplantının gündemi birim çalışanları ile iş akışları incelenerek ramakla olayların belirlenmesi olarak belirlenmiştir.

Birim çalışanlarına tez araştırmasının amacı ve ramak kala olay kavramı hakkında bilgileri eşitlemek için sunum yapıldı. Sunumun sonunda birim çalışanları ile iş akışları incelenerek, iş akışı sırasında karşılaştıkları ramak kala olaylar belirlendi.

Birim çalışanları ile birlikte iş akışı sırasında karşılaşılan ramak kala olay olarak şunlar belirlendi;

1. Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü
2. Pre-op bekleme odasında hastanın kan şekerinin düşmesi
3. Yanlış taraf cerrahisi
4. Hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesi
5. Yanlış ilaç uygulaması
6. Personelin düşmesi
7. Hasta kapatılmadan tıbbi ekipmanın hastada unutulması
8. Personelin kesici delici alet yaralanması.
9. Personele kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalık bulaşması
10. Spinal anestezi alan hastanın post-op odasında durumunun kötüleşmesi
11. Hastanın yanlış servise transferi

Bu olayların çok sık olmasa da karşılaşıldığı birim çalışanları tarafından belirtildi. Karşılaşılan bu ramak kala olaylara bir sonraki toplantıda balık kılçığı (etki-neden) yöntemi ile kök neden analizi yapılmasına karar verildi.

4.4. Ramak Kala Olaylara Balık Kılçığı Yöntemi (Etki-Neden Analizi) Yöntemi Uygulanması

Tez araştırmasının üçüncü toplantısında son toplantının tarihi ve gündemi belirlendi. Üçüncü toplantının gündemi ise birim çalışanları ile belirlenen ramak kala olaylara balık kılçığı yöntemi ile kök neden analizi yapılmasıdır.

Birim çalışanlarına balık kılçığı yönteminin ne olduğu, nasıl uygulandığı, başarılı bir balık kılçığı yönteminin nasıl yapılacağı ve sonuçlarının yararlarını anlatan kısa bir sunum yapıldı.

Bir önceki toplantıda birim çalışanları tarafından belirlenen ramak kala olaylara genel sebeplerden yola çıkarak en ufak detaya inip ana nedenin ortaya çıkarılması için balık kılçığı (neden-etki diyagramı) yöntemi ile risk analizi yapıldı.

4.4.1. Ramak Kala Olay 1: Ameliyathane Giriş Kapısından Yanlış Dosya İle Hasta Kabulü

Yapılan çalışmada birim çalışanları ameliyathane giriş kapısından yanlış hasta ile yanlış dosyanın alınmasının bazen ramak kala bazen ise gerçekleşen ve istenmeyen bir olay olarak yaşama sebepleri;

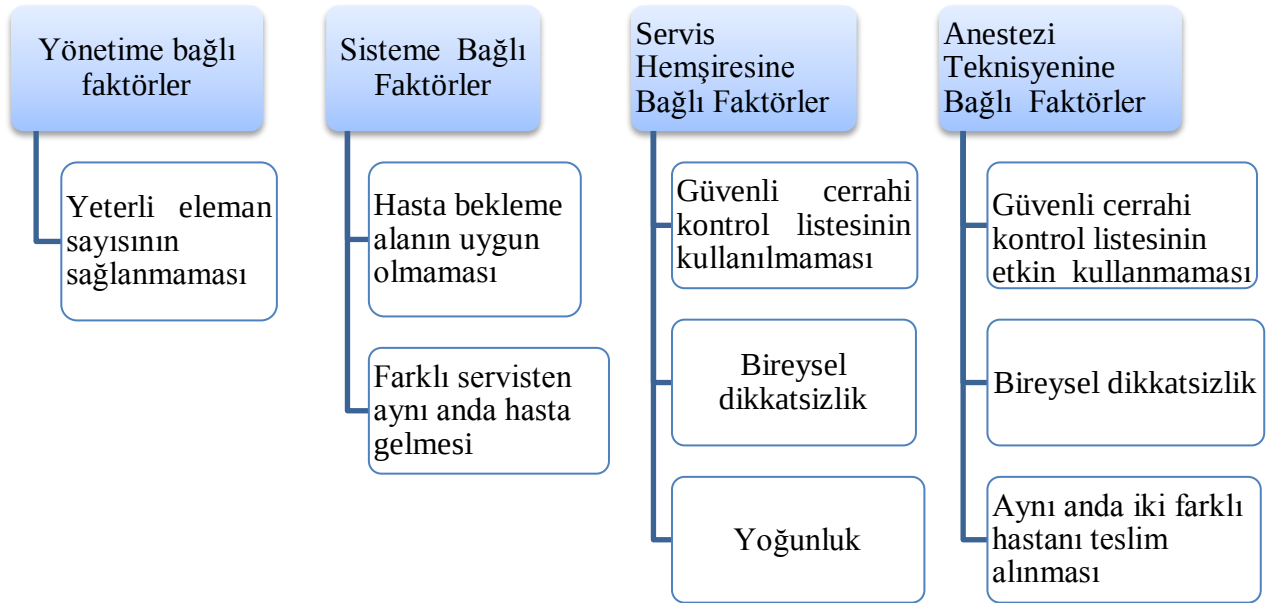
Yönetime bağlı faktörler: Yeterli personel sayısının sağlanmaması,

Sisteme bağlı faktörler: Hasta bekleme odasının uygun olması ve farklı servisten aynı anda hastaların ameliyathane hasta teslimi kapısına getirilmesi,

Servis hemşiresine bağlı faktörler: Cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılmaması ve yoğunluk, bireysel dikkatsizliğe

Anestezi teknisyenine bağlı faktörler: Bireysel dikkatsizliği ve güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılmaması ve aynı anda iki hastanın teslim alınması olarak belirlendi (Grafik 3).

Grafik 3: Ameliyathane Giriş Kapısından Yanlış Dosya İle Hasta Kabulünün Nedenleri



4.4.2. Ramak kala olay 2: Pre-op bekleme odasında hastanın kan şekerinin düşmesi

Hastanın cerrahi işlem hazırlığı süresince belli bir zaman dili aç bırakılması fakat çeşitli faktörleri göz önünde bulundurulmamasına bağlı işlem öncesi hastanın genel durumun bozulması bazen işlemin ertelenmesi ve hatanın bu süreçte stres yaşamasına neden olabilmektedir.

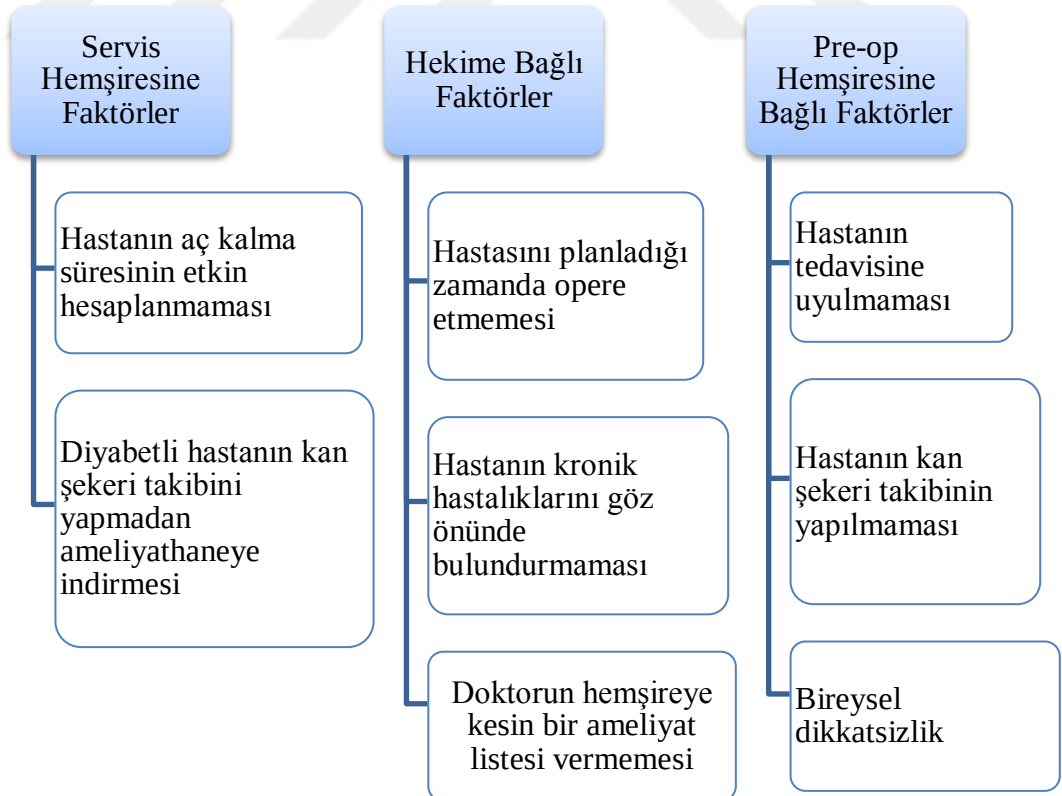
Birim Çalışanları bu olayın ramak kala aşamada fark edilmesinin nedenleri;

Servis hemşiresine bağlı faktörler: Hastanın aç kalma süresini etkin hesaplamaması ve diyabeti olan hastanın kan şekeri takibini yapmaması,

Hekime bağlı faktörler: Hastayı zamanında opere etmemesi, süre hesaplamasında hastanın kronik hastalıklarını göz önünde bulundurmaması ve hemşirenin etkin bir açlık süresi hesaplaması yapmasını sağlayacak işlem sırasını belirten bir liste vermemesi,

Preop hemşiresine bağlı faktörler: Hastanın kan şekeri takibinin yapılmaması, Hastanın tedavisine uyulmaması ve bireysel dikkatsizlik olarak belirlendi (Grafik 4).

Grafik 4: Pre-op bekleme odasında hastanın kan şekerini düşmesinin nedenleri



4.4.3. Ramak kala olay 3: Yanlış Taraf Cerrahisi

Güvenli cerrahi uygulamaları çerçevesinde kesi işlemine başlamadan önce ekip doğru hasta, doğru girişim ve doğru taraf teyidini yapar aksi takdirde istenmeyen bir olay ramak kala aşamasından gerçekleşmiş ve istenmeyen bir olay haline gelir.

Bu olayların yaşanmasının nedenleri birim çalışanları tarafından;

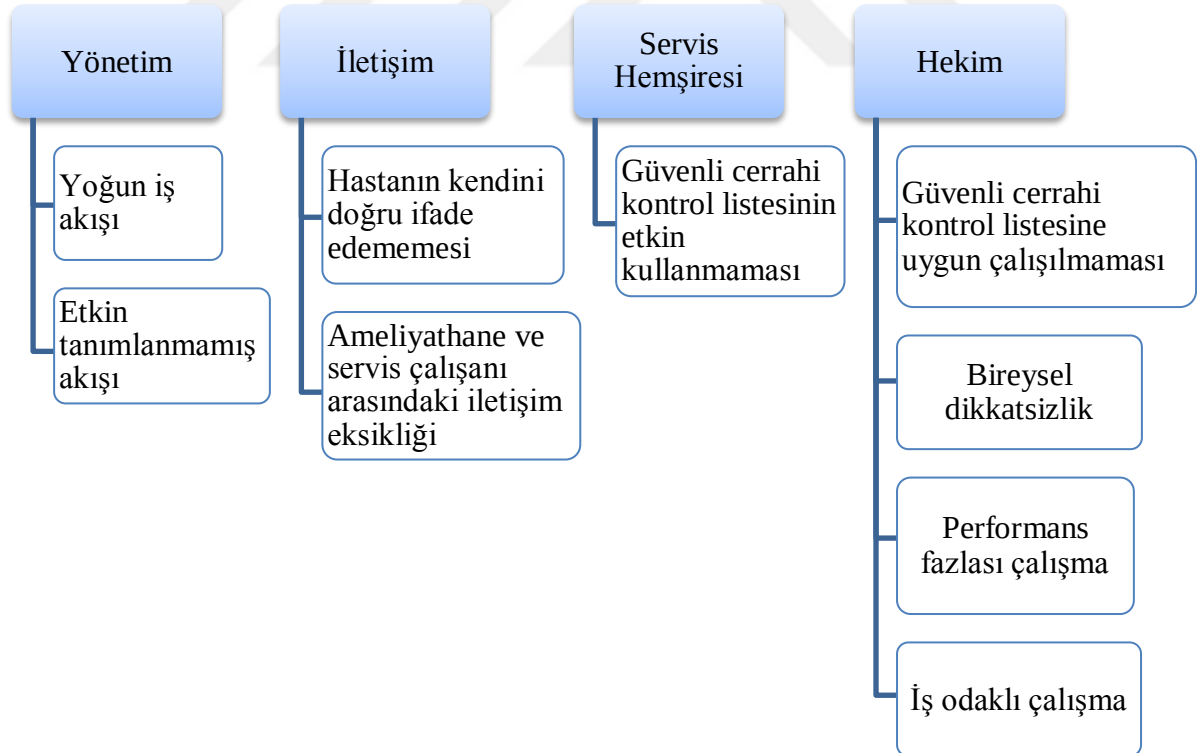
Hekime bağlı faktörler: Güvenli cerrahi kontrol listesine uygun çalışmama ve bireysel dikkatsizlik, performans fazlası çalışma ve iş odaklı çalışma,

Hemşireye bağlı faktörler: Güvenli cerrahi kontrol listesine uygun çalışmama

İletişime bağlı faktörler: personeller arasındaki iletişim eksikliği ve Hasta ile çalışan arasındaki iletişim eksikliği,

Yönetime bağlı faktörler: İş akışlarının etkin tanımlayıp yoğun iş akışındaki aksaklıkları giderecek yeterli personelin sağlamaması olarak belirtildi (Grafik 5).

Grafik 5: Yanlış taraf cerrahisinin nedenleri



4.4.4. Ramak Kala Olay 4: Hastanın Yanlış Doktor Tarafından Opere Edilmesi

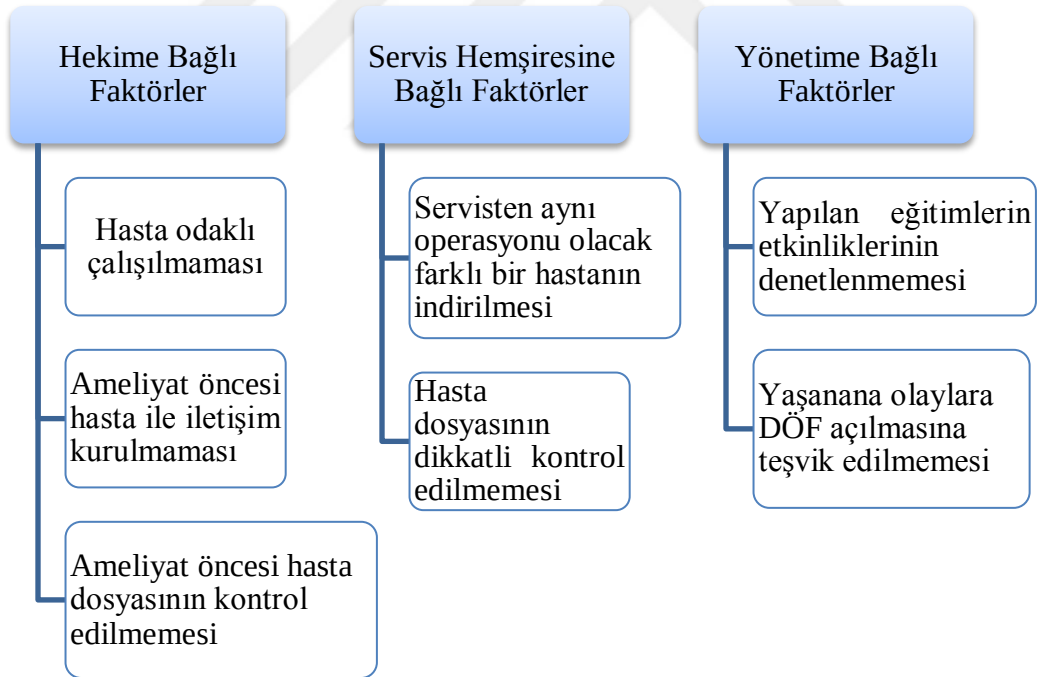
Sağlıkta kalite standartları kapsamında her hastanın hekim seçme hakkı vardır. Doğru müdahalenin doğru hekim tarafından yapılması hasta mahremiyeti açısından da önemlidir. Birim çalışanları ile yapılan çalışmada birim çalışanları bu tür olumsuz olayların ramak kala olay olarak fark edilmesini;

Servis hemşiresine bağlı faktörler: Hasta dosyası kontrolü yapmadan aynı operasyonu olacak başka bir hastayı ameliyathaneye teslim etmesi, dikkatsizliği,

Hekime bağlı faktörler: Hasta odaklı çalışmaması, ameliyat önce hastası ile iletişim kurmaması ve işlem öncesi dosyayı kontrol etmemesi,

Yönetime bağlı faktörler: Yapılan eğitimlerin etkinliklerini denetlemedeki yetersizliği ve çalışanı düzeltici-önleyici faaliyet (DÖF) açmaya teşvik etmemesi olarak belirlendi (Grafik 6) .

Grafik 6: Hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesinin nedenleri



4.4.5. Ramak kala olay 5: Yanlış İlaç Uygulaması

Hasta güvenliğini tehdit eden olayların başında ilaç güvenliği gelmektedir. Birim hedefleri arasında yer alan hasta güvenliğini yerine getirmek için ilaç uygulamalarında 5D kuralına uyulmalıdır. (doğru hasta, doğru ilaç, doğru yol, doğru zaman, doğru doz).

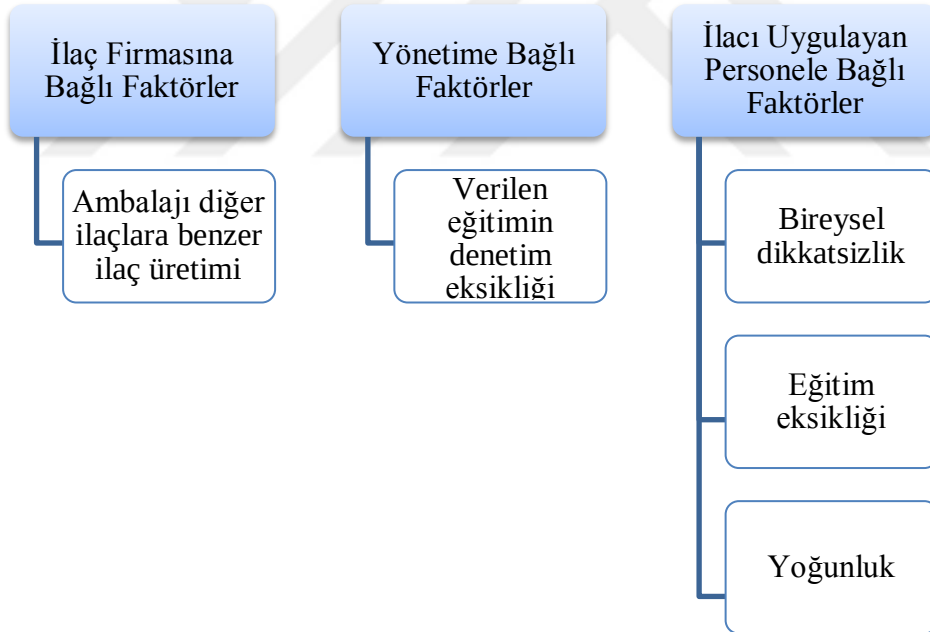
Birim çalışanları yanlış ilaç uygulamalarının ramak kala aşamaya kadar gelme ya da yaşanma sebeplerini;

İlaç firmasına bağlı faktörler: benzer ambalajlarda ilaç üretimi,

İlacı uygulayan personele bağlı faktörler: Bireysel dikkatsizlik ve yoğunluğa eğitim eksikliği,

Yönetime bağlı faktörler: Eğitimlerin denetimindeki eksikliği olarak belirlendi (Grafik 7).

Grafik 7: Yanlış ilaç uygulamasının nedenleri



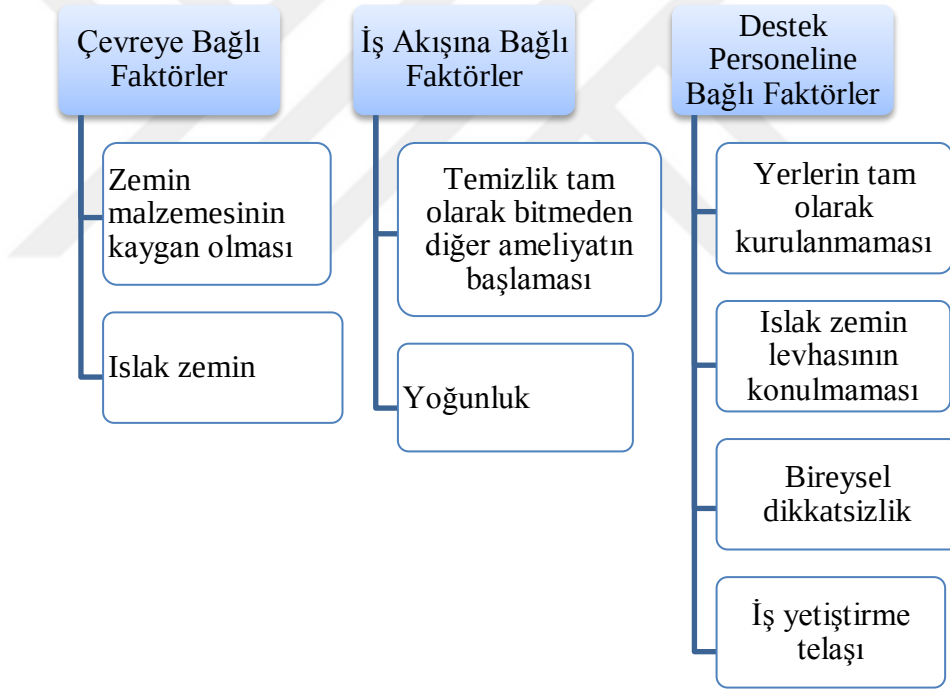
4.4.6. Ramak Kala Olay 6: Personelin Düşmesi

Sağlık hizmeti sunumunda risk yönetimi kapsamında çalışan güvenliği kritik öneme sahip bir konudur. İstenmeyen bir olay olan düşme personel açısından ciddi sonuçlara da neden olabilir. Birim çalışanları bu olayı çoğunlukla ramak kala olay olarak değil istenmeyen gerçekleşmiş bir olay olarak ifade ederken nedenleri ise;

İş akışına bağlı faktörler: Temizliğin tam bitmeden odanın kullanılması, yoğunluk, Personele bağlı faktörler: yerleri etkin kurulanması, ıslak zemin levhasının kullanılmaması, bireysel dikkatsizlik

Çevreye bağlı faktörler: Zemin malzemesinin kaygan olması ve ıslak zemin olarak belirlendi (Grafik 8).

Grafik 8: Personel düşmesinin nedenleri



4.4.7. Ramak kala olay 7: Hasta Kapatılmadan Tıbbi Ekipmanın Hastada Unutulması

Hastanın operasyon için açılan bölgesinde hasta kapatılmadan tıbbi ekipman unutulması(alet, spanç, iğne vb.) sonuçları açısından hayati boyutu olan hatalardır. Bu tür istenmeyen olayların yaşanmaması için güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanımı sağlanmalıdır.

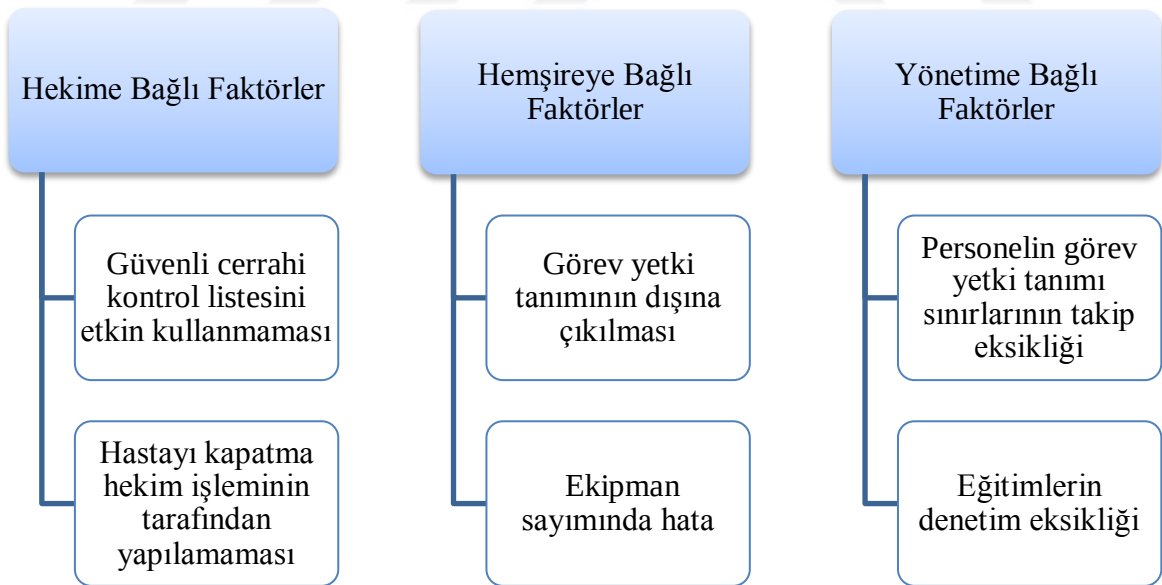
Birim çalışanlarının ifadesine göre böyle bir olayın hemen hemen hiç yaşanmamasına rağmen yaşamasına neden olabilecek etmenleri;

Hekime bağlı faktörler: Güvenli cerrahi kontrol listesini etkin kullanmaması ve hastayı kapatma işleminin kendisinin yapmaması,

Hemşireye bağlı faktörler: Ekipman sayımında yaptığı hataya, görev tanımının dışına çıkmasına

Yönetime bağlı faktörler: Denetim ve personelin yetki tanımı sınırlarının takip eksikliği olarak belirlendi (Grafik 9).

Grafik 9: Hasta Kapatılmadan Tıbbi Ekipmanın Hastada Unutulmasının nedenleri



4.4.8. Ramak kala olay 8: Personelin Kesici Delici Alet Yaralanması

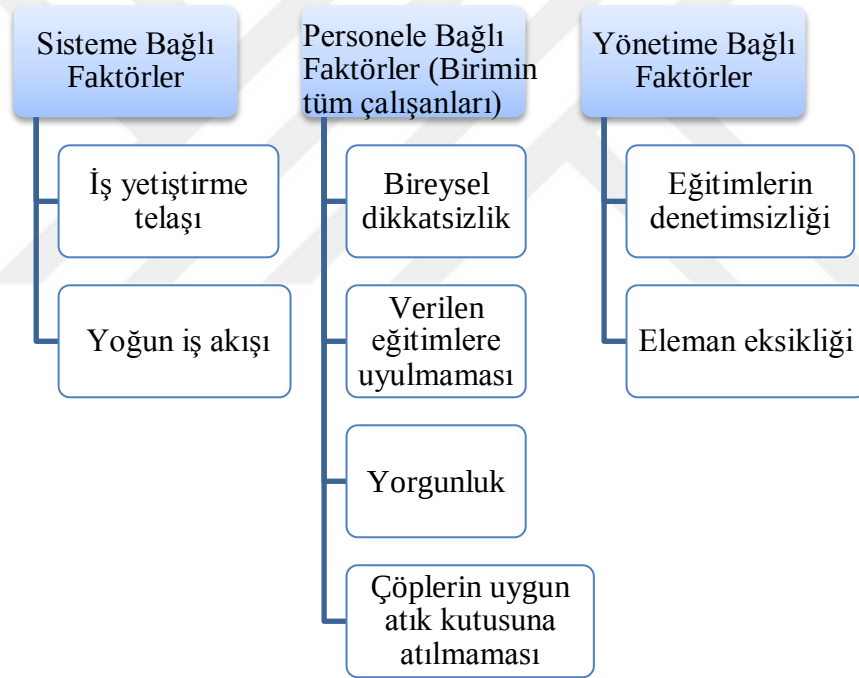
Sağlıkta kalite standartları kapsamında çalışan güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylardan birisi olan kesici ve delici alet yaralanmasıdır.

Birim çalışanları tarafından bu kazaların ramak kala kalması ya da yaşanmasını; Sisteme bağlı faktörler: yoğun iş akışı ve iş yetiştirme telaşı,

Personele bağlı faktörler: Bireysel dikkatsizlik, yorgunluk ve verilen eğitimlere uygun çalışılmaması,

Yönetime bağlı faktörler: Yeterli eleman sağlamaması ve eğitimlerin denetim yetersizliği olarak belirlendi (Grafik 10).

Grafik 10: Personelin Kesici Delici Alet Yaralanmasının nedenleri



4.4.9. Ramak Kala Olay 9: Personele Kan Ve Vücut Sıvılarıyla Hastalık Bulaşması

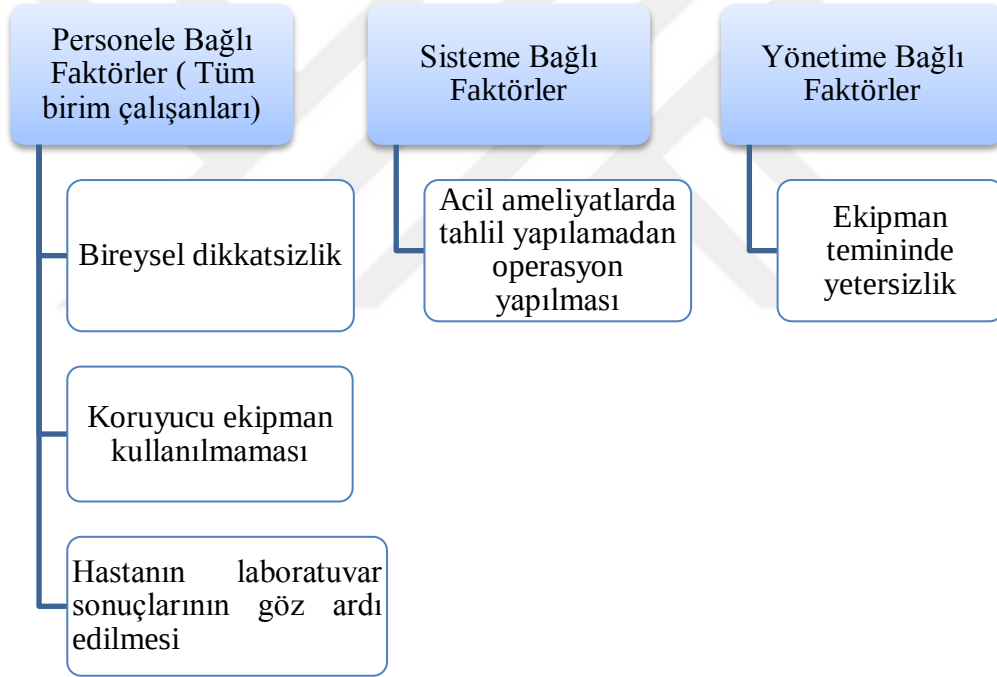
Sağlıkta kalite standartları kapsamında çalışan güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylardan birisi olan kan ve vücut sıvılarıyla temas bulaş birim çalışanları tarafından;

Yönetime bağlı faktörler: Yeterli koruyucu ekipman sağlamamasına,

Personele bağlı faktörler: Bireysel dikkatsizlik, hastanın tahlil sonuçlarının çalışan tarafından göz ardı etmesi ayrıca koruyucu ekipman kullanmaması,

Sisteme bağlı faktörler: Acil ameliyatlarda hastanın tahlillerini çalışacak sürenin olmaması nedeniyle meydana geldiğini belirlendi (Grafik 11).

Grafik 11: Personele Kan Ve Vücut Sıvılarıyla Hastalık Bulaşmasının nedenleri



4.4.10. Ramak kala olay 10: Spinal Anestezi Alan Hastanın Post-Op Odasında Durumunun Kötüleşmesi

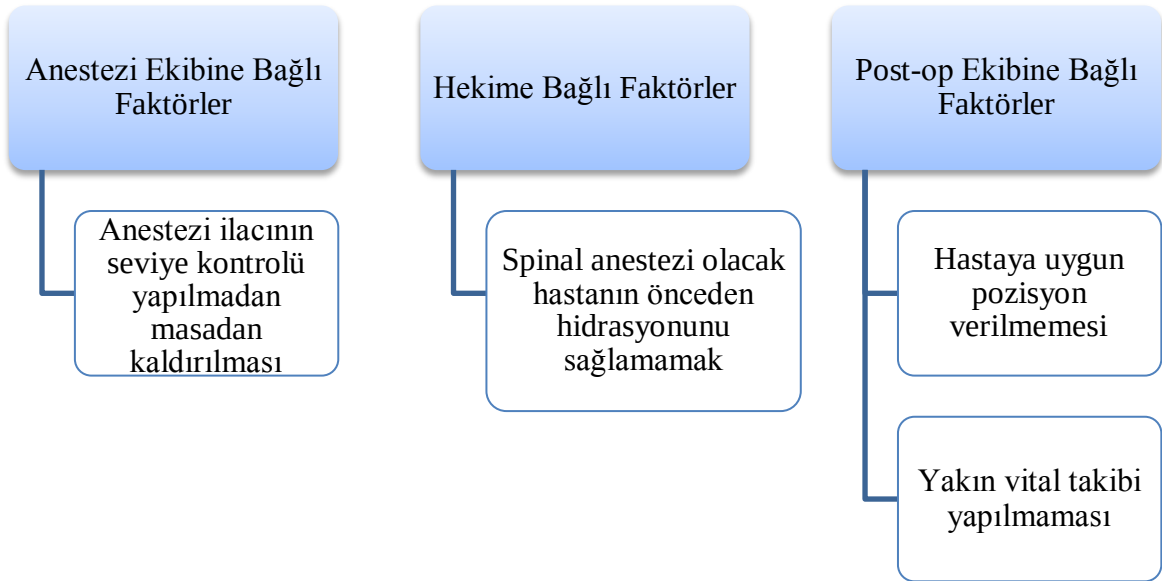
Güvenli bir cerrahi müdahale geçiren hastanın sürecin güvenli olarak tamamlanması açısından post operatif dönemi de güvenli bir şekilde tamamlamalıdır. Spinal anestezi alan hastanın spinal anestezinin istenmeyen sonuçlarından biri olan tansiyonda düşme, nabızda düşme gibi sonuçlarının ramak kala aşamada fark edilmesi hasta açısından çok önemlidir. Birim çalışanları bu tür istenmeyen bir olayın yaşanma ya da ramak kala olay olarak kalmasını;

Anestezi ekibine bağlı faktörler: Hastayı seviye kontrolü yapmadan salondan çıkarması,

Hekime bağlı faktörler: Hastayı önceden yeterli sıvı alımının sağlamaması,

Post-op ekibine bağlı faktörler: Spinal anestezi alan hasta bakımında yetersiz olmasına örneğin doğru pozisyon verilmemesi ve yakın vital takibinin yapılmaması olarak belirlendi (Grafik 12).

Grafik 12: Spinal Anestezi Alan Hastanın Post-Op Odasında Durumunun Kötüleşmesinin nedenleri



4.4.11. Ramak kala olay 11: Hastanın Yanlış Servise Transferi

Güvenli hasta transferi için transfer sırasında hastaya sağlık çalışanı eşlik etmeli ve kimlik doğrulaması ve hastanın gideceği bölüm hakkında emin olmalıdır.

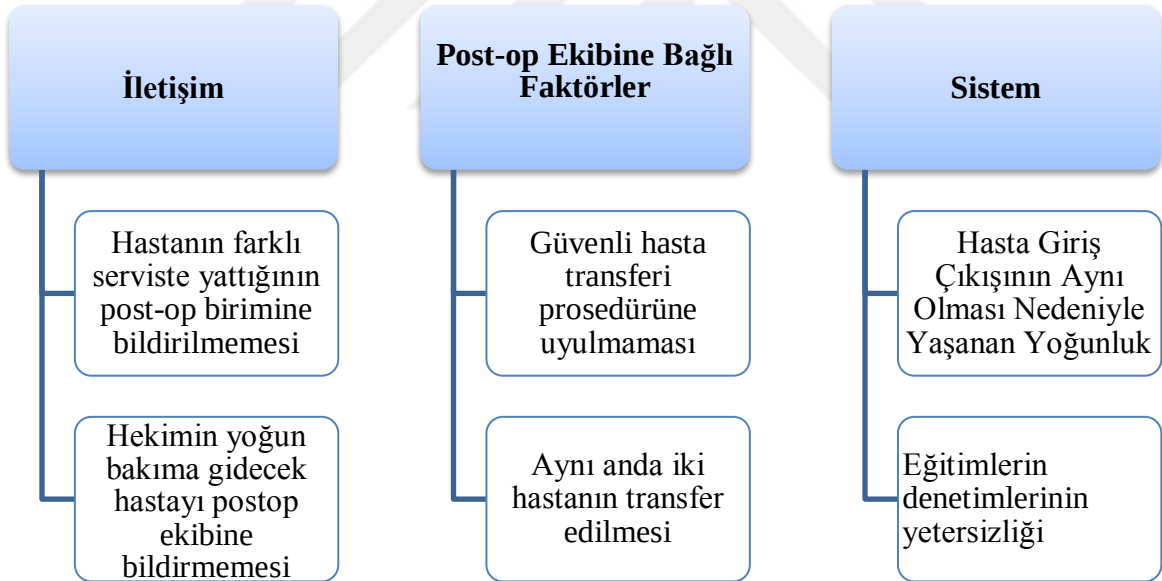
Birim çalışanları hastanın yanlış servise transferini ramak kala aşmada fark etmelerine neden olan etmenleri

İletişime bağlı faktörler: Hekimin postop dönemde hastayı nerede takip edeceğini bildirmemesi (örneğin yoğun bakım ya da serviste) yer yoğunluğu nedeniyle farklı serviste takip edilen hastanın bulunduğu bölümün postop ekibine iletilmemesi,

Çalışana bağlı faktörler: Güvenli hasta transferi prosedürüne uymaması

Sisteme bağlı faktörler: Hasta giriş çıkışının aynı kapıdan yapılması nedeniyle yaşanan yoğunluk ve eğitimlerin denetim eksikliği olarak belirlendi (Grafik 13).

Grafik 13: Hastanın Yanlış Servise Transferinin nedenleri



4.5. Ramak Kala Olayların Risk Seviyesinin Belirlenmesi

Fatsa Devlet Hastanesini Ameliyathane Birimi'nde yapılan olan tez araştırmasının son toplantısının gündemi, birim çalışanları kök neden analizi yapılan ramak kala olaylara Dokuz Eylül Risk Yönetim Yönergesine göre risk analizi çalışması yapılması olarak belirlenmiştir.

Etki: Olayların ortaya meydana gelmesi durumunda neden olacağı hasarın büyüklüğüdür. Katılımcıların verdiği puanların toplamının aritmetik ortalaması alınarak riskin (ortalama) etki puanı bulunur.

Olasılık: Olayın ve sonuçlarının ortaya çıkması ihtimalidir. Katılımcıların verdiği puanların toplamının aritmetik ortalamasının alınması ile riskin (ortalama) olasılık puanı bulunur.

Risk Puanı: Etki puanı(ortalama) ile olasılık puanı (ortalama) çarpılması ile Risk Puanı bulunur.

Son toplantıda belirlenen 11 adet ramak kala olaya toplantıya katılan hekim, hemşire, anestezi teknisyeni, destek personelleri ile birlikte risk etki ve olasılık analiz çalışması yapıldı. Ramak kala olayların hepsine sırasıyla birim çalışanları tarafından etki puanı ve olasılık puanı verildi. Toplantıya katılan kişi sayısı n olarak tanımlandı.

Risk puanı belirleme çalışmasına 2 hekim, 12 hemşire, 2 anestezi teknisyeni ve 3 destek personeli katılımı ve birlikte puanlama çalışması yapılmıştır. (Tablo 5A-C)

Tablo 5A: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Oylama Formu

Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	A (Hekim (n:2)	B (Hemşire(n:12)	C (Anestzi teknisyeni(n:2)	D (Destek personeli(n:3)	ETKİ (A+B+C+D) /19	A (Hekim (n:2)	B (Hemşire(n:12)	C (Anestzi teknisyeni(n:2)	D (Destek personeli(n:3)	Olasılık (A+B+C+D)/19	Risk Puanı ETKİ X OLASILIK
1	1	1	Güvenli cerrahi	Risk: Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü	8	42	7	3	60/19=3,157	0	14	7	0	21/19=1,105	3,27x1,105=3,488
				Neden:											
				1.Yönetim											
				2. Sistem											
				3.Personel											
				Risk:											
2	2	2	Güvenli cerrahi	Pre-op bekleme odasında hastanın kan şekerini düşmesi	10	48	8	0	64/19=3,368	0	28	5	0	21/19=1,105	3,368x1,105=3,721
				Neden:											
				1.Hemşire											
				2. Hekim											
				Risk:											
3	3	3	Güvenli cerrahi	Yanlış Taraf Cerrahisi	10	60	3	0	73/19=3,842	15	37	9	0	61/19=3,21	3,842x3,21=2,332
				Neden:											
				1.Yönetim											
				2.Hekim											
				3.Hemşire											
				4.İletişim											
				Risk:											
4	4	4	Güvenli cerrahi	Hastanın Yanlış Doktor Tarafından Opere Edilmesi	15	51	10	9	85/19=4,473	2	13	2	3	20/19=1,052	4,473x1,052=6,798
				Neden:											
				1. Hekim											
				2. Hemşire											
				3. Yönetim											
				Risk:											
5	5	5	Hasta güvenliği	Yanlış İlaç Uygulaması	9	63	11	9	83/19=4,368	2	22	7	0	29/19=1,526	4,368x1,526=6,665
				Neden:											
				1. Firma											
				2. Yönetim											
				3. Personel											

Tablo 5B: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Oylama Formu devamı

Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	A (Hekim (n:2)	B (Hemşire(n:12)	C (Anestzi teknisyeni(n:2)	D (Destek personeli(n:3)	ETKİ (A+B+C+D) /19	A (Hekim (n:2)	B (Hemşire(n:12)	C (Anestzi teknisyeni(n:2)	D (Destek personeli(n:3)	Olasılık (A+B+C+D)/19	Risk Puanı ETKİ X OLASILIK
6	6	6	Çalışan güvenliği	Risk: Personelin Düşmesi Neden: 1.Çevre 2.İş akışı 3.Personel	13	72	13	17	125/19=6,578	11	65	13	15	104/19=5,473	6,578x5,473=36,001
7	7	7	Güvenli cerrahi	Risk: Hasta Kapatılmadan Tıbbi Ekipmanın Hastada unutulması Neden: 1.Hekim 2.Hemşire 3.Yönetim	13	44	11	12	80/19=4,210	13	3	2	3	21/19=1,105	4,210x1,105=4,652
8	8	8	Çalışan güvenliği	Risk: Personelin Kesici Delici Alet Yaralanması Neden: 1. Sistem 2.Yönetim 3.Personel	9	64	11	17	101/19=5,311	7	45	9	13	74/19=3,894	5,311x3,894=20,271
9	9	9	Çalışan güvenliği	Risk : Personele Kan ve Vücut Sıvılarıyla Hastalık Bulaşması Neden: 1.Personel 2.Sistem 3.Yönetim	13	75	15	18	121/19=6,368	7	55	5	15	82/19=4,315	6,368x4,315=27,477

Tablo 5C: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Oylama Formu devamı

Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	A (Hekim (n:2)	B (Hemşire(n:12)	C (Anestzi teknisyeni(n:2)	D (Destek personeli(n:3)	ETKİ (A+B+C+D) /19	A (Hekim (n:2)	B (Hemşire(n:12)	C (Anestzi teknisyeni(n:2)	D (Destek personeli(n:3)	Olasılık (A+B+C+D)/19	Risk Puanı ETKİ X OLASILIK
10	10	10	Hasta Güvenliği	Risk: Spinal Anestezi Alan Hastanın Post-Op Odasında Durumunun Kötüleşmesi Neden: 1.Anestezi Ekibi 2.Hekim 3.Post-Op Ekibi	11	50	13	7	81/19=4,263	5	34	8	9	56/19=2,947	4,263x2,947=12,563
11	11	11	Hasta güvenliği	Risk: Hastanın Yanlış Servise Transferi Neden: 1.İletişim 2.Personel 3.Sistem	7	34	7	10	58/19=3,052	4	21	5	8	38/19=2	3,052x2=6,104

Belirlenen riski yöneten ve takibinden sorumlu olup aynı zamanda bu risk hakkında bilgiyi toplayan, takip işlemini yapan, riske verilen cevapları yöneten ve risk yönetiminin yapıldığı ile ilgili kayıtları tutan kişi riskin sahibi olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda risk hakkındaki en güncel bilginin bir üst makama raporlanmasını yapan kişidir. Risk sahibi risk yönetimi sırasında ortaya atılan risk ilk defa belirlenmiş ise riskin değişim yönüne yeni, riskin daha öncesine ait risk kaydı var ise aşağı, yukarı ya da sabit şeklinde riskin yönünü belirler. Yön tanımlaması yapılmış risk için var olan kontroller yeterli bulunmuyor ise yeni ek kontroller belirlenir ya da bu kontroller kaldırılır. Ek kontrollerin uygulanacağı ya da mevcut kontrollerin ortadan kaldırılacağı bir başlangıç tarihi belirlenir. (Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetimi Yönergesi, 2015)

Birim çalışanları tarafından risk puanlaması yapılan risklere bir sonraki adım olarak Dokuz Eylül Risk Yönetimi Yönergesi'ne uygun olarak risk kayıt formu doldurulmuştur.

Çalışanlar;

1. Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulünü, bireysel dikkatsizlikten, yoğunluktan ve eksik personel sayısı ile çalışmaya,
2. Hastanın pre-op odasında kan şekerinin düşmesini, hastanın kan şekeri takibinin yapılmamasına, hastanın uzun süre aç bırakılmasına, operasyonun zamanında yapılmamasına ve bireysel dikkatsizliğe,
3. Yanlış taraf cerrahisini, yoğun iş akışına güvenli cerrahi kontrol formunun etkin kullanılmamasına, iletişim eksikliklerine,
4. Hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesini, hasta odaklı çalışmamaya, yönetimin denetim eksikliklerine, güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılmamasına,
5. Yanlış ilaç uygulamasını, ambalaj benzerliğine, bireysel dikkatsizliğe, eğitim eksikliğine ve yoğunluğa,
6. Personelin düşmesini, kaygan zemine, ıslak zemine, iş yetiştirme telaşına, bireysel dikkatsizliğe,
7. Hasta kapatılmadan tıbbi ekipmanın hastada unutulmasını, hatalı sayıma, görev tanımlarına uymamama ve denetim eksikliğine
8. Personelin kesici delici alet yaralanmasını, uygun atık kullanılmamasına, bireysel dikkatsizliğe ve eğitim eksikliğine,
9. Personeler kan ve vücut sıvıları ile hastalık bulaşmasını, koruyucu ekipmanın yetersizliğine, bireysel dikkatsizliğe, koruyucu ekipmanın kullanılmamasına, yoğun iş akışına
10. Spinal anestezi alan hastanın post-op dönemde kötüleşmesini, hastaya yanlış pozisyon verilmesine, bireysel dikkatsizliğe, eksik tedaviye,
11. Hastanın yanlış servise transferini iletişim eksikliğine, bireysel dikkatsizliğe, eğitim yetersizliğine bağlı gerçekliğini düşünmektedir. (Tablo 6A- C)

Tablo 6A: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Kayıt Formu

Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	Riske verilen cevaplar: Mevcut Kontroller	ETKİ (hekim n:2)	ETKİ (hemşire n:12)	ETKİ (anestezi teknisyeni n:2)	ETKİ (Destek personeli n:3)	Olasılık (hekim n:2)	Olasılık (hemşire n:12)	Olasılık (anestezi teknisyeni n:2)	Olasılık (Destek personeli n:3)	Risk Puanı (R= ExO)	Değişim (Riskin Yöntü)	Riske Verilecek Cevaplar: Yeni/Ek/Kaldırılan Kontroller	Başlangıç Tarihi	Risk Sahibi	Açıklamalar
1	1	1	Güvenli Cerrahi	Risk: Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü Neden: 1.Yönetim 2. Sistem 3.Personel	1.yetersiz eleman 2.yoğunluk 3.bireysel dikkatsizlik	8	42	7	13	0	14	7	0	3,488 Çok Düşük Düzen Risk	YENİ	1.Yeterli eleman sayısının sağlanması 2.Eğitimlerin denetlenmesi	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede.
2	2	2	Güvenli Cerrahi	Risk: Pre-op bekleme odasında hastanın kan şekerini düşmesi Neden: 1.Hemşire 2. Hekim	1.Zamanında opere edilmemesi 2.Hastanın uzun süre aç kalması 3.Kan şekeri takibinin yapılmaması 4.bireysel dikkatsizlik	1	48	8	0	0	28	5	0	3,721 Çok Düşük Düzen Risk	YENİ	1.Hastanın aç kalma süresinin etkin hesaplanması 2.Hastanın kronik hastalıklarının göz önünde bulundurulması	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede.
3	3	3	Güvenli Cerrahi	Risk: Yanlış Taraf Cerrahisi Neden: 1.Yönetim 2.Hekim 3.Hemşire 4.İletişim	1.Yoğun iş akışı 2.Güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılmaması 3.İletişim eksiklikleri	10	60	3	0	15	37	9	0	12,332 Düşük Düzen Risk	YENİ	1.Güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanımı için ekibe eğitim verilip eğitimin denetlenmesi	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede.Ek kontrollere uyum sağlanmalı.

Tablo 6B: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Kayıt Formu devamı

Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	Riske verilen cevaplar: Mevcut Kontroller	ETKİ (hekim n:2)	ETKİ (hemşire n:12)	ETKİ (anestezi teknisyeni n:2)	ETKİ (Destek personeli n:3)	Olasılık (hekim n:2)	Olasılık (hemşire n:12)	Olasılık (anestezi teknisyeni n:2)	Olasılık (Destek personeli n:3)	Riskin Puanı (R= ExO)	Değişim (Riskin Yöntü)	Riske Verilecek Cevaplar: Yeni/Ek/Kaldırılan Kontroller	Başlangıç Tarihi	Riskin Sahibi	Açıklamalar
4	4	4	Güvenli Cerrahi	Risk: Hastanın Yanlış Doktor Tarafından Opere edilmesi Neden: 1.Hekim 2.Hemşire 3.Yönetim	1.Hasta odaklı çalışmama 2.Hasta dosyasının etkin kontrol edilmemesi 3. Yönetimin denetim eksikliği	15	31	10	9	2	13	2	3	6,798 Düşük Düze Risk	YENİ	1.Hasta odaklı çalışma sağlanmalı	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Birim Hedefine ulaşmada etkisi çok az. Düşük düzey risk. Kabul edilebilir seviyede
5	5	5	Hasta Güvenliği	Risk:Yanlış ilaç Uygulaması Neden: 1. Firma 2.Yönetim 3.Personel	1.Ambalaj benzerliği 2.Bireysel dikkatsizlik 3. Yoğunluk 4.Eğitim eksikliği	9	63	11	0	2	22	7	0	6,665 Düşük Düze Risk	YENİ	1.Mevcut kontroller yeterli	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Birim Hedefine ulaşmada etkisi çok az. Düşük düzey risk. Kabul edilebilir seviyede
6	6	6	Çalışan Güvenliği	Risk:Personelin Düşmesi Neden: 1.Çevre 2. İş akışı 3. Personel	1.Kaygan zemin 2.İslak zemin 3.İş yetiştirme telaşı 4. Bireysel dikkatsizlik	13	72	13	17	11	65	13	15	36,001 Orta Düze Risk	YENİ	Salon temizliği etkin bitmeden ikinci ameliyatın başlanmamalı	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Gerçekleşme olasılığı olan birimin hedeflerine ulaşmasını etkileyebilecek orta düzey risk. Mevcut ve ek kontrollere uyum sağlanmalı
7	7	7	Güvenli Cerrahi	Risk:Hast kapatılmadan tıbbi ekipmanın hastada unutulması Neden: 1.Hekim 2.Hemşire 3.Yönetim	1.Hatalı sayım 2.Görev tanımlarına uymama 3.Denetim eksikliği	13	44	11	12	3	13	2	3	4,652 Çok Düşük Düze Risk	YENİ	1.İş akışına uyum denetlenmeli 2.Güvenli cerrahi kontrol formu etkin kullanılmalı	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az. Çok düşük düzey risk. Kabul edilebilir seviyede

Tablo 6C: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Kayıt Formu devamı

Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	Riske verilen cevaplar: Mevcut Kontroller	ETKİ (hekim n:2)	ETKİ (hemşire n:12)	ETKİ (anestezi teknisyeni n:2)	ETKİ (Destek personeli n:3)	Olasılık (hekim n:2)	Olasılık (hemşire n:12)	Olasılık (anestezi teknisyeni n:2)	Olasılık (Destek personeli n:3)	Riskün Puanı (R= ExO)	Değişim (Riskin Yöntü)	Riske Verilecek Cevaplar: Yeni/Ek/Kaldırılan Kontroller	Başlangıç Tarihi	Riskin Sahibi	Açıklamalar
8	8	8	Güvenli Cerrahi	Risk: Personelin Kesici Delici Alet Yaralanması Neden: 1.Sistem 2. Yönetim 3.Personel	1.Bireysel dikkatsizlik 2.Uygun atık kutusunun kullanılmaması 3.Yoğun iş akışı 4.Eğitim eksikliği	9	64	11	17	7	45	9	13	20,271 Düşük Düzy Risk	YENİ	Mevcut Kontroller yeterli	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede
9	9	9	Güvenli Cerrahi	Risk: Personeler Kan Ve Vücut Sıvılarıyla Hastalık Bulaşması Neden: 1.Personel 2.Sistem 3.Yönetim	1.Bireysel dikkatsizlik 2.Koruyucu ekipman kullanılmaması 3.eksik ekipman 4.yoğun iş akışı	13	75	13	18	7	55	5	15	27,024 Orta Düzy Risk	YENİ	1.Yeterli ekipman sağlanmalı 2.Personel ekipman kullanımına teşvik edilmeli	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Gerçekleşme olasılığı olan birimin hedefine ulaşmasını etkileyebilecek orta düzey risk.mevcut ve ek kontrollere uyum sağlanmalı
10	10	10	Hasta güvenliği	Risk: Spinal Anestezi Alan Hastanın Post-Op Odasında Durumunun Kötüleşmesi Neden: 1.Anestezi Ekibi 2.Hekim 3.Post-Op Ekibi	1.Eksik tedavi 2.yanlış pozisyon 3.Bireysel dikkatsizlik	11	50	13	7	5	34	8	9	12,563 Düşük Düzy Risk	YENİ	Mevcut Kontroller yeterli	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede
11	11	11	Hasta Güvenliği	Risk: Hastanın Yanlış Servise Transferi Neden: 1.İletişim 2.Personel 3.Sistem	1. İletişim eksiklikleri 2.eğitim eksikliği 3.Bireysel dikkatsizlik	7	34	7	10	4	21	5	8	6,104 Düşük Düzy Risk	YENİ	1. İletişim eksiklikleri giderilmeli	7.8.2017	Ameliyathane sorumlu doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede

Sağlık kurumunun prosedür, faaliyetlerinden kaynaklı riskler iç risk, sağlık kurumundan bağımsız olarak ortaya çıkan riskler dış riskler olarak tanımlanmaktadır. İç ya da dış risk farkı gözetmeksizin sağlık kurumunun herhangi bir riske uygulanan iyileştirme çalışmalarının sonunda giderilecek olumsuz etkinin karşılığında üstlenmeyi göze aldığı risk düzeyi o sağlık kurumunun risk alma ve kabullenme seviyesi olarak tanımlanmaktadır. Bir riskin kabullenme seviyesinde olabilmesi için en fazla orta düzey risk olarak tanımlanması gerekmektedir. Risk seviyesi ise etki olasılık puanlamasının sonucuna göre belirlenmektedir.

Çok düşük risk: 1 ile 5 (dahil) arası,

Düşük risk: 6 ile 19 (dahil) arası,

Orta risk: 20 ile 44 (dahil) arası,

Yüksek risk: 45 ile 64 (dahil) arası,

Çok yüksek risk: 65 ile 100 (dahil) arası

Sağlık kurumunda mevcut riskleri ortadan kaldırmak ya da iyileştirme amaçlı yapılan çalışmalar riskin giderilmesi için ön görülen iyileştirme faaliyetleri olarak ifade edilmektedir. İyileştirme faaliyetleri için harcanan miktar iyileştirme maliyeti olarak tanımlanmaktadır. (Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetimi Yönergesi, 2015) Çalışmamızda Fastsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi için bir risk haritası oluşturulmuş ve yapılan çalışmanın iyileştirme çalışmaları için ön görülmüş bir maliyet tespit edilmemiştir (Tablo 7A-C).

Tablo 7A: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Haritası

Sıra No	Referans No	Stratejik Amaç	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Stratejik/Proje/ Faaliyet Düzeyi	Risk	Riski Ortaya Çıkartan Sebepler	İç/Dış	Risk Alma ve Kullanılma Seviyesi	Risk Seviyesi	Risk Giderilmesi İçin Öngörülen İyileştirme Stratejileri	İyileştirme Stratejilerinin Maliyeti
1	1	1		Güvenli Cerrahi	Birim düzeyinde	Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü	1.Peronel 2.Yönetim 3.Sistem	İç risk	Kabul edilebilir düzey	Çok düşük düzey risk	Yeterli eleman sayısının sağlanması 2.Eğitimin denetlenmesi	
2	2	2		Güvenli Cerrahi	birim düzeyinde	Pre-op bekleme odasında hastanın kan şekerini düşmesi	Zamanında opere edilmemesi 2.Hastanın uzun süre aç kalması 3.Kan şekeri takbinin yapılmaması 4.bireysel dikkatsizlik	İç risk	kabul edilebilir düzey	Çok düşük düzey risk	1.Hastanın aç kalma süresinin etkin hesaplanması 2.Hastanın kronik hastalıklarının göz önünde bulundurulması	
3	3	3		Güvenli Cerrahi	Birim düzeyinde	Yanlış Taraf Cerrahisi	Yoğun iş akışı 2.güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılmaması 3.iletişim eksiklikleri	İç risk	kabul edilebilir düzey	Düşük düzey risk	Güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanımı için ekibe eğitim verilip eğitimin denetlenmesi	
4	4	4		Güvenli Cerrahi	Birim düzeyinde	Hastanın Yanlış Doktor Tarafından Opere Edilmesi	1.Hasta odaklı çalışmama 2.hasta dosyasının etkin kontrol edilmemesi 3.yönetimin denetim eksikliği	İç risk	kabul edilebilir düzey	Düşük düzey risk	Hasta odaklı çalışma sağlanmalı	

Tablo 7B: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Haritası devamı

Sıra No	Referans No	Stratejik Amaç	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Stratejik/Proje/Faaliyet Düzeyi	Risk	Riski Ortaya Çıkartan Sebepler	İç/Dış	Risk Alma ve Kullanılma Seviyesi	Risk Seviyesi	Riskın Giderilmesi İçin Öngörülen İyileştirme Stratejileri	İyileştirme Stratejilerinin Maliyeti
5	5	5		Hasta güvenliği	Birim düzeyinde	Yanlış İlaç Uygulaması	1.Ambalaj benzerliği 2.Bireysel dikkatsizlik 3.Yoğunluk 4.Eğitim	İç risk	kabul edilebilir düzey	Düşük düzey risk	Mevcut Kontroller yeterli	
6	6	6		Çalışan güvenliği	Birim düzeyinde	Personelin Düşmesi	1.Kaygan zemin 2.Islak zemin 3.İş yetiştirme telaşı 4.Bireysel dikkatsizlik	İç risk	Kabul edilebilir düzey	Orta düzey risk	1.Salon temizliği etkin bir şekilde bitmeden ikinci ameliyatın başlamasına izin verilmemeli	
7	7	7		Güvenli Cerrahi	Birim düzeyinde	Hasta Kapatılmadan Tıbbi Ekipmanın Hastada Unutulması	1.Hatalı sayım 2.görev tanımlarına uymama 3.denetim eksikliği	İç risk	Kabul edilebilir düzey	Düşük çok düzey risk	1. İş akışına uyum dentlenmeli 2.Güvenli cerrahi kontrol listesi etkin kullanılmalı.	
8	8	8		Çalışan güvenliği	Birim düzeyinde	Personelin Kesici Delici Alet Yaralanması	1.Bireysel dikkatsizlik 2.uygun atık kutusunun kullanılmaması 3.yoğun iş akışı 4.eğitim eksikliği	İç risk	Kabul edilebilir düzey	Düşük düzey risk	Mevcut Kontroller yeterli	

Tablo 7C: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Haritası devamı

Sıra No	Referans No	Stratejik Amaç	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Stratejik/Proje/Faaliyet Düzeyi	Risk	Riski Ortaya Çıkartan Sebepler	İç/Dış	Risk Alma ve Kabullenme Seviyesi	Risk Seviyesi	Riskin Giderilmesi İçin Öngörülen İyileştirme Stratejileri	İyileştirme Stratejilerinin Maliyeti
9	9	9		Çalışan güvenliği	Birim düzeyinde	Personele Kan Ve Vücut Sıvılarıyla Hastalık Bulaşması	1.Bireysel dikkatsizlik 2.Koruyucu ekipman kullanılmaması 3.eksik ekipman 4.yoğun iş akışı	İç risk	Kabul edilebilir düzey	Orta düzey risk	1.Yeterli ekipman sağlanmalı 2.Personel ekipman kullanımına teşvik edilmeli	
10	10	10		Hasta güvenliği	Birim düzeyinde	Spinal Anestezi Alan Hastanın Post-Op Odasında Durumunun Kötüleşmesi	1.Eksik tedavi 4.yanlış pozisyon 3.Bireysel dikkatsizlik	İç risk	Kabul edilebilir düzey	Düşük düzey risk	Mevcut Kontroller yeterli	
11	11	11		Hasta güvenliği	Birim düzeyinde	Hastanın Yanlış Servise Transferi	1. İletişim eksiklikleri 2.eğitim eksikliği 3.Bireysel dikkatsizlik	İç risk	Kabul edilebilir düzey	Düşük düzey risk	1. İletişim eksiklikleri giderilmeli	

Etki olasılık analizi ile ortaya çıkan risk seviyelerinin, her bir risk için risk seviyesine göre yüksekte düşüğe doğru sıralanarak önceliklendirilir ve bu etkilerin ortaya çıkma olasılıkları belirlenir. Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü, pre-op bekleme odasında hastanın kan şekerinin düşmesi, yanlış taraf cerrahisin, hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesinin, yanlış ilaç uygulamasının, Hasta kapatılmadan hastada tıbbi ekipman unutulmasının, Kesici delici alet yaralanmasının, hastanın yanlış servise transferinin, spinal anestezi alan hastanın post-op ünitesinde durumunun kötüleşmesinin düşük düzey risk olduğu, personel düşmesi ve kan ve vücut sıvılarıyla hastalık bulaşma

riskinin orta düzey risk olduğu ve birimde yüksek düzey riskin olmadığı tespit edilmiştir.(Tablo 8A- B)



Tablo 8A: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Alma Ve Kabullenme Seviyesinin Altındaki Risklere Ait Konsolide Risk Raporu

Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	DURUM		Riskin Sahibi	Açıklama
					Önceki Risk Puanı ve Rengi	Mevcut Risk Puanı ve Rengi		
1	1	1	Güvenli Cerrahi	Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede.
2	2	2	Güvenli Cerrahi	Pre-op bekleme odasında hastanın kan şekeri düşmesi	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede.
3	3	3	Güvenli Cerrahi	Yanlış Taraf Cerrahisi	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede.Ek kontrollere uyum sağlanmalı.
4	4	4	Güvenli Cerrahi	Hastanın Yanlış Doktor Tarafından Opere Edilmesi	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede.
5	5	5	Hasta Güvenliği	Yanlış İlaç Uygulaması	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede.
6	6	6	Çalışan Güvenliği	Personelin Düşmesi	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Gerçekleşme olasılığı olan ,birimin hedefine ulaşmasını etkileyebilecek orta düzey risk.mevcut ve ek kontrollere uyum sağlanmalı
7	7	7	Güvenli Cerrahi	Hasta Kapatılmadan Tıbbi Ekipmanın Hastada	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede
8	8	8	Güvenli Cerrahi	Personelin Kesici Delici Alet Yaralanması	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede
9	9	9	Güvenli Cerrahi	Personeler Kan Ve Vücut Sıvılarıyla Hastalık Bulaşması	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Gerçekleşme olasılığı olan ,birimin hedefine ulaşmasını etkileyebilecek orta düzey risk.mevcut ve ek kontrollere uyum sağlanmalı

Tablo 8B: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Alma Ve Kabullenme Seviyesinin Altındaki Risklere Ait Konsolide Risk Raporu devamı

Sıra	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Tespit Edilen Risk	DURUM		Riskin Sahibi	Açıklama
					Önceki Risk Puanı ve Rengi	Mevcut Risk Puanı ve Rengi		
10	10	10	Hasta Güvenliği	Spinal Anestezi Alan Hastanın Post-Op Odasında Durumunun Kötüleşmesi	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede
11	11	11	Hasta Güvenliği	Hastanın Yanlış Servise Transferi	Yeni		Ameliyathane Sorumlu Doktoru	Birimin hedefine ulaşmasında etkisi çok az çok düşük düzey risk.Kabul edilebilir seviyede

Sağlık kurumunun herhangi bir riske uygulanan iyileştirme çalışmalarının sonunda giderilecek olumsuz etkinin karşılığında üstlenmeyi göze aldığı risk düzeyi o kurumun risk alma ve kabullenme seviyesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kurumunun üstlenmeyi göze aldığı bu riskler bazen tamamen kendi iş akışından kaynaklanan bazen ise kurumdan bağımsız olarak meydana gelmektedir, kurumun kendi prosedür, faaliyetlerinden kaynaklı riskler iç risk, kurumdan bağımsız olarak ortaya çıkan riskler dış riskler olarak tanımlanmaktadır (Dokuz Eylül Üniversitesi Risk Yönetimi Yönergesi, 2015). Birim çalışanları ile yapılan çalışmada kurumun birim için birimi için risk alma ve kabullenme seviyesinin altındaki riskler belirlenmiş ve belirlenen tüm risklerin risk alma ve kabullenme seviyesinin altında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9A-B).

Tablo 9A: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Alma Ve Kabullenme Seviyesinin Altındaki Risk Tablosu

Sıra No	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Risk	Riski Ortaya Çıkartan Sebepler	İç/Dış	Risk Seviyesi	Risk alma ve kabullenme seviyesi	Açıklama
1	1	1	Güvenli cerrahi	Ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü	1.yetersiz eleman 2.yoğunluk 3.bireysel dikkatsizlik	İç Risk	Çok Düşük Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi
2	2	2	Güvenli cerrahi	Pre-op bekleme odasında hastanın kan şekerini düşmesi	1.Zamanında opere edilmemesi 2.Hastanın uzun süre aç kalması 3.Kan şekeri takbinin yapılmaması 4.bireysel dikkatsizlik	İç Risk	Çok Düşük Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi
3	3	3	Güvenli cerrahi	Yanlış Taraf Cerrahisi	1.Yoğun iş akışı 2.güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılmaması 3.iletişim eksiklikleri	İç Risk	Düşük Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi
4	4	4	Güvenli cerrahi	Hastanın Yanlış Doktor Tarafından Opere Edilmesi	1.Hasta odaklı çalışmama 2.hasta dosyasının etkin kontrol edilmemesi 3.yönetimin denetim eksikliği	İç Risk	Düşük Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi
5	5	5	Hasta Güvenliği	Yanlış İlaç Uygulaması	1.Ambalaj benzerliği 2.Bireysel dikkatsizlik 3.Yoğunluk 4.Eğitim eksikliği	İç Risk	Düşük Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi

Tablo 9B: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi İçin Risk Alma Ve Kabullenme Seviyesinin Altındaki Risk Tablosu devamı

Sıra No	Referans No	Stratejik Hedef	Birim/Alt Birim Hedefi	Risk	Riski Ortaya Çıkartan Sebepler	İç/Dış	Risk Seviyesi	Risk alma ve kabullenme seviyesi	Açıklama
6	6	6	Çalışan Güvenliği	Personelin Düşmesi	1.Kaygan zemin 2.İslak zemin 3.İş yetiştirme telaşı 4.Bireysel dikkatsizlik	İç Risk	Orta Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi
7	7	7	Güvenli cerrahi	Hasta Kapatılmadan Tıbbi Ekipmanın Hastada Unutulması	1.Hatalı sayım 2.görev tanımlarına uymama 3.denetim eksikliği	İç Risk	Çok Düşük Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi
8	8	8	Güvenli cerrahi	Personelin Kesici Delici Alet Yaralanması	1.Bireysel dikkatsizlik 2.uygun atık kutusunun kullanılmaması 3.yoğun iş akışı 4.eğitim eksikliği	İç Risk	Düşük Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi
9	9	9	Güvenli cerrahi	Personeler Kan Ve Vücut Sıvılarıyla Hastalık Bulaşması	1.Bireysel dikkatsizlik 2.Koruyucu ekipman kullanılmaması 3.eksik ekipman 4.yoğun iş akışı	İç Risk	Orta Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi
10	10	10	Hasta Güvenliği	Spinal Anestezi Alan Hastanın Post Op Odasında Durumunun Kötüleşmesi	1.Eksik tedavi 2.yanlış pozisyon 3.Bireysel dikkatsizlik	İç Risk	Düşük Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi
11	11	11	Hasta Güvenliği	Hastanın Yanlış Servise Transferi	1. İletişim eksiklikleri 2.eğitim eksikliği 3.Bireysel dikkatsizlik	İç Risk	Düşük Düzey Risk	Kabul edilebilir düzey	Önleyici, kontrol edici faaliyetler belirlendi

5. TARTIŞMA

Sağlık sektöründeki hızlı değişim ve gelişim sistemin giderek daha karmaşık bir hal almasına neden olmuştur. Sistemdeki bu karmaşıklığın beraberinde getirdiği risk faktörü de çalışan ve hasta güvenliğini ön plana çıkarmaktadır. Karmaşa ve belirsizlik ortamında risk kaçınılmaz bir durumdur. Son yıllarda hem kamu hem de özel sektörde risk kavramı yönetim tarafından da üzerinde durulan ve önemsenen bir konu haline gelmiştir. Sağlıkta kalitenin temel prensipleri olan etkin, verimli, güvenli, adil, söz verilen zamanda ve hasta odaklı hizmetin verilmesi adına ramak kala olayların belirlenmesi, nedenlerinin analiz edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilerek düzeltici önleyici çalışmalar yapılması ile mümkündür (ska.deu.edu.tr.)

Kök neden analizi hizmet kalitesini arttırmak ve hata sayısını en aza indirmek adına son dönemde üzerinde durulan önemli bir konu haline gelmiştir. 1950 yıllarda ilk kez bir kalite çalışmalarında ciddi çalışmaları olan Japon profesörü Dr. Kaoru Ishikawa tarafından kullanılan balık kılçığı yöntemi de kök neden analizi çalışması araçlarında birisidir. (Phillips J.ve ark. ;2013)

Balık kılçığı diyagramı olaylarının nedenlerini bulmak ya da çözüm yolu bulmak amacıyla ekip ile beyin fırtınası yaparak ana sebeplerin belirlendiği ve bu sebeplerin kategorize edildiği bir yöntemdir. Olabildiğince çok kişinin çalışmaya dahil edilip olayların ana sebepleri üzerinden alt sebeplere inerek sorunun yaşanmasına sebep olan asıl etmenler bulunur. (www.cms.gov ,erişim tarihi:10.08.2017)

Risk analiz çalışmalarında birim için ve birimde çalışan meslek grupları için risk sınıflaması ve tanımlanması yapılırken çalışanların görüşlerinin alınması ve çalışmalara dahil edilmesi gerekmektedir. Anket çalışmasına katılanların büyük bir bölümünün verdiği cevaplar doğrultusunda çalışanların tümünün bu çalışmaya etkin bir şekilde dahil edilmediği görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumlulukların tanımlanmasını, risk yönetim çalışmaları Kalite Yönetim Birimi'nin koordinasyonunda ilgili bütün komitelerle organize bir şekilde yürütülmesini ve risk yönetimi çalışmalarında bölüm kalite sorumluları ile işbirliği içinde yapılması ve birime

gelen hasta ve birimde çalışan meslek grupları için risk sınıflaması ve tanımlanması yapılırken çalışanların görüşlerinin alınması ve çalışmalara dahil edilmesi, risk analizi çalışmalarının alınan önlemlerin sürekliliğini sağlamak amacıyla düzenli aralıklarla fakat yılda en az bir kez olacak şekilde ve gerektiğinde ise yeniden yapılması gerekmektedir (SKS-Versiyon 5.1, 2016).

Kurumda iş sağlığı ve güvenliği uzmanı tarafından risk yönetimi eğitimi verilmiş, risk yönetim ekibi oluşturulmuş ve verilen eğitim sonunda da bireylerin risk yönetimi hakkında bilgi sahibi olduğu fakat risk yönetimi ekibinin varlığı ya da ekibin kimlerden oluştuğu hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmüştür.

Kurumda birim için risk analizi yapılmış olmasına rağmen, öncül çalışmaya dahil edilen grubun büyük bir çoğunluğunun verdiği cevaplar doğrultusunda risk analizi çalışmalarına çalışanların dahil edilmediği, meslek bazlı risk sınıflaması hakkında bilgilendirilmediği ve kurumda bildirimlerin yapılması için aktif çalışan bir güvenlik raporlama sistemi olmasına rağmen çalışanların çoğunun modül hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmüştür.

Ulusal bir kongrede uğur ve arkadaşları ameliyathanelerin, sağlık sektöründeki en karmaşık çalışma alanlarından birisi olduğu bu nedenle ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliğine yönelik çalışmalar yapılırken personelinin konuya ilişkin görüşlerinin alınması çalışmalara dahil edilmesi ve konuya olan yaklaşımlarının belirlenmesinin önem taşıdığı kanısına varmışlar(Uğur E. Ve ark; 2011). Tez araştırmamızda uyguladığımız anket sonuçları değerlendirildiğinde çalışanların risk analizi çalışmalarında görüşlerinin alınmadığı konu ile ilgili farkındalıklarının yaratılmadığı gözlenmiştir.

Tez araştırmamızda belirlediğimiz; ameliyathane giriş kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü, pre-op bekleme odasında hastanın kan şekerini düşmesi, yanlış taraf cerrahisi, hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesi, yanlış ilaç uygulaması, personelin düşmesi, hasta kapatılmadan tıbbi ekipmanın hastada unutulması, personelin kesici delici alet yaralanması, personele kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalık bulaşması ve spinal anestezi alan hastanın post-op odasında durumunun kötüleşmesi ve hastanın yanlış servise transferi gibi istenmeyen ve gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen olayların alt nedenleri arasında sıklıkla güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanılmadığı saptanmıştır. Rebecca

ve ark. Moldova’da yaptıkları bir çalışmada Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi gibi takım çalışmasına dayanan cerrahi branşta kalite iyileştirme adına yapılan uygulamanın, dünya çapında farklı ortamlarda cerrahi komplikasyon ve mortaliteyi azaltmada etkili olduğu, ayrıca uygun maliyetli bir araç olan, kontrol listelerinin cerrahi hizmetlerin güvenli ve sistematik bir çalışma yaklaşımı sağlayarak pre-op bakımın uluslararası kabul görmüş standartlarda tutarlı bir şekilde uygulanmasını sağlarken iletişim ve takım çalışmasını da kolaylaştırdığı ve yaptıkları çalışmanın sonucunda da kontrol listesinin uygulanmasından sonra hasta zararında kısa vadeli bir azalma olduğunu göstermişlerdir (Rebecca Y. Ve ark;2015).

Birim çalışanları ile belirlenen ramak kala olaylara yapılan kök neden analizi çalışmasında ortaya çıkan sonuçlar iyileştirme faaliyetleri çalışmalarına yol gösterir niteliktedir. Ameliyathane kapısından yanlış dosya ile hasta kabulü ekibin fark etmemesi durumunda hastanın tetkik ve sonuçlarının farklı olması nedeniyle işlem sırasında hastaya farklı yaklaşımla, hatta bazen yanlış taraf cerrahisi ile sonuçlanabilir. Böyle bir durum ile karşılaşmamak için personele verilen güvenli cerrahi eğitimlerinin artırılması ve yönetim tarafından verilen eğitimlerin etkinliğinin denetlenmesi, iş akışındaki yoğunluğun azaltılması içinde yeterli eleman sayısının sağlanması gerekmektedir.

Ameliyathane giriş kapısından doğru dosya ve doğru hasta tanımlaması ile pre-op bekleme odasına alınan hastanın bekleme süresinin minimum düzeyde olması gerekmektedir. Hastanın uzun süre beklemesi hastanın fizyolojik dengesinin bozulmasına hatta bazen bu nedenle ameliyatın dahi ertelenmesine neden olabilir. Birim çalışanları tarafından belirtilen pre-op odasında hastanın kan şekeri düşmesi, servis tarafından etkin bir kan şekeri takibinin yapılması, doktorunun hastanın kronik hastalıkları arasında diyabeti var ise aç bırakılma ve işlem önceliği konusunda duyarlı davranması ve personeller arası etkili iletişim ile karşılaşla bilinecek bir durum olmaktan çıkmaktadır.

Güvenli cerrahi kapsamında hastaların yanlış taraf cerrahisi mağduru olmaması için tüm personelin güvenli cerrahi rehberine adım adım uyması, yönetimin konu ile sık sık eğitim verip verilen eğitimlerin etkinliğini denetlemesi gerekmektedir. Güvenli cerrahi rehberinin etkin kullanımı ile hastanın yanlış doktor tarafından opere edilmesinin de önüne geçilmesi sağlanır. Ayrıca hekimlerin böyle bir durum ile karşı karşıya kalması adına güvenli cerrahi rehberine uymak kadar önemli olan hasta odaklı çalışma faktörüne de uyması gerekmektedir.

Çalışanlar tarafından belirtilen ramak kala olayların birçoğunun kök neden analizinde yoğunluk ve personel sayısının az olması ortaya çıkmıştır. Personel düşmesi ise bazen iş görmezlik durumuna dahi neden olabileceğinden istenmeyen bu olayların artmasına neden olacaktır. Personelin düşmesi ise çalışan güvenliği önlemlerini artırmak ve güvenli cerrahi rehberi kapsamında kapasite fazla çalışmayıp salon temizliği için yeterli sürenin verilmesi ve personelin daha dikkatli çalışması ile önlenabilir.

Tanımlanmış bir iş akışın olması ve personelin bu iş akışına görev yetki çerçevesinde uyması ramak kala olayların yaşanmamasında güvenli cerrahi rehberine uymak kadar önemlidir. Hastada tıbbi bir ekipmanın unutulması da iş akışına ve güvenli cerrahi kontrol listesine uyumlu çalışmak ile önlenabilir.

Ameliyathaneler çalışanlar için riskli birimler olarak tanımlanmıştır. Çalışanlar için tanımlanan riskler arasında kan ve vücut sıvısıyla çalışana hastalık bulaşması bulunmaktadır. Böyle istenmeyen bir durum ile karşılaşmamak adına çalışana yeterli sayıda koruyucu ekipmanın sağlanması ve çalışanın ise dikkatli bir çalışma sergilemesi ve ekipman kullanımına özen göstermesi gerekmektedir.

Güvenli bir cerrahi uygulamasını tamamladıktan sonra hastanın odasına ulaştırılıp, konforunun sağlanmasında iyileşme sürecinde önemli bir yer tutmaktadır. Hastanın yanlış servise transferi bu durumun gecikmesine bazense transfer işleminin uzaması istenmeyen sonuçlar ile karşılaşılmasına neden olabilmektedir. Çalışanlar ile yapılan kök neden analizi çalışmasında bu duruma bireysel dikkatsizlikler, çalışanlar arası iletişim eksiklikleri ve güvenli hasta transferi prosedürüne uygun çalışmama neden olduğu belirtilmiştir. Bu durumun yaşanmaması için tüm çalışanlar arası etkili iletişimin sağlanması gerekmektedir.

Planlanmış ameliyatlarda hastaların ameliyat sırasında aspirasyon riskini önlemek amacıyla için midenin boşalması için işlem öncesi geceden itibaren aç bırakıldığı görülmüştür. Yılmaz; yaptığı bir çalışmada ameliyatların çeşitli nedenler ile planlanan zamanda yapılamaması nedeni ile ameliyat öncesi süreçte uzun süreli açlığın hastalarda özellikle çocuklarda ciddi tıbbi sorunlar ortaya çıkabileceğini, hipoglisemi nedeniyle mutsuzluk, baş ağrısı, sinir hali hatta kovülziyon dahi görülmesine neden olabileceğini belirtmiştir(Yılmaz E. ;2009). Serviste çalışan tüm hemşirelere ve diğer ekip üyelerine ameliyat öncesi hastanın aç bırakılma süresi ile ilgili eğitim verilerek konunun öneminin tekrar gözden geçirilmesi ve bunun için protokolün oluşturulması, hekimin işlem önceliğinde hastanın kronik hastalıklarını göz önünde bulundurması gerektiği düşünülmektedir.

Tez araştırmamızda kesici delici alet yaralanmasının ramak kala olay olarak yaşanması yapılan risk analizi çalışması sonunda orta risk olarak belirlenmiştir. Kök neden analizi çalışması sonucunda uygun atık kutusunu kullanmama, bireysel dikkatsizlik ve yoğun iş akışı bu durumun yaşanmasına neden olduğu belirtilmiştir. Kutlu'nun bir üniversite hastanesinde yaptığı bir çalışmada atıkların geliş güzel atışı sonucunda yaralanmaların meydana geldiğini göstermiştir (Kutlu D. ;2007). Tez araştırmamızda da sağlık kurumlarındaki bireysel dikkatsizliğin istenmeyen olayların yaşanmasına ya da ramak kala aşamada kalmasına neden olduğunu gördük.

Acar, yaptığı bir çalışmada hastada ameliyat bölgesi kapatılmadan alet, gazlı bez gibi yabancı cisim unutulmasını önlenmesi için operasyon öncesi, operasyon sırasında kullanılan ve kullanılması planlanan tüm malzemelerin sayımının yapılması ve kaydedilmesi ile mümkün olacağını savunmuştur (Acar A,2008). Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesinin (adım-4) etkin kullanımı ile bu tür istenmeyen olayların yaşanmaması mümkündür.

Ayrıca güvenli cerrahi uygulamaları cerrahi ekiplerin başarısını artıracak, bununla birlikte hasta memnuniyetinin sağlanmasına da katkıda bulunacaktır (güvenli cerrahi rehberi,2011). Çünkü güvenli cerrahi kullanım rehberi ile hastanın yanlış doktor tarafından ve yanlış taraf cerrahisine maruz kalmasını önler.

Günümüzde hastaların bir çoğunun tam uyku hali yaşama korkusu ya da hekimlerin özellikle solunum sistemi hastalığı olanlar ve ileri yaş olan hastalarda daha konforlu bir

cerrahi işlem geçirmek adına spinal anesteziyi tercih ettikleri görülmüştür. Solunum ve kardiyovasküler sistem üzerine pozitif etkiler ve analjezik ihtiyacının azalmasının yanında, sempatik bloğa bağlı hipotansiyon, bradikardi ve kardiyak arrest gibi dezavantajları da bulunmaktadır (Andres J ve ark. ;2009). Hastaların güvenli bir cerrahi işlem geçirmesine rağmen post-op dönemde sağlığının kötüye gitmesini önleme için yakın takip edilmesi ve post-op dönemde spinal anestezi almış hasta bakımı hakkında çalışana eğitim verilmelidir.

Dünya sağlık örgütü bilinen gerçeklerden yola çıkarak güvenli cerrahi uygulaması için kendisine 10 ana hedef belirlemiş ve bunlardan bir tanesini hastanelerden, ameliyat kapasitesi ile bilginin rutin olarak elde edilmesi olarak belirtmiştir (Güvenli Cerrahi Rehberi,2011). Kapasite fazlası çalışma, performans odaklı çalışma sağlıkta kalite prensiplerinden olan hasta odaklı, etkin, verimli ve güvenli hizmet sunumunun yerine getirilmesine engel olmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıkta kalitenin temel prensipleri olan etkin, verimli, güvenli, adil, söz verilen zamanda ve hasta odaklı hizmetin verilmesi adına ramak kala olayların belirlenmesi, nedenlerinin analiz edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilerek düzeltici önleyici çalışmalar yapılması ile mümkündür.

Yapılan çalışma kurum çalışanlarının hasta odaklı ve güvenli tedavi hizmeti sunmak adına kişiler arası iletişim faktörüne daha fazla önem verilmesinin hizmet kalitesinin arttıracaklarını göstermektedir.

Cerrahi bakım kalitesinin artırılması, cerrahi güvenliğin sağlanması ve ramak kala olayların önlenmesi ve hasta bakımının geliştirilebilmesi yani etkin ve güvenli bir sağlık hizmeti sunumu için güvenli cerrahi kontrol listesi etkin bir şekilde uygulanmalıdır.

Sağlık kurumlarında ameliyathaneler riskli birim olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle yönetimler çalışan, hasta-hasta yakını güvenliğini sağlamak amacıyla belirli aralıklarla risk analizi çalışması yapmalı, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden risk faktörlerini, risk düzeylerinin ve önceliklerinin belirlenerek bu olumsuzlukların ana nedenlerinin tespit edilip çözüm çalışması yapılmalıdır.

Tez araştırmamızda tespit ettiğimiz ramak kala olayların yönetimin yaptığı eğitimi denetlemesi, hekimlerin performans odaklı değil hasta odaklı hizmet sunma çabası içerisinde olması ve cerrahi ekipte yer alan tüm sağlık ekibinin güvenli cerrahi kontrol listesine adım adım uymaları bunu yaparken de her adımda kendilerine bir ekip şefi görevlendirerek listeyi etkin bir şekilde uygulamalarının sunulan hizmetin kalitesini arttıracakları düşünülmektedir.

Sağlık bakanlığı sağlıkta kalite standartları uygulamaları kapsamında istenen bölüm için risk yönetimi ekibi oluşturulmalı ve düzenli aralıklarla risk analizi çalışması yapılmalı aynı zamanda birim çalışanları da bu çalışmalara dahil dilerek görüş ve önerileri dikkate alınmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- Acar A. Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği, İstanbul Tıp Dergisi 2008;3;141-145
- Andres J, Reina MA, Prats A. Epidural space and regional anesthesia, European journal of Pain 2009;3(2) s:55
- Bilir N., (2005), İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım: Risk Değerlendirilmesi ve Risk Yönetimi, İSG İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 2005; Cilt:25(5) s: 9-12
- Ceylan H., Başhelvacı V.S., Risk Değerlendirme Tablosu Yöntemi İle Risk Analizi, International Journal of Engineering Research and Development, 2011 cilt:2sf:26
- Chamil E. Kodithuwakku and Deepthi N. Wickramarachchi, International Journal of Innovation, Management and Technology, 2015 s:272)
- Güleç S, Gökmen H, Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi Ve Hasta Güvenliği, Uluslar Arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt:2, S.165,2009, Antalya
- Healtandsafetyexecutivefivestepstrisk assement<http://www.Hse.gov.Uk/indg163.pdf>,erişim tarihi: 06.04.2017
- http://ska.deu.edu.tr/?page_id=11, erişim tarihi: 30.10.2017
- <http://www.burakergun.com.tr/6331-sayili-is-sagligi-ve-guvenligi-kanununu-hakkinda/>,erişim tarihi:07.11.2017
- <http://www.isites.info/PastConferences/isites2015/papers/A3ISITES2015ID428.pdf>
- <http://www.tdk.gov.tr> ,erişim tarihi: 23.02.2017
- ISO 31000: Risk management – A practical guide for SME, s:13,2015
- İncesu E., Çalışan sağlığı ve güvenliği açısından fine–kinney metodu ile ameliyathane çalışanları üzerine bir risk analizi çalışması, V. Uluslar Arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi“Sözel Bildiriler Kitabı ,Sf. 161, 2014, Ankara
- Kılıç Taşkın, Sezerel Hakan, Demir Hurigul Sağlık Kurumlarında Yönetim Fonksiyonları Açısından Risk Değerlendirmesinin Bir Devlet hastanesinde Uygulanması V. Uluslar Arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı Cilt-1 ,s:366,2010,Ankara

- Kutlu D., Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Riski Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Afyon Koca Tepe üniversitesi, yüksek lisans tezi, sf:60, 2007
- Mustafa Özgür Metal Sektöründe Risk Analizi Uygulaması İzmir-2013:8
- Özkılıç Ö., İş sağlığı, güvenliği ve çevresel etki risk değerlendirmesi, Tisk Yayınları, 2007;540:4
- Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Güvenli cerrahi rehberi, 2011, Ankara
- Phillips J, Simmonds L Change management tools part 1: Using Fishbone Analysis To Investigate Problems, Nursing Times,(2013); 109: 15: 18-20
- Rebecca Y, Kwakye G, Alvin C. Substainability And Long-Term Effectiveness Of The Who Surgial Safety Checklist Combined With Pulse Oximetry İn A Resource-Limited Settinggama Surg 150(5):473-479,2015
- T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon-51, Ankara, 2016
- Uğur E, Kara S, Yıldırım S, Akbal E, Türk Nöroşirürji Dergisi,2011, Cilt: 21 sf:279,
- Ünsal M., Keskin A.Ü., Yeditepe üniversitesi hastanesinde tesis yönetim ve güvenlik II Uluslar Arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi bildiriler Kitabı cilt:1, s:267,2010, Ankara
- Yılmaz E .,Cerrahi HASTALARDA Ameliyat Öncesi Açlık Sürecinde Yeni Yaklaşımlar, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2009; 25:3 sf:105-118,

8.EKLER

EK 1: Fatsa Devlet Hastanesi Hastane Kurum İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Fatsa Devlet Hastanesi

SAYI : 23285362/
2-1/1597

06.04.2016

KONU: Yüksek Lisans Tez Çalışması

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON ANA BİLİM DALINA**

Dokuz Eylül Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hemşire Özlem GÜR 'ün **FATSA DEVLET HASTANESİ AMELİYATHANE BİRİMİNDE RİSK ANALİZİ YÖNTEMİ İLE RAMAK KALA OLAYLARIN BELİRLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ** başlıklı yüksek lisans tez çalışması hastanemizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Nurdoğan KARADAĞLIĞÖLU
Hastane Yöneticisi

Ayrıntılı Bilgi İçin:Mehlika SARI
Evkaf Mah. Mandıra Mevki No:60 Fatsa/ORDU

Fatsa Devlet Hastanesi
Faks (452)4236507

Tel:(452)423 65 00- 196
e-posta: ordudhs3@saglik.gov.tr

EK 2: Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 43087058/771
Konu : Yüksek Lisans Tez Çalışması
Hk./Hem.Özlem GÜR

ORDU FATSA DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : 06/06/2017 tarihli ve 23285362-771-1233 sayılı yazınız.

Hastanenizde Hemşire olarak görev yapan ve aynı zamanda Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hemşire Özlem GÜR'ün "Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Yöntemi ile Ramak Kala Olayların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi" konulu araştırmasını sağlık tesislerimizde hizmeti aksatmayacak şekilde çalışmanın yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi şartıyla uygun görülmüştür. Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda; Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Mithat KIVRAK
Genel Sekreter

EKLER:

- 1- Yüksek Lisans Tez Çalışması_Ek_30543814
- 2- Yüksek Lisans Tez Çalışması_Ek_30543815

Bucak Mah./İmni Sina Cad.52200

Faks No:6666048

e-Posta:sibel.celenk@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Sibel ÇELENK

Uzman/Uzman

Telefon No:04526666048/1371

EK 3: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Ve Laboratuvar Araştırmalı Etik Kurul İzin Belgesi

Karar No:2017/16-53		Tarih:18.06.2017			
ARAR BİLGİLERİ		Prof.Dr.Hüseyin BASKIN'ın sorumlusu olduğu "Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Yöntemiyle Ramak Kala Olayların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğünden izin alınması koşulu ile etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurula gönderilmesi gerekmektedir..			
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI		Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu			
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Kadılaradi</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>N.Ş.</i>
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Savinç</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Müge</i>
Prof.Dr.Sezda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Sezda</i>
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Sülen</i>
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Bilge</i>
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Kızıladağ</i>
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>M.Aylin</i>
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Kadılaradi</i>
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Murat</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ahmet</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Mehmet</i>

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/18-48	Tarih:13.07.2017			
	Prof.Dr.Hüseyin BASKIN'ın sorumlusu olduğu "Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Yöntemiyle Ramak Kala Olayların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait 11.07.2017 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; Kurum izin belgesi incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılacak
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	Katılacak
Prof.Dr.Nejat SARIOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	Katılacak
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılacak
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılacak
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılacak
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	Katılacak
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	Katılacak
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	Katılacak
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	Katılacak
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	Katılacak
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılacak
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	Katılacak
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	Katılacak
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	Katılacak

EK 4: Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Ve Ramak Kala Olay Hakkında Bilgi Pekiştirme Anketi

	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON ANABİLİM DALI	
---	---	---

FATSA DEVLET HASTANESİ AMELİYATHANE BİRİMİNDE RISK ANALİZİ VE RAMAK KALA OLAY HAKKINDA BİLGİ PEKİŞTİRME ANKETİ

Değerli Katılımcı

Sağlık Bakanlığı tarafından 30. Mart 2016 tarihinde yayınlanan, "Sağlık Kalite Standartları Versiyon 5 Revizyon 1" de sağlık kurumlarında hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olaylar 'Ramak Kala Olay' olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta Kalite Standartları, Hastane Versiyon 5 Revizyon 1' de sağlık kurumlarında güvenli-emiyeleli, adil, etkin, verimli, çalışan-hasta-hasta yakınları odaklı ve söz verilen zamanda sağlık hizmeti verilebilmesi için ramak kala olayların 1. Bildirilmesi 2. Değerlendirilmesi ve 3. İzlenmesi zorunlu olarak belirtilmiştir.

Bu tez çalışmada, Sağlıkta Kalite Standartları, Hastane Versiyon 5 Revizyon 1 kapsamında ameliyathane biriminde 1. risk analizi yönetimi ile ilgili bilgi güncellemesi yapılması, 2. ramak kala olayların belirlenmesi ve 3. risk analizi yöntemiyle değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

"FATSA DEVLET HASTANESİ AMELİYATHANE BİRİMİNDE RISK ANALİZİ YÖNTEMİ İLE RAMAK KALA OLAYLARIN BELİRLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı tez araştırmasında, vermiş olduğunuz bilgiler doğrultusunda hastanenin kalite ve akreditasyon çalışmalarının gelişimine katkıda bulunacağınızı umuyorum.

Katkımanız için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Hem. Özlem GÜR
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Sizden istenen soruların yanıtları için ayrılan boşluklara katılım düzeyinizi işaretlemenizdir.		Evet	Hayır	Bilmiyorum
1.	Risk analizini biliyorum.	☐	☐	☐
2.	Risk yönetimi eğitimi aldım.	☐	☐	☐
3.	Hastanede risk yönetimi ekibi vardır.	☐	☐	☐
4.	Çalıştığınız birimin risk sınıflamasını yapılmıştır.	☐	☐	☐
5.	Çalıştığınız birimde meslek bazında risk analizi yapılmıştır.	☐	☐	☐
6.	Çalıştığınız birimde yılda bir kez risk analizi yapılır.	☐	☐	☐
7.	Çalıştığınız birimde çalışanlar risk analizi yönetim süreci faaliyetlerine dâhil edilir.	☐	☐	☐
8.	Hastanede aktif çalışan 'Güvenlik Raporlama Sistemi' vardır.	☐	☐	☐
9.	Çalıştığınız birimde ramak kala olaylar tanımlanmıştır.	☐	☐	☐
10.	Ramak kala olayların bildirimi zorunludur.	☐	☐	☐

DEMOGRAFIK ÖZELLİKLER

11. Yaşınız:	a. 20-29	b. 30-39	c. 40-49	d. 50-59	e. 60 ve üstü			
12. Cinsiyetiniz:	a. Kadın	b. Erkek						
13. Eğitim durumunuz:	a. İlköğretim	b. Lise	c. Meslek Lisesi	d. Meslek Yüksekokulu	e. Lisans	f. Yüksek Lisans (Tezsiz)	g. Yüksek Lisans (Tezli)	h. İhtiyaç Uzmanlık veya Doktora
14. Mesleğiniz:	a. Sağlık Teknisyeni	b. Yardımcı Hizmet Personeli	c. Temizlik Personeli	d. Tekniker	e. Hemşire	f. Uzman Hekim		
15. Toplam çalışma yılınız?	a. 1 yıldan az	b. 1-5 yıl	c. 6-10 yıl	d. 11-15 yıl	e. 16-20 yıl	f. 21 yıl ve üstü		
16. Şu an çalıştığınız hastanede toplam çalışma yılınız:	a. 1 yıldan az	b. 1-5 yıl	c. 6-10 yıl	d. 11-15 yıl	e. 16-20 yıl	f. 21 yıl ve üstü		

İLAVE ETMEK İSTEDİĞİNİZ DÜŞÜNCELER:

EK 5 : ARBİS ÖZGEÇMİŞ
ADI SOYADI: ÖZLEM GÜR

TC Kimlik No/Pasaport No:	21521440076
Doğum yılı	1986
Yazışma adresi	Fatsa Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım II
Telefon	05442537969
Faks:	
e-mail:	o-gur@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğretim Alanı	Derece	Mezuniyet
TR	DUMLUPINAR	SMYO	HEMŞİRE	74	2008
TR	ANADOLU	İKTİSAT FAKÜLESİ	KAMU YÖNETİMİ	-	DEVAM EDİYOR

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev türü	Görev dönemi
Memorial Hastanesi	TR	İstanbul	KVCservisi	Hemşire	2008-2009
Hacettepe Üniversitesi	TR	Ankara	Erişkin Acil	Hemşire	2009-2010
Ordu Devlet Hastanesi	TR	Ordu	Anestezi Ve Reanimasyon Yoğun Bakım	Hemşire	2010-2011
Fatsa Devlet Hastanesi	TR	ordu	Koroner Yoğun Bakım-Genel Yoğun Bakım	Hemşire	2011-devam

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları

DİĞER AKDEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası endekslere Kayıtlı Makale/Derleme için Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Son Bir Yılda Projeler için Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı			
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı		Tamamlanan	Devam eden
	Yüksek Lisans		
	Doktora		
	Uzmanlık		
Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/ sorumluluk/olay/üyelik vb.)			

ÖDÜLLER

	Ödülü adı	Alındığı kuruluş	Yılı

YAYINLARI SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

