

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HATA RAPORLAMA KÜLTÜRÜNÜN
OLUŞTURULMASINA YÖNELİK
STRATEJİLERİN GELİŞTİRİLMESİ VE
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ECEM AYDENİZ

**HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
DOKTORA TEZİ
İZMİR-2017**

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2011970038

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HATA RAPORLAMA KÜLTÜRÜNÜN
OLUŞTURULMASINA YÖNELİK
STRATEJİLERİN GELİŞTİRİLMESİ VE
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
DOKTORA TEZİ

ECEM AYDENİZ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 2013
KB SAĞ.016 sayı ile desteklenmiştir.

TEZ KODU: DEU.HSL.PhD-2011970038

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı öğrencisi Ecem AYDENİZ “**Hata Raporlama Kültürünün Oluşturulmasına Yönelik Stratejilerin Geliştirilmesi ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi**” konulu doktora tezini 19.06.2017 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Şeyda Seren İNTEPELER

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

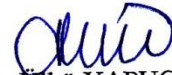


Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Ülkü YAPUCU GÜNEŞ

ÜYE

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

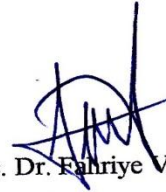


Doç. Dr. Hatice MERT

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Yard. Doç. Dr. Fahriye VATAN

ÜYE

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Özlem BİLİK

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ayten ZAYBAK

YEDEK ÜYE

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	v
ŞEKİL DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Hipotezi.....	8
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. Hasta Güvenliği.....	9
2.2. Hasta Güvenliği Konusuna İlişkin Literatürde Yer Alan Bazı Kavramlar ve Tanımlar	10
2.3. Tıbbi Hatalar ve Önemi.....	13
2.4. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	15
2.5. Tıbbi Hataların Görülme Sıklığı	17
2.5.1. İlaç Hataları ve Görülme Sıklığı	19
2.5.2. Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyon Hataları ve Görülme Sıklığı.....	21
2.5.3. Hasta Düşmeleri ve Görülme Sıklığı	22
2.5.4. Cerrahi Hatalar ve Görülme Sıklığı	24
2.6. Tıbbi Hataların Nedenleri	26
2.7. Tıbbi Hataların Bildirimi (Raporlanması) ve Önemi	28
2.8. Tıbbi Hata Bildirim Engelleri	30

2.8.1. Tıbbi Hataların Bildiriminde Engel Konusu Olarak Korku.....	32
2.9. Literatürde Tıbbi Hataları Azaltma Konusunda Çalışma Sonuçlarına Dayalı Öneriler.....	34
2.10. Tıbbi Uygulama Hatalarının Yasal Boyutu	36
2.11. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata Raporlama Kültürü	40
2.12. Literatürde Hasta Güvenliğini Geliştirme/İyileştirme Konusunda Çalışma Sonuçlarına Dayalı Öneriler	43
2.13. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi, Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli (OC ³ Model).....	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	50
3.1. Araştırmanın Tipi.....	50
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	50
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	53
3.4. Çalışma Materyali	55
3.4.1. Girişim Öncesi Hazırlık Aşaması.....	55
3.4.2. Strateji Aşaması.....	56
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	70
3.5.1. Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli (OC ³ Model) ve Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	70
3.6. Veri Toplama Araçları	75
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	76
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	79
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	80
3.10. Etik Kurul Onayı.....	81

4. BULGULAR.....	82
4.1. Nicel Bölüm	82
4.1.1. Çalışanların Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri	82
4.1.2. Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	84
4.1.3. Çalışanların Girişim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hata Tutum Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	88
4.1.4. Olay/Hata Raporlama Sayısı ve Türleri	90
4.2. Nitel Bölüm	96
4.2.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri	96
4.2.2. Sağlık Çalışanlarının Korku Kültürünün Ortadan Kaldırılmasına Yönelik Görüşleri.....	97
4.2.2.1. Eğitim/Bilgilendirme.....	97
4.2.2.2. Yöneticilerden Beklentiler	101
4.2.2.3. Kolaylaştırıcı Girişimler.....	104
5. TARTIŞMA.....	109
5.1. Nicel Bölüm	109
5.1.1. Sağlık Çalışanlarının Girişim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hata Tutumları.....	109
5.1.2. Olay/ Hata Raporlama Sayısı ve Türleri	114
5.2. Nitel Bölüm.....	118
5.2.1. Eğitim/Bilgilendirme.....	118
5.2.2. Yöneticilerden Beklentiler	121
5.2.3. Kolaylaştırıcı Girişimler.....	122

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	125
6.1. Sonuçlar	125
6.2. Öneriler	129
7. KAYNAKLAR	131
8. EKLER	151
EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ SORU FORMU	152
EK 2. TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ	153
EK 3. NİTEL AŞAMA İÇİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER SORU FORMU	154
EK 4. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	155
EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMLARI	156
EK 6. STRATEJİ PLANI	158
EK 7. ÇALIŞANLAR İÇİN EĞİTİM İÇERİĞİ	163
EK 8. BİLDİRİM SİSTEMİ REVİZYON ÇALIŞMASI.....	176
EK 9. HEMŞİRELİK VE HASTA GÜVENLİĞİ SEMPOZYUM PROGRAMI	185
EK 10. OLAY/HATA BİLDİRİMİ ANALİZ FORMU	190
EK 11. KURUM İZNİ	191
EK 12. ETİK KURUL ONAYI.....	192
EK 13. BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ KOORDİNASYON BİRİMİ KARARI	193
EK 14. TEZDEN YAYINLANMIŞ MAKALE.....	194
EK 15. ÖZGEÇMİŞ	203

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	16
Tablo 2.	Araştırma Takvimi	78
Tablo 3.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	80
Tablo 4.	Girişim Öncesi ve Sonrası Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	82
Tablo 5.	Girişim Öncesi ve Sonrası Katılımcıların Çalışma Özellikleri	83
Tablo 6.	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Girişim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi	85
Tablo 7.	Girişim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hata Tutum Ölçeği, Alt Boyutları ve Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=401)	88
Tablo 8.	Girişim Öncesi Bildirimlerin Türleri, Konusu ve Dağılımı	92
Tablo 9.	Girişim Sonrası İlaç Olay Bildirimlerinin Türleri, Konusu ve Dağılımı	93
Tablo 10.	Girişim Sonrası Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu Olayı Bildirimlerinin Türleri, Konusu ve Dağılımı	94
Tablo 11.	Girişim Öncesi Bildirimlerin Türlerine ve Hasta Sonuçlarına Göre Dağılımı	95
Tablo 12.	Girişim Sonrası Bildirimlerin Türlerine ve Hasta Sonuçlarına Göre Dağılımı	95
Tablo 13.	Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri	96
Tablo 14.	Sağlık Çalışanlarının Korku Kültürünün Ortadan Kaldırılmasına Yönelik Görüşleri Ana Temalar ve Alt Kategoriler	97

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli (OC ³ Model)	46
Şekil 2.	Olay/Hata Bildirim Formu Sistemi	51
Şekil 3.	Araştırmanın Örneklem Dağılımı	54
Şekil 4.	Konu İçeriğine Uygun İlgi Çekici Poster Örneği.....	61
Şekil 5.	Konu İçeriğine Uygun İlgi Çekici Afiş Örnekleri	62
Şekil 6.	Afiş Asılma Alanı Örnekleri	63
Şekil 7.	Hasta Güvenliği Liderleri Facebook Grubu Paylaşım Örnekleri.....	65
Şekil 8.	Hasta Güvenliği Sempozyumu Fotografları	68
Şekil 9.	Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli' (OC ³ Model) ve Araştırma Adımları	71
Şekil 10.	Araştırma Planı	77
Şekil 11.	Bildirimlerin Zamana Göre Dağılımı.....	90
Şekil 12.	Girişim Öncesi ve Sonrası Bildirim Sayılarının Olay/Hata Türlerine Göre Dağılımı	91

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
EMA	: Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency)
GRS	: Güvenlik Raporlama Sistemi
HHKS	: Hastane Hizmet Kalite Standartları
IOM	: Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)
JCI	: Uluslararası Birleşik Komisyonu (Joint Commission International)
KYB	: Kalite Yönetim Birimi
NPSF	: Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation)
NPSA	: Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency)
NBTC	: Ulusal Kan Transfüzyon Komitesi (The National Blood Transfusion Committee)
SBHM	: Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü
SHOT	: Transfüzyonun Ciddi Tehlikeleri (The Serious Hazards of Transfusion)
THTÖ	: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TCK	: Türk Ceza Kanunu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecimde akademik alanda gelişimime katkı sağlayan ve her zaman örnek aldığım danışmanım, çok değerli hocam **Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER'e**

Araştırmanın planlanmasından sonuçlandırılmasına kadar her aşamasında destek olan ve değerli görüşleriyle katkı sağlayan hocalarım **Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN** ve

Doç. Dr. Hatice MERT'e

Çalışma süresince gönüllü olarak destek veren araştırmanın yürütüldüğü hastanenin çalışanları, **değerli meslektaşlarıma,**

Tıbbi hataların hukuki boyutu eğitiminde sağladığı katkı için Sağlık Hukukçusu **Dr. Yakup Gökhan Doğramacı'ya**

Bugünlere gelmemde büyük katkıları olan **değerli aileme,**

Desteği ve özverisi için sevgili eşim **Vezir Özgen AYDENİZ'e**

Katkılarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

HATA RAPORLAMA KÜLTÜRÜNÜN OLUŞTURULMASINA YÖNELİK STRATEJİLERİN GELİŞTİRİLMESİ VE ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ecem AYDENİZ

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İnciraltı-İzmir

ecemyaprak2010@gmail.com

ÖZET

Amaç: Bir eğitim ve araştırma hastanesinde hata raporlama kültürünün oluşturulmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, İzmir’de bir eğitim ve araştırma hastanesinde tüm birimlerde, 2012-2017 yılları arasında yürütülmüştür. İki aşamadan oluşan araştırmanın nicel aşaması; tek grup, girişim öncesi-sonrası değerlendirme modelinin kullanıldığı yarı deneysel; nitel aşama ise tanımlayıcı nitel araştırma yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın girişimlerini; eğitim verme, afiş ve poster asma, sosyal paylaşım ağı kullanımı, bildirim sistemi revizyonu ve hasta güvenliği sempozyumu stratejileri oluşturmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak; sosyodemografik ve çalışma özellikleri formu, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği, olay/hata bildirimi analiz formu, düşme bildirim formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırmanın girişim sonrası örneklemi, girişim öncesi ölçümlerle eşleşen toplam 401 kişi oluşturmuştur. Nitel aşamada ise 13 sağlık çalışanı ile derinlemesine bireysel görüşme yapılmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, bağımlı gruplarda iki eş arasındaki farkın önemlilik testi ve içerik analizi yöntemleriyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Sağlık çalışanlarının tıbbi hata tutumlarının girişim öncesi ile girişim sonrası yapılan ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmanın yürütüldüğü kurumda yapılan tıbbi hata bildirimlerinin, girişim sonrası ilk altı ayda yükseldiği ve ikinci altı ayda ise bu yükselmenin devam ettiği belirlenmiştir. En fazla bildirim yapılan tıbbi hata türlerinden ilaç olayı bildirimlerinin, girişim öncesi altı aylık bildirimlere göre, girişim sonrası ilk altı ayda 15 kat; girişim sonrası ikinci altı ayda, girişim öncesine göre

30 kat artığı saptanmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü kurumda yapılan tıbbi hata bildirimlerinin bir yıl sonunda öncesine göre yaklaşık 10 kat arttığı bulunmuştur. Nitel aşamada ise; tıbbi hataların bildiriminde engel konusu olan korku kültürünün ortadan kaldırılmasına yönelik eğitim/bilgilendirme, yöneticilerden beklentiler ve kolaylaştırıcı girişimler olmak üzere üç ana tema belirlenmiştir.

Sonuç: Hata raporlama kültürünün oluşturulmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi kapsamında uygulanan çoklu stratejiler sağlık çalışanlarının tıbbi hata tutumlarını olumlu yönde etkilemiş ve hata raporlama oranında artış sağlamıştır. Ayrıca katılımcıların korku kültürünün ortadan kaldırılmasına yönelik görüşleri, bu çalışmanın stratejileri ve gelecek çalışmalar açısından yol gösterici olmuştur.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, tıbbi hata, tutum, hasta güvenliği, olay raporlama

DEVELOPING STRATEGIES FOR CREATING AN ERROR REPORTING CULTURE AND ASSESSING THEIR EFFECTIVENESS

Izmir KÇU Atatürk Training and Research Hospital, Karabaglar-IZMIR

ecemyaprak2010@gmail.com

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to develop strategies for creating an error reporting culture in a training and research hospital and to assess their effectiveness.

Method: The researchers carried out this study between the years of 2012 and 2017 in all units of a training and research hospital in Izmir. The first stage of this two-stage study was performed with a single group and the quasi-experimental research method using pre- and post-initiative model. The second stage was performed using the descriptive qualitative research method. The initiatives of this study included training, hanging up banners and posters, using social networking sites, notification system revision and patient safety symposium strategies. Sociodemographic and working characteristics forms, the Medical Errors Attitude Scale, an event/error reporting analysis form, a falling reporting form and a semi-structured interview form were used as data collection tools. The sample of this study after the initiative included 401 people who matched measurements before the initiative. In the qualitative stage, the researchers interviewed a total of 13 health care workers. Data were evaluated using descriptive statistics, significance test on the difference between two equivalents in dependent groups and content analysis.

Results: This study found a statistically significant difference between measurements of health professionals' medical error attitudes before and after the initiative. It was determined that medical error reporting rates increased in the first six months after the initiative, and this increase continued in the second six months. According to the six-month reports before the initiative, medication event reporting, which is among the mostly reported medical error types, increased by 15 times in the first six months after the initiative and by 30 times in the second six months compared to the period before the initiative. The researchers found that

medical error reports in the institution where this study was conducted increased by 10 times at the end of the first year. In the qualitative stage, three main themes were specified: training/informing for eliminating fear culture, which is an issue of prevention in reporting medical errors, expectations from managers and facilitator initiatives.

Conclusion: Multiple strategies applied as part of developing strategies for creating an error reporting culture and assessing their effectiveness positively affected health professionals' medical error attitudes and increased error reporting rates. Moreover, opinions of participants about eliminating fear culture guided the strategies of this study and should guide further research.

Keywords: nursing, medical error, patient safety, case reporting

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Nitelikli sağlık hizmetinin esas unsurlarından birisi hasta güvenliği ve tıbbi hataları engelleme konusudur. Sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet sunabilmesi için hasta güvenliği ve tıbbi hatalar kapsamında yapılması gerekli tüm uygulamaları, tam ve doğru olarak yerine getirmesi ön görülmektedir (Şen ve ark., 2009). Ancak hasta güvenliği toplum, politikacılar ve sağlık hizmetinde yer alan herkes için artan bir endişe konusudur. Süreçlerin karmaşık bileşenleri, teknoloji ve modern sağlık hizmetlerini oluşturan insan eylemleri önemli faydalar sağlamakta fakat aynı zamanda çok sık yapılan advers (istenmeyen) olayların kaçınılmaz bir riskini de içermektedir. Kısacası sağlık bakım girişimleri hastaların yararına yöneliktir, ancak zarara yol açabilmektedir (Cook ve ark., 1998; WHO, 2002).

Hasta güvenliğinin esas unsuru olan tıbbi hataları en aza indirmek/engellemek güvenlik konusunun temel amacını oluşturmaktadır (Çakır ve Tütüncü, 2009). Tıpta hatalı uygulamalar oldukça fazla, hatta çağdaş tıbbi girişimlerin bir parçası şeklinde düşünülecek boyutta fazla görülmektedir. Dünya çapında yapılan çalışma sonuçları, tıbbi hatalardan zarar görme ve önlenabilir ölümlerin kabul edilemez oranda yüksek olduğunu göstermiştir (TTB, 2011; WHO, 2005).

Tıbbi hatalar ve advers olaylar, sağlık hizmetinin maliyetini de etkilemektedir. Verilere göre 2008 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde tıbbi hatalar için 19.5 milyar dolarlık maliyet belirlenmiştir. Hataların en aza indirilmesi hem ekonomik, hem de etik zorunluluktur (Altındış, 2010; Elwahab ve Doherty, 2014; IOM, 2000; Shreve ve ark., 2010). Tıbbi hatalar klinisyenler üzerinde de ciddi etkiye sahiptir. Çalışanları gelecekte hata yapma endişesi ve mesleki yeteneklerini kısıtlaması açısından olumsuz etkilemektedir (Elwahab ve Doherty, 2014; IOM, 2000; McLennan ve ark., 2015).

Tıbbi hataların ortaya çıkmasında tek ya da bireysel faktörlere odaklanılması önerilmemektedir. Literatürde kabul edilen genel görüş, tıbbi hataların çoklu faktörlerin etkili olduğu ve süreçlere bağlı sistem yetersizlikleri nedeniyle ortaya çıktığıdır. Bu nedenle insan yaklaşımından çok sistem yaklaşımına odaklanılması önemlidir (Harris ve Peeples 2015; Horowitz, 2016; Korkmaz, 2015; Mostafaei ve ark., 2014; Savaş, 2013; TTB, 2011; WHO, 2002).

Hasta güvenliği sorunlarının engellenmesi için sistemli bakış açısının geliştirilmesi ve ihtiyaç duyulan yatırımların zamanında yapılması önerilmektedir. Ayrıca hasta güvenliğine ilişkin sorunları engelleme/yönetme ve sorunlara ilişkin uygun çözüm yollarını belirlemede hata/olay bildirimleri/raporlamasının önemi vurgulanmaktadır (Altındış, 2010). Ancak yapılan hatalar ile bildirim yapılanlar arasında bir boşluk olduğu korku, yönetimin tepkisi, raporlamaya zaman ayıramama, yorgunluk, bildirim sistemine ilişkin sorunlar, suçlanma, ekip güvenini kaybetme, yasal süreçlerden endişelenme, ayıplanma gibi bireysel ve yönetsel birçok nedenden dolayı hata bildirimlerinin yapılmadığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar tıbbi hata bildirim engellerinden en fazla korku nedeni üzerinde odaklanmaktadır (Bairami ve Taleghani, 2016; Bayazidi ve ark., 2012; Bodur ve ark., 2012; Chiang ve Pepper, 2006; Ehsani ve ark., 2013; Hajibabae ve ark., 2014; Kahrman ve Öztürk, 2016; Nwozichi, 2015).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliğini artırma, güvenli bir sağlık hizmeti sunma ve tıbbi hataların en az düzeye indirilmesinde öncelikle hasta güvenliği kültürünün oluşturulması önerilmekte, bunun konunun önemi açısından hayati önem taşımakta olduğu belirtilmektedir (Akgün, 2014; Çelen ve ark., 2014; Korkmazer ve ark., 2016). Hasta güvenliği kültürü özetle; bir sağlık kuruluşunun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak hasta güvenliği konusunun kabullenilmesi olarak tanımlanmaktadır. Literatürde; hasta güvenliği kültürüne ilişkin ölçümlerin yapılması, konu hakkında düzenli eğitimlerin verilmesi, cezalandırıcı olmayan olay/hata bildirimlerine odaklanması, yönetici tutum ve inançlarının ele alınması, liderlik gibi çok yönlü girişimlerin hasta güvenliğini iyileştirmede etkili olacağı yönünde çalışma önerileri sunulmuştur (Hisar ve ark., 2015; Karaca ve Arslan, 2014; Morello ve ark., 2013; Rızalar ve ark., 2016; Somyürek ve Uğur, 2016).

Türkiye’de hasta güvenliği konusundaki çalışmalar 6 Nisan 2011 yılında yayımlanmış olan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik sonrasında gündeme gelmiştir. Yönetmelikte bildirim yapılacak olaylar ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konuları olarak belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı 2016 yılında, sağlık kuruluşlarının ve profesyonellerinin tıbbi uygulamalarda yaşadıkları/şahit oldukları olayları raporlayabilecekleri, ülkemizde sıklıkla yaşanan olaylar/hatalar ve sorunların çözümüne ilişkin yapılabilecekler hakkında veri sağlayabilecekleri bir alan olan Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)’ni kurmuştur. Ancak “GRS, sağlık kuruluşlarının iç güvenlik raporlama sistemlerinin yerini almak üzere geliştirilmiş bir sistem değildir ve sağlık kuruluşuna özel

raporlar oluşturma veya takibi gibi fonksiyonlara sahip değildir. Konuya ilişkin iyileştirme faaliyetlerine yön verme adına rehber olarak kullanılan bir sistemdir” (<http://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx>).

Günümüzde yapılandırılmış bir hasta güvenliği sisteminin Türkiye’de eksiksiz ve tam olarak sağlandığı söylenemez ve konunun önem ve önceliğinin son yıllarda dikkate alındığı görülmektedir. Yetkili kuruluşlarca belgelendirilmiş kuruluşlarda, izlenen ölçütler doğrultusunda, hasta/çalışan güvenliği olayları takip edilmekte ve gerekli düzenlemeler yapılmaktadır. Fakat kuruluşların raporlama kültürünün birbirlerinden farklı olduğu, genel/ulusal bir işleyişten uzak, kurumsal çalışmalar yapıldığı görülmektedir (Ardahan ve Alp, 2015; Kaya Eroğlu ve ark., 2009). Ayrıca lkemizde sağlık çalışanlarının tıbbi hatalara ilişkin tutumlarında henüz netlik sağlanamamıştır ve çalışanların hataları rahatlıkla raporlayabilecekleri bir ortam ise yaratılamamaktadır. Sağlık rgtlerindeki tüm çalışanların kolaylıkla kullanabilecekleri bir raporlama sistemi geliştirilememiştir ve uygun raporlamanın yapılabilmesi için gereken raporlama kültürünün geliştirilmesine ilişkin çalışmalar da bulunmamaktadır. Bazı rgtlerde yürütülen raporlama sistemlerinin etkinliği ise tam olarak belirlenememiştir.

Hasta güvenliği sistemi değişim yönetimi ile geliştirilebilir. Bu doğrultuda bir değişim projesi olarak planlama ve uygulamaya gereksinim vardır (Altındış, 2010). Bu çalışmada hasta güvenliği raporlama kültürünün oluşturulabilmesi amacıyla, bir örgütsel değişimi başlatabilmek için Latta tarafından (2009) geliştirilen “*Kültürel Bağlamda rgtsel Değişim Modeli’i (OC³ Model)*” kullanılmıştır. Bir değişim modeli aracılığı ile öncelikle raporlama kültürünün oluşturulmasına yönelik çalışanların tıbbi hatalara ilişkin tutumları belirlenmiş, sonrasında raporlama kültürünün oluşturulmasına yönelik geliştirilmiş olan stratejiler uygulanmış ve kültürel değişimin etkinliği değerlendirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmada, bir eğitim ve araştırma hastanesinde hata raporlama kültürünün oluşturulmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Alt Amaçlar;

- Araştırmanın yapıldığı kurumda, otomasyon ortamında mevcut bulunan “*olay raporlama sistemini*” sağlık kurumunda Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü (SBHM)’ne bağlı sağlık çalışanlarına (hemşire, ebe, sağlık memuru/ toplum sağlığı/diyaliz teknisyeni ve acil tıp teknisyeni) tanıtmak
- Sağlık kurumunda SBHM’ne bağlı sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memuru/ toplum sağlığı/diyaliz teknisyeni ve acil tıp teknisyeni) tıbbi hatalara ilişkin tutumlarını ve hata raporlama oranlarını belirlemek
- Sağlık kurumunda SBHM’ne bağlı sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memuru/ toplum sağlığı/diyaliz teknisyeni ve acil tıp teknisyeni) korku kültürünün ortadan kaldırılmasına yönelik görüşlerinin niteliksel olarak değerlendirilmesi ve
- Bir değişim modeli kullanarak kültürel değişimi başlatmaktır.

Araştırma Soruları

Çalışmanın girişim öncesi (ön test) için araştırma soruları, girişim aşaması için araştırma hipotezi geliştirilmiştir.

Araştırmanın Girişim Öncesi (Ön test) için Araştırma Soruları;

1. SBHM’ne bağlı sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memuru/ toplum sağlığı/diyaliz teknisyeni ve acil tıp teknisyeni) girişim öncesi tıbbi hatalara ilişkin tutumları nasıldır?
2. SBHM’ne bağlı sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memuru/ toplum sağlığı/diyaliz teknisyeni ve acil tıp teknisyeni) tıbbi olay raporlama durumları nasıldır?
3. Sağlık kurumunda SBHM’ne bağlı sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memuru/ toplum sağlığı/diyaliz teknisyeni ve acil tıp teknisyeni) korku kültürünün ortadan kaldırılmasına yönelik görüşleri nelerdir?

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H1: SBHM’ne bağlı sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memuru/ toplum sağlığı/diyaliz teknisyeni ve acil tıp teknisyeni) girişimden altı ay sonraki tıbbi hata tutum puan ortalamaları girişim öncesi puan ortalamalarından yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, tıbbi hizmetlerin sunumu sürecinde hizmet alanların herhangi bir zarar ile karşılaşmaması için sağlık kuruluşlarının aldığı tedbirler olarak tanımlanmaktadır ve kaliteli sağlık hizmetlerinin öncelikli koşulu olarak kabul edilmektedir (Şen ve ark., 2009). Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation-NPSF)'nin tanımına göre hasta güvenliği; sağlık hizmeti kaynaklı hataların engellenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların hastaya verdiği zararların önlenmesidir (www.npsf.org).

Hasta güvenliğinin tanımı ve bakım kalitesindeki yeri çok dikkat çekicidir. NPSF'nin yapmış olduğu "Araştırmalar İçin Ulusal Gündem Toplantısı"nda hasta güvenliğinin belirleyici üç özelliği özetlenmiştir. Bunlar;

- 1- Hasta güvenliği öncelikli olarak kaçınma, önleme ve sağlık bakım sürecinin kendisinden kaynaklanan yaralanma ya da advers olayların önlenmesini sağlamak zorundadır.
- 2- Güvenlik, sağlık bakım sistemi bileşenlerinin etkileşiminden ortaya çıkmaktadır. Güvenlik sadece advers olayların olmamasından ve belirlenebilir, önlenabilir hata ya da olaylardan kaçınmaktan çok daha fazlasıdır. Güvenlik sadece bir kişi, cihaz ya da birime dayanmamaktadır. Güvenliğin iyileştirilmesi bu bileşenlerin (kişi, cihaz ya da birim) etkileşime girmesiyle, güvenliğin nasıl ortaya çıktığının öğrenilmesine dayanır.
- 3- Hasta güvenliği bakımın niteliği/kalitesi ile ilgilidir fakat aynı kavramlar değildir. Güvenlik, kalite kavramının önemli bir alt kümesidir. Bu güne kadar kalite güvencesi, sürekli kalite geliştirme, toplam kalite yönetimi gibi kalite yönetimi eylemleri hasta güvenliği sorununa yeteri kadar odaklanmamıştır (NPSF, 2003).

Hasta güvenliğini geliştirme amacı doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organizations-WHO), Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) ve NPSF bazı öneriler sunmuştur. WHO'nun (2002) sunmuş olduğu öneriler; advers olayları önleme, olayları görünür yapma ve olay olduğu zaman etkilerini azaltma üzerine odaklanmıştır. Kuruluş bu hedeflere ulaşmak için raporlama sistemleri ve hatalardan öğrenme yeteneğinin artırılmasını gerekli olarak belirlemiştir. IOM'un önerilerinde de raporlama ve hatalardan öğrenmenin önemi vurgulanmıştır. Güvenlik hakkında bilgi tabanı sağlamak için liderlik yaratma, araştırma, araçlar ve protokoller ile ulusal bir odak oluşturma, birlikte gönüllü çabaların teşvik edilmesi ve güvenlik eylemlerinin uygulanması ile sağlık kuruluşlarında güvenlik sistemi

yaratma diğer öneriler arasında yer almaktadır (IOM, 2000). Konuya ilişkin NPSF'nin (2003) önerilerinin odak noktası hasta ve ailesi olmuştur. Hasta güvenliği program ve sistemlerinde hasta ve ailesinin de yer alması ile tüm hastaneler, sağlık sistemleri, ulusal ve yerel sağlık kuruluşları eyleme çağırılmıştır. Bu eylem planı eğitim, farkındalık yaratma ve destek hizmetlerinden oluşmaktadır.

Uluslararası Birleşik Komisyon'u (Joint Commission International -JCI) hasta güvenliğini sağlamak amacıyla ve gelişebilecek risklere karşı, uluslararası hedefler belirlemekte ve bu hedefleri akredite ettiği kuruluşlarla paylaşarak uygulamaları zorunlu kılmaktadır. JCI' ın hastaneler için 2017 Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerini;

- Doğru hasta tanılamının geliştirilmesi
- Sağlık çalışanları arasında etkin iletişimi geliştirme
- Güvenli ilaç kullanımını geliştirme
- Klinik alarm sistemleri ile ilgili zararı azaltma
- Tıbbi bakım ilişkili enfeksiyon riskini azaltma
- Düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme riskini azaltma
- Tıbbi bakım ilişkili basınç ülserlerini önleme ve
- Hasta popülasyonunda bulunan güvenlik risklerinin tanımlaması oluşturmaktadır (www.jointcommission.org/npsg_presentation).

Hasta güvenliğinin kurumsal kimlik kazandırılarak ve ulus temelinde değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin niteliği ve sağlık hizmeti kaynaklı zararların engellenmesi kapsamında önemlidir (Savaş, 2013).

2.2. Hasta Güvenliği Konusuna İlişkin Literatürde Yer Alan Bazı Kavramlar ve

Tanımlar

Hasta güvenliği: “Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilerin maruz kalabileceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin toplamıdır”(Ardahan ve Alp, 2015). “Sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılması olarak tanımlanmaktadır” (Akalin, 2011).

Tıbbi hata: Planlanmış bir eylemin tamamlanamaması ve istenildiği şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın yapılmasıdır (IOM, 2000). Tıbbi uygulama hataları sağlık hizmetlerinin sunulması sürecinde görevli sağlık profesyonelinin kusurlu davranması ile sonuçlanan olaylardır (Polat ve Pakiş, 2011).

Malpraktis: “Tıbbi uygulamadaki bilgi-beceri eksikliği ya da ihmal nedeniyle hizmet sunulan kişinin sağlığına zarar gelmesi” anlamına gelmektedir. Türk Tabipleri Birliği (TTB), “malpraktis” kavramının türkçeleştirilmesi ve “sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar”, “tıbbi uygulama hataları” anlamlarını kapsayabilen uygun bir karşılık bulunması çabası içindedir (TTB, 2008).

Komplikasyon: Mevcut şartlarda önlenemeyen fakat sağlayacağı fayda, neden olacağı zarardan fazla olacağı ön görüldüğü durumlarda yapılan girişimler uygulanabilir kabul edilir ve bu sınırlar içinde gerçekleşen zararlar komplikasyon olarak adlandırılır. “İzin verilen risk”, “istenmeyen yan etki” gibi sözcüklerle ifade edilen komplikasyon kavramında, öngörülemezlik ve/veya bilinen yöntemlerle önlenemezlik söz konusudur (Civaner ve ark., 2011). Somer’den aktaran Hakeri (2014)’ye göre komplikasyon “tıbbi standarda uygun bir müdahale yapılmasına rağmen, ortaya çıkabileceği tıp çevreleri tarafından kabul edilen ve her türlü tedbir alınmasına rağmen kaçınılmaz olarak meydana gelen zararlar” olarak da tanımlanmaktadır.

Taksir: “Dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısı ile bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen sonucu öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir”. Kusurluluğun kasıt ve taksir olmak üzere iki çeşidi vardır. “Kasıt; konusu suç teşkil eden bir fiili bilerek isteyerek işlemek iradesidir”. “Taksir, isteyerek yapılan bir davranıştan, öngörülebilir ve önlenabilir nitelikte bir sonucun tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslekte acemilik, emir, nizam ve talimatlara uymama nedeniyle ortaya çıkması durumudur” (Ersoy, 2004; Ertem ve ark., 2009).

Adverse olay: İstenmeyen ve genellikle zararlı sonuçlanan olaylardır. Olay, tedaviyle ilgili olabilir veya olmayabilir. Advers olay yan etki veya advers etki ile aynı değildir

(<http://www.nps.org.au/glossary/adverse-events>). “Bir sağlık kurumunda beklenmeyen, istenmeyen veya potansiyel olarak tehlikeli olan olaylardır. Hasta dűşmeleri ya da ilaç hataları gibi olaylar hastada kalıcı bir etki bırakmadıysa advers olay olarak nitelendirilir” (TTB, 2011). Sağlık hizmetinin (medical management), altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın yol ağtığı hasar/zarardır (Brennan ve ark., 1991; Leape ve ark., 1991; Thomas ve ark., 1999).

Adverse reaksiyon: Bir ilacın kullanımı sonrasında meydana gelen zararlı ve amaçlanmayan ilaç yanıtıdır. Bu tanıma, ilacın ruhsat şartları içerisinde kullanılması, ruhsat şartları dışında kullanım (doz aşımı, endikasyon dışı kullanım, kötüye kullanım, suistimal ve ilaç kullanım hataları) ve mesleki maruziyetten kaynaklanan advers reaksiyonlar dahildir (European Medicines Agency, 2015).

Kıl Payı/ Neredeyse/ Ramak Kala Hata: Zamanında hareket etme ile hastaya ulaşmadan, zarar ortaya çıkmadan engellenen hatalardır (WHO, 2011). Bir diğer ifade ile hastada zarara neden olmayan ancak tekrarlandığı durumlarda güvenliği tehdit edebilecek, istenmeyen bir olaya neden olabilecek, potansiyeli olan beklenmeyen durumlardır (TTB, 2011). Kıl payı hata kavramı önemli olup, 300 kez aynı şekilde tekrarlayan hatanın gerçek bir hatayla sonuçlanacağı belirtilmektedir (Akgűn, 2014).

Sentinel (Beklenmeyen) Olay: “Hastanın genel durumunun veya hastalığının doğal gidişatıyla ilgili olmadan fonksiyonlarında büyük kayıplarla seyretmesi veya hastanede gerçekte beklenmedik bir ölűm vakası olarak tanımlanır. Hasta güvenliği alanında bildirilmesi gereken en ciddi tıbbi hatalar beklenmedik olaylardır” (Akgűn, 2014).

Hemovijilans: “Hemovijilans; kan ve kan bileşenlerinin toplanmasından alıcıların takibine kadar tüm transfűzyon zincirini kapsayan, kan ve kan bileşenlerinin toplanmasından ve klinik kullanımından kaynaklanan beklenmeyen veya istenmeyen durumlar hakkında bilgi toplamak, deđerlendirmek ve bunların oluşumunu veya tekrarlanmasını önlemek amacıyla yürűtűlen bir dizi izleme prosedűrleri” (Ulusal Hemovijilans Rehberi, 2016).

2.3. Tıbbi Hatalar ve Önemi

Hata, bir amaca ulaşmak için yanlış planın kullanılması ya da tamamlanması amaçlanan planlanmış eylem kusuru olarak tanımlanmaktadır (IOM, 2000). Uzman James Reason'a göre hata kusurun iki çeşidinden kaynaklanmaktadır. Bunlar doğru eylemin amaçlandığı şekilde gitmemesinden kaynaklı yürütme hatası ya da asıl amaçlanan eylemin doğru olmamasına bağlı planlama hatasıdır (Reason, 1995). NPSF tıbbi hatayı, mevcut tıbbi bilgi ile önlenabilir kıl payı ya da adverse (istenmeyen) bir olay olarak tanımlamaktadır (www.npsf.org). Tıbbi hatalar, sağlık sisteminde büyük bir yük oluşturan ve etkili hasta güvenliği politikalarının uygulanmasıyla genellikle önlenabilir olan yaygın bir sorundur (Bairami ve Taleghani, 2016) ve bakım sürecinin tanı, tedavi ve koruyucu bakım gibi tüm aşamalarında ortaya çıkabilmektedir ancak, tüm hatalar zararlı sonuçlanmamaktadır (IOM, 2000). Yaralanma ile sonuçlanan hatalar önlenabilir advers olaylar olarak isimlendirilmektedir.

Advers olaylar ile ilgili literatürde iki çalışma sonucu temel alınmaktadır. Bu çalışmalardan 1984 yılında yapılan "Harvard Medical Practice Study" kapsamlı ve çarpıcı sonuçlar sunmuştur. Çalışmada New York eyaletinde randomize olarak seçilen 51 hastaneden taburcu edilen 30.121 hasta kaydı üzerinden veriler sunulmuştur. Hastaneye yatan hastaların %3.7'sinde advers olay geliştiği ve bunların %27.6'sının ise ihmal kaynaklı olduğu bulunmuştur. Adverse olayların %70.5'i en az altı ay süren sakatlık, %2.6'sı kalıcı sakatlanma yaralanması, %13.6'sı ise ölüm ile sonuçlanmıştır. Çalışma, tıbbi yönetimden kaynaklı hasta yaralanmalarının fazla olduğunu ve yaralanmaların çoğunun standartların altında bakımdan kaynaklanmakta olduğunu belirtmektedir (Brennan ve ark., 1991).

Diğer önemli çalışma ise Colorado ve Utah'ta yapılmıştır. Çalışmada hastanede oluşan advers olay sayısı %2.9 olarak bulunmuş ve advers olayların %6.6'sı ölümle sonuçlanmıştır (Thomas ve ark., 1999). İki çalışmada da oluşan advers olayların yarısından fazlası tıbbi hatalardan kaynaklanmıştır ve önlenabilir olaylardır (IOM, 2000). Veriler değerlendirildiğinde yapılan varsayımlara göre ABD'de hatalı tıbbi uygulamalar nedeni ile yılda en az 44.000 hasta ölmektedir (Brennan ve ark., 1991; Thomas ve ark., 2000). Ölüm nedenleri arasında tıbbi hatalardan kaynaklı ölümler en düşük tahminlerde sekizinci sırada yer almaktadır (Hoyert ve ark., 1999). Bir yıl içinde tıbbi hatalardan kaynaklı ölen kişi sayısı trafik kazası, meme kanseri veya AIDS'den kaybedilenlerden daha fazladır (Martin ve ark., 1999) Barger ve ark'ın (2006) 2737 tıp intörnü öğrencisi ile yaptığı randomize kontrollü

çalışmada; yorgunlukla ilişkili önlenabilir adverse olayların %300'den fazla oranda ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir. Bir diğer çalışmada ise tıbbi hataların %49.4'ünün ölümle sonuçlandığı, hatalı uygulamaya uğrayanların %65'inin ise daha fazla süre hastanede yatmak zorunda kaldıkları belirtmektedir (Ertem ve ark., 2009).

On yılı aşkın süredir tıbbi hatalar nedeniyle tahmini ölüm sayısı kabul edilemeyecek kadar yüksektir. Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Okulu tarafından 2016 yılında yapılan bir araştırmaya göre tıbbi hatalar, ABD 'de üçüncü önde gelen ölüm nedeni olarak sunulmaktadır. Johns Hopkins'in hasta güvenliği araştırmacıları bilimsel literatürü ve hakemli araştırmaları gözden geçirdikten sonra, ABD'de önlenabilir tıbbi hatalardan kaynaklı ölümlerin sayısının yılda 250.000'i aştığını belirlemişlerdir (Horowitz, 2016). Hata görülme sıklığı hata raporlama kültürünün tam olarak yerleşmemesi nedeni ile literatürde net değildir. Ancak yapılan çalışma sonuçları ve mevcut oranlar sorunun önemi ve tehlikesini gösterecek yeterliliktedir.

Hatalı tıbbi uygulamalar konusunda ülkemizde yapılmış olan büyük çaplı araştırmalar yoktur. Fakat, TTB (2011)'nin konuya ilişkin yayımladığı rapor dikkat çekici veriler sunmaktadır. Raporda; ülkemizde bulunan kamu, üniversite ve özel hastanelere yatan hasta sayısı 2008 yılı için toplam 9,9 milyon olarak hesaplanmıştır. Bu sayı batı ülkelerinde saptanmış olan hastane ölüm riski oranı olan %0,2 katsayısı ile çarpıldığı zaman aynı yılda 18.950 hastanın sistem hataları kaynaklı kaybedildiği varsayımını açıklamaktadır. Bu oranlar IOM (1999) raporundaki oranlarla karşılaştırıldığında, ülkemizde sistem hatalarından dolayı bir yılda 10.280-22.900 ölümün gerçekleştiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Tıbbi hatalar ve advers olaylar, sağlık hizmetinin maliyetini de etkilemektedir (Elwahab ve Doherty, 2014; IOM, 2000). Yatan hastaları etkileyen önlenabilir adverse ilaç olaylarının tek başına hastane giderlerini arttırdığı ve tüm ulus için yaklaşık iki milyar maliyeti olduğu belirtilmektedir (IOM, 2000). Verilere göre 2008 yılında ABD'de tıbbi hatalar için 19.5 milyar dolarlık maliyet hesaplanmıştır (Shreve ve ark., 2010). Tıbbi hataya bağlı ek hastaneye kaldırma, dava masrafları, enfeksiyonlar, gelir kaybı, engellilik ve diğer tıbbi giderlerin yılda 6-29 milyar ABD doları arasında maliyeti olduğunu göstermektedir (WHO, 2014). Ayrıca tıbbi hataların maliyet hesaplamasında tıbbi hataya ilişkin tüm giderlerin incelenmesi önemli olmakla birlikte zordur. Tıbbi hataların tüm maliyeti doğrudan ölçülememektedir. Hastaneden başka bir yerde meydana gelen ölümler, mortalite ve sakatlık durumları, ağrı ve ızdırap gibi

hata sonrası ölçülmeyen parametreler olduğu ayrıca malpraktis davaları, sigorta ödemeleri, tazminat ödemelerinin de maliyetinin olduğu unutulmamalıdır. Özetle tıbbi hataların hesaplanabilen maliyeti gerçek oranından çok daha azdır (Shreve ve ark., 2010).

Tıbbi hatalar, hatta küçük çaplı ve kıl payı hatalar klinisyenler üzerinde ciddi etkiye sahiptir. Çalışanları gelecekte hata yapma endişesi ve mesleki yeteneklerini kısıtlama açısından olumsuz etkilemektedir. Tıbbi hata oluştuğunda hastalar ilk kurban olmakta, ancak sağlık çalışanı da ciddi komplikasyonlar yaşamakta ve ikinci kurban olabilmektedir. Bu olaylar ciddi sıkıntı, endişe, güven kaybı yaratmakta ayrıca iş ve iş dışındaki yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle sağlık yöneticileri bu gibi olaylara karışan sağlık profesyonellerine mesleki destek ve danışmanlık hizmetleri sunmalı, onları ikinci bir mağdur olarak düşünmeli ve tedavi etmelidir. Sonuç olarak hem hasta, hem de sağlık profesyonellerinin azalan doyumu ve hastaların sisteme güveninin kaybı açısından da hatalar maliyetlidir. Hataların bir sonucu olarak daha uzun hastanede kalış ya da sakatlık yaşayan hastalar fiziksel ve psikolojik rahatsızlık ile bunu ödemektedirler. Sağlık profesyonelleri moral kaybı ile bir bedel ödemekte ve başarısızlık/hüsran ile mümkün olan en iyi bakımı sağlayamamaktadır. İş veren ve toplum genel olarak, çalışan üretiminde kayıp, çocukların okula devamında azalma ve toplumun sağlık seviyesinde düşme ile bunu ödemektedirler (Elwahab ve Doherty, 2014; IOM, 2000; McLennan ve ark., 2015).

2.4. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hata türlerinin ve hataya neden olan faktörlerin belirlenmesi, aynı hataların defalarca kez tekrarlamasını önlemek için öncelikli bir adımdır (Saygın ve Keklik, 2014). Araştırmacılar hatalı tıbbi uygulamaları farklı şekillerde sınıflandırmıştır. Leape ve ark.'nın (1993) sınıflandırması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tanı hataları	Tanı hatası ya da tanıda gecikme Belirleyici testlerin çalışılmasındaki hatalar Güncel olmayan testlerin ya da tedavilerin kullanılması İzleme veya test sonuçlarına uygun davranmama
Tedavi hataları	Cerrahi işlem, prosedür veya test uygulanmasında hatalar Tedavi uygulamasında hatalar İlaç kullanım yöntemi veya doz ile ilgili hatalar Anormal bir test sonucuna cevapta ya da tedavide kaçınılmaz gecikme Uygunsuz bakım
Önleme hataları	Profilaktik tedavi sağlamada hata Tedavi takibi ya da izleminde yetersizlik
Diğer hatalar	İletişim hataları Ekipman ve diğer sistem hataları

Kaynak: Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Jhonson WG. Preventing medical injury, Quality Review Bulletin, 1993;8: 144-48.

Akalın (2005) tıbbi hataları kök nedenlerine göre ve hata türü açısından sınıflandırmıştır. Buna göre;

Tıbbi hataların kök nedenleri;

- Yapılan işe bağlı (yanlış işlemi yapma),
- İhmale bağlı (doğru işlemi yapmama) ve
- Uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak sınıflandırılabilir.

Hatanın türü açısından ise;

- İlaç hataları,
- Cerrahi hatalar,
- Tanı hataları,
- Sistem eksikliği nedenli hatalar ve
- Diğer (hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hasta düşmesi vb) olmak üzere beş grupta incelenebilir.

Hemşirelik mesleği ile ilgili tıbbi hatalar;

- ❖ Bakım protokollerini uygulama/takipte eksiklik,
- ❖ İzlem yapma ve iletişim eksikliği,
- ❖ Kayıt tutmada eksiklikler,
- ❖ Değerlendirme ve takip eksikliği,
- ❖ Hasta güvenliği ve koruyucu uygulamaların eksikliği olarak sınıflandırılabilir (Ertem, ve ark., 2009).

Habraken ve ark. (2010) sağlık kuruluşları için hataları üç grupta incelemiştir:

1. Hastaya ulaşmayan olaylar (hemşirenin ilaç uygulamasından önce hekim istemini incelemesi ve hekimi ikaz emesi),
2. Hastaya ulaşan fakat zararlı sonuçlanmayan olaylar (yanlış hastaya kan transfüzyonu yapılması fakat rastlantı sonucu iki hastanın da benzer kan grubuna sahip olması),
3. Hastaya ulaşan ve hastada zararlı sonuçlanan olaylar (fazla dozda ilaç uygulama nedeniyle hastanın tansiyonunun yükselmesi ve hastanın beyin kanaması geçirmesi).

2.5. Tıbbi Hataların Görülme Sıklığı

Tıbbi hatalar çok sık; muhtemelen çağdaş tıbbi uygulamaların doğal bir parçası şeklinde algılanacak kadar sık görülmektedir. Tıbbi hataları azaltma uluslararası bir endişe konusu haline gelmiştir. Dünya çapında yapılan çalışma sonuçları, tıbbi hatalardan zarar görme ve önlenemez ölümlerin kabul edilemez oranda yüksek olduğunu göstermiştir. (TTB, 2011; WHO, 2005). Konuya ilişkin yurtdışı literatür sonuçları incelendiğinde gelişmiş dünyada her hastaneye kabulde %5-15 oranında tıbbi hata olduğu belirtilmektedir (Donaldson, 2009). İngiltere’de yapılan ve 1014 tıbbi kayıt incelemesini içeren bir çalışmada hastaların %10.8’inin bir istenmeyen olay ile karşılaştığı, %11.7’sinin ise çoklu istenmeyen olaylar ile karşılaştığı ve bu hataların yaklaşık yarısının bakım standartları ile önlenemez olduğu belirlenmiştir (Vincent ve ark., 2001). Pakistan’da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının yaklaşık %90’ının tıbbi hataların yaygın olduğuna inandığı, %50’sinden fazlasının tıbbi hataya tanık olduğu, %80’inin tıbbi bir hata yaşadığı belirtilmiştir (Beg, 2014). Zakrisson ve ark.’ın (2014) çalışmasında ise katılımcıların %90’ından fazlası haftada en az dört kez hasta bakımını etkileyen bir hataya şahit olduklarını belirtmiştir. Tıbbi hatalar ve kıl payı hatalar

çok yaygındır ve çoğu klinisyenin kariyerinde bu advers olaylar en az bir kez yer almaktadır (Elwahab ve Doherty, 2014). Pournamdar ve Zare (2016) çalışmasında 87 öğrencinin 67'si en az bir tıbbi hata yaptıklarını ifade etmiştir. İspanya'da 2002-2012 yılları arasında 1041 tane sağlık sistemi ile ilişkili dava dosyası incelenmiş ve bunun %25.9'unun tıbbi hatalarla ilişkili olduğu ve bu hataların yarısından fazlasının da ciddi zararlarla sonuçlandığı belirlenmiştir (Giraldo ve ark., 2016). Carlton ve Blegen'in (2006) literatür incelemesi çalışması, hatalarının çoğunlukla raporlanmaması nedeni ile hata oluşma sıklığının tam olarak ortaya çıkarılamadığı ve bunun ise hataların önlenmesi için gelişmelerin yetersiz kalmasına neden olduğunu göstermiştir. Benzer olarak Ahmadipour ve Nahid'in (2015) çalışmasında da hataların kesin tanımının yapılmasının zorluğu ve hata raporlamaların yetersiz olması nedenleriyle tıbbi hataların gerçek insidansının belirlenmesinin zor olduğu vurgulanmaktadır.

Ülkemizde ise tıbbi hatalar ile karşılaşma (hatayı yapma, hataya tanık olma) sıklığı %20-69 arasında değişmektedir (Aştı ve Kıvanç, 2003; Bodur ve ark., 2012; Cebeci ve ark., 2014; Filiz, 2009; Kahriman ve Öztürk, 2016; Saygın ve Keklik, 2014; Tansüyer, 2010; Türk Tabipleri Birliği, 2011; Uğur ve ark., 2016). İncelenmiş olan çalışmalardan sadece bir tanesinde sağlık profesyonellerinin hatalı tıbbi uygulama oranı %6.2, meslektaşlarının hatalı uygulamalarına tanık olma oranı ise %10.4 oranında belirlenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre sağlık çalışanı diğer çalışmalarda belirtilenden daha az oranda hata yapmaktadır. Araştırmacılar bu sonucun ülkemizde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü olmaması ve hata yapılması durumunda ceza sisteminin işletilmesi nedeniyle, çalışanların yaptıkları hataları bildirme konusunda istekli davranmamaları ile ilgili olduğunu açıklamıştır (Özata ve Altunkan, 2010). Gök ve Sarı (2016) pediatrie ilaç hataları ve hata bildirimini derleme çalışmasında, çocuklarda ilaç hatalarının daha sık oranda yaşandığını ancak yapılan bildirimlerin yeterli düzeyde olmadığını belirtmektedir. Ülkemizde hasta güvenliği kültürünün yerleşmemiş olması, hastanelerde tıbbi hata raporlama sisteminin kurulmamış olması ve hataların genellikle gizlenmesi nedenleriyle retrospektif inceleme yapılsa dahi tam olarak gerçekçi sonuçlara ulaşamayacağı belirtilmektedir (Özata ve Altunkan, 2010). Bu durum ise ülkemizde yapılan çalışmalardan elde edilen hata sıklığına ilişkin oranların aslında ulaşılan sonuçlardan çok daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

2.5.1. İlaç Hataları ve Görülme Sıklığı

İlaçlar, fizyolojik süreçlerde güçlü düzenleyicilerdir. Uygun şartlarda kullanıldığında mortalite ve morbiditenin önemli oranda azaltılmasında etkili olmasına rağmen, ilaç hataları tıbbi hataların en yaygın nedenidir ve hastada geri dönüşü olmayan komplikasyonlar oluşturabilirler. İlaç kullanımı hekimin reçeteyi yazması ile başlayan, eczacı tarafından ilacın tedariki ile devam eden, hemşire tarafından ilacın hazırlanması ve hastaya uygulanması ile son bulan multidisipliner bir süreçtir (Avcı, 2014). WHO (2009) hasta güvenliği olaylarını uluslararası sınıflandırmış ve ilaç hataları ile ilgili problemleri; yanlış hasta, yanlış ilaç, yanlış doz/sıklık, yanlış formülasyon/sunma, yanlış yol, yanlış miktar, yanlış dağıtım etiketi/talimatı, kontrendikasyon, yanlış depolama, atlanan doz/ilaç, son kullanma tarihi dolmuş ilaç ve advers ilaç reaksiyonu olarak belirlemiştir.

Yapılan çalışmalarda ilaç hataları klinik uygulamada yaygın olarak belirtilmektedir (Bates ve ark., 1995; Elliott ve Liu, 2010). Scott'ın (2002) çalışmasında hastanede yanlış ilaç verilen hasta sayısının arttığı, İngiltere'de 2001 yılında ilaç uygulama hatalarından yaklaşık olarak 1200 kişinin öldüğü ve bu durumun son 10 yılda %500'den daha fazla oranda artış gösterdiği kaydedilmiştir. Ayrıca bir diğer endişe konusu olarak hastaneden çıkan hastaların çoğunun evlerinde de ilaçlarını doğru almadığı bildirilmiştir. Taxis ve Barber'ın (2003) çalışmasında 106 hasta için reçetelenen 1042 dozun %49'unda bir intravenöz ilaç uygulama hatası bulunmuştur. Dimond'a göre (2003) genel bir sonuç olarak 400 yataklı bir hastanede her gün en az bir hasta potansiyel ciddi IV ilaç hatası deneyimi yaşamaktadır. Saleh ve ark'ın (2014) çalışmasında bir vardiya süresince yapılan gözlemler sonucu her bir hemşire için ilaç hatası ortalaması $1.40 \pm (2.0)$ olarak bulunmuştur. Bellebaum'ın (2008) yoğun bakımdaki 548 ilaç uygulamasını gözlemlemiş olduğu çalışmasında, her hemşire için ilaç hatası oranı hekim istemi kaynaklı %1.5, hazırlama-uygulama kaynaklı %5.6 ve süreçle ilişkili %15.9 olarak saptanmıştır. Stratton ve ark'ın (2004) çalışmasında ise idari birimlerden alınan verilere göre günde her 1000 hasta için ilaç hatası görülme oranı pediatri birimleri için %14.8, yetişkin birimler için %5.6 olarak belirtilmiştir. Bir diğer çalışmada 275 hasta incelenmiş ve 180 saatte 273 ilaç hatası ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada acil serviste çeşitli düzeylerde ortaya çıkan ilaç hatası oranı %50.5 olarak bulunmuştur (Dabaghzadeh ve ark., 2012). Bir diğer çalışmada da hemşirelerin çoğunluğunun (%89,8) mesleki uygulama süresince en az bir ilaç hatası yaptıklarını saptamıştır (Nwozichi, 2015). Çin'de yapılan bir çalışmada ilaç hatalarının yaygın olduğu ve bir hastanın günde yaklaşık 10 doz aldığı varsayımından hastaların her gün bir

intravenöz ilaç hatasına maruz kaldığını göstermiştir (Ding ve ark., 2015). Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency- EMA) raporunda; hastanede yatan hastaların yaşamış olduğu tüm advers olayların %18.7-%56'sının önlenabilir ilaç hatalarından kaynaklandığı ve ilaçla ilgili hataların bu nedenle endişe kaynağı olduğu belirtilmektedir (EMA, 2015). Kuo ve ark.'nın (2013) çalışmasında ilaç hatalarında, sırasıyla en çok reçeteleme, uygulama ve izlem hatalarının yapıldığı bildirilmiştir.

Ülkemizde ise Vural ve ark.'nın (2014) çalışmasında hemşirelere mesleki profesyonelliklerindeki ilaç uygulamaları sırasında şu ana kadar en sık karşılaştıkları ilaç uygulama hataları sorulduğunda; yanlış ilaç (%3), yanlış doz (%21.4), ilacın atlanması/uygulanmaması (%21.9) ve yanlış zaman (%25) en sık karşılaşılan ilaç uygulama hataları olarak sıralanmıştır. Bir diğer çalışmada katılımcıların %46,4'ü son bir yıl içerisinde ilaç uygulama hatası yaptığını bildirmiştir (Top ve Çam, 2015). Ayık ve ark.'nın (2010) öğrenci hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını incelediği çalışmasında; oral ilaç uygulama esnasında hasta ilacı içene kadar yanında beklememe, oral ilacı hastanın yanına bırakma ve başka birinin hazırladığı ilacı hastaya uygulama hatalarının en fazla yapılan ilaç uygulama hataları olduğu saptanmıştır. Büyük ve ark.'nın (2014) çalışmasında ise hemşirelerin kemoterapi ilaçlarını uygulamada çok sayıda ilaç hatası yaptıkları belirtilmektedir. Aynı çalışmada kemoterapi ilaçları ile ilgili hemşirelerin karşılaştıkları ilaç hatalarının dağılımı incelendiğinde en sık yapılan hatalar sırasıyla; doğru hekim istemi almama, ilacı doğru teknikle uygulamama, doğru doz ve doğru zaman ile ilgili hatalarla karşılaşma olarak sıralanmıştır. Koçak ve Yaman'ın (2015) çalışmasında ise hemşirelerin %44.4'ü ilaç uygulamalarında hata yaptıklarını ve %81.5'i bir başkasının hatasına tanık olduklarını belirtmiştir. Ayrıca çalışmada yapılan ilaç hataları incelendiğinde, en fazla yapılan hatanın yanlış dozda ilaç uygulaması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı (2016) tarafından kurulmuş olan Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) verilerine göre 2016 yılında bildirim yapılan toplam ilaç hatası sayısı 2.328'dir ve en sık bildirim yapılan hata konuları sırasıyla: hatalı doz istemi (n=318), yanlış ilaç istemi (n=244), yanlış ilaç hazırlanması (n=145), sıcaklık ve nem uygunsuzluğu (n=119) ve elektronik ortamda yanlış ilaç seçimi (n=118) olarak belirtilmiştir.

2.5.2. Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyon Hataları ve Görülme Sıklığı

Transfüzyon hataları önleyici çoklu müdahalelere (eğitim, öğretim, yeterlilik testi ve rehberler) rağmen insan hatası oranının değişmediği çok aşamalı, çok disiplinli bir süreçtir (Australian Haemovigilance Report, 2016; Bolton-Maggs ve ark., 2015; The National Blood Transfusion Committee, 2016).

WHO (2009) yayımlamış olduğu hasta güvenliği olaylarını uluslararası sınıflandırma raporunda kan ve kan ürünlerinin; hücresel ürünler, pıhtılaşma faktörleri, albümün /plazma protein ve immunglobulini içerdiğini belirtmektedir. Raporda kan ve kan ürünleri kullanım sürecinin; transfüzyon öncesi test, hekim istemi/reçete, hazırlık/dağıtım, teslim, uygulama, saklama, izleme, kullanım/ambalaj ve tedarik zincirinden oluştuğu açıklanmaktadır. Kan/kan ürünleri kullanım süreci ile ilgili yaşanabilecek problemler; yanlış hasta, yanlış kan/kan ürünü, yanlış doz veya sıklık, yanlış miktar, yanlış dağıtım etiketi/talimatı, kontrendike kullanım, yanlış saklama, ilaç ya da doz atlama, son kullanma tarihi geçmiş kan/kan ürünü kullanma ve istenmeyen etki olarak belirlenmiştir (WHO, 2009).

Klinik transfüzyon sürecinde görülen hataların çoğu uygulayıcılar üzerine odaklanmaktadır ve kan transfüzyonu hataları uzun zamandır hastane ve klinikler için endişe kaynağı olan bir konudur. Uzmanlar hata olmadan önlendiği için özellikle kıl payı hataların bildirilmediğini aslında transfüzyon sürecinde görülen gerçek hata oranının bilinen oranlardan çok daha fazla olduğunu bildirmektedir (Dalton ve ark., 2005). Parish (2003) transfüzyon hatalarına ilişkin çalışmasında bir yılda 478 hata ve ileri reaksiyon olduğunu bildirmiştir. Transfüzyonun Ciddi Tehlikeleri (The Serious Hazards of Transfusion-SHOT) rapor sonuçlarına göre transfüzyon hatası riski 1:16.500 olarak tahmin edilmektedir (Vasiliki, 2011). Sidhu ve ark.'nın (2016) çalışmasında; bir yılda toplam 2.229 hata belirlendiği, bunun %53'ünün kıl payı hata olduğu, hastaların %0.26'sının gerçekleşen hatalardan zarar gördüğü ve klinik hizmetlerde en sık görülen hataların örnek etiketleme (%2.4), kan bileşenleri için uygun olmayan istem (%2) ve numune ile eşleşmeyen talep formlarındaki bilgiler (%1.5) olarak sıralandığını açıklanmaktadır. Ayrıca çalışmada transfüzyon hizmetlerinde görülen en yaygın olay türü tüm talep sürecinde %0.5'lik görülme sıklığıyla hatalı bir numune kabul etmek olarak saptanmış ve ABO uyumsuz hemolitik reaksiyonlar 2.2 / 10.000 transfüzyon sıklığı ile en sık görülen zararlı olaylar olarak belirtilmiştir. Bir diğer çalışmada ayda ortalama 215 hata raporlandığı, bu hataların %60'ının transfüzyon servisinde (laboratuvar/kan bankası)

%40'ının ise klinik servislerde olduğu ve toplamda 23 hatanın hasta zararına neden olduğu sunulmaktadır. Aynı çalışmada hasta zararı ile sonuçlanan bu hataların 21 tanesinin klinik servislerde (uygun olmayan kan ürünü kullanımı), iki tanesinin ise transfüzyon servisinde gerçekleştiği, en sık görülen yüksek şiddetli klinik hataların örnek etiketleme (%37.5) ve uygun olmayan kan istemi (%28.8) olduğu belirtilmektedir. Ayrıca hastada zarara neden olmayan hataların, zarar veren hatalardan 657 kat daha yaygın olduğu sunulmaktadır (Maskens ve ark., 2014). SHOT grubu (2016) raporuna göre, İngiltere'de bir yılda toplam 3288 raporlama yapılmıştır. Bu raporların %77.7'si kıl payı ve doğru hasta/doğru kan (1243 tanesi kıl payı; 187 tanesi ise doğru hasta doğru kan) sorununa ilişkin olarak saptanmıştır. Bunun dışında raporlanan gerçekleşmiş olay sayısı ise bir yılda 1858'dir. Raporda, bildirilen olaylardan transfüzyona ilişkin 2015 yılı ölüm sayısının 26 olduğu ve pulmoner komplikasyon ve ertelenen kan transfüzyonunun en yaygın ölüm nedenleri olduğu belirtilmektedir. Ulusal Kan Transfüzyon Komitesi'nin (The National Blood Transfusion Committee-NBTC) yayımlanmış olduğu raporda 2015 yılında 765 ciddi advers olay ve 262 ciddi advers reaksiyon raporlandığı ve 2012 yılından itibaren ciddi advers reaksiyon olay sayısının değişmediği ancak ciddi advers olay sayısının önemli düşüş gösterdiği belirtilmiştir (National Blood Transfusion Committee Fourteenth Annual Report (2015/16)).

Türkiye'de kan transfüzyonu ile ilgili yapılan çalışmalarda sadece hemşirelerin bilgi düzeyi ölçülmüş ve konu ile ilgili eksiklikler olduğu saptanmıştır. Çırpı ve ark.'nın (2009) hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının belirlenmesine yönelik çalışmasında, kan transfüzyon hatalarının %0.8 olduğu belirlenmiştir. Çakır ve ark.'nın (2016) çalışmasında ise anestezi teknisyen/teknikerlerinin mesleki uygulamaları ile oluşan tıbbi uygulama hataları değerlendirilmiş ve hastaların 2 (%22,2)'sinin kan transfüzyonu hatasına maruz kaldığı belirlenmiştir.

2.5.3. Hasta Düşmeleri ve Görülme Sıklığı

Düşmeler, hastanelerde en fazla meydana gelen önlenabilir ve istenmeyen olaylar olup, hastaların ciddi yaralanmalarına hatta ölümlere neden olabilmektedir (Barış ve ark, 2016). WHO (2009) hasta güvenliği olaylarını uluslararası sınıflandırmış ve düşme türlerini; sendelemek, kaymak, çökmek/yıkılmak ve denge kaybı olarak sınıflandırmıştır. Kuruluş düşmelerin kapsamını ise; karyola, yatak, sandalye, sedye, tuvalet, tedavi ekipmanları,

merdiven/basamak ve başka bir birey tarafından desteklenme/taşınma durumlarını içeren düşmeler olarak açıklamıştır. Bu doğrultuda hastanelerde yaşanan tıbbi hataların yaklaşık %21 - %40'ını düşmelerin oluşturduğu belirtilmektedir (Healey ve ark., 2008; Naessens ve ark., 2009; Sari ve ark., 2007). Bin hasta günündeki düşme olayı görülme sıklığı Fields ve ark. (2015) tarafından 2.3, Anderson ve ark. (2015) tarafından 2.4, Stags ve ark. (2014) tarafından 3.44, Chelly ve ark. (2008) tarafından 4.36, Schwendimann ve ark. (2006) tarafından 8.9 olarak saptanmıştır. Düşmelerin görülme sıklığı hastane ve klinik türüne göre farklılıklar göstermektedir. Düşme olayları üniversite ile eğitim/araştırma hastanelerinde ve dahili kliniklerde daha fazla meydana gelmektedir (Anderson ve ark., 2015; Chelly ve ark., 2008). JCI'nın (2015) sentinel (beklenmeyen) olaylar raporunda; ciddi yaralanmayla sonuçlanan düşmelerin, en fazla bildirim yapılan olaylar arasında yer aldığı ve 2009-2015 yılları arasında toplam 465 düşme gerçekleştiği belirtilmiştir. Raporda söz edilen düşmelerin çoğunun hastanelerde gerçekleştiği ve %63 ölüm olayı ile sonuçlandığı bildirilmiştir. ABD'de yaralanmalarla sonuçlanan düşmelerin hastanelerde %30-50 oranında olduğu belirtilmiştir (Fischer ve ark., 2005; Healey ve ark., 2008; Hitcho ve ark., 2004; Schwendimann ve ark., 2006; Shekelle ve ark., 2013).

Ülkemizde ise Savcı ve ark.'nın (2009) çalışmasında hastaların %20.9'unun son 3 ay içinde düşme öyküsü olduğu saptanmıştır. Bir diğer çalışmada ise hastanede düşme oranı 0.33 ve en yüksek düşme oranı olan nöroloji kliniğinde 1.54 olarak bulunmuştur. Düşen hastaların %32.78'inde yaralanma meydana geldiği ve düşme nedenlerinin sırasıyla; hastanın dalgınlık ve dikkatsizliği (%32.8), hastanın fiziksel durumu (%32.8) ve refakatçi olmaması (%22.0) olduğu belirlenmiştir (Mülayim ve İntepeler, 2011). Barış ve ark.'nın (2016) çalışmasında ise yapılan retrospektif incelemede 28 hastaneden veri toplanmış ve toplamda 1622 hasta düşmesinin olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada düşmelerin %38,2'sinin üniversite hastanelerinde, %41,8'inin eğitim-araştırma hastanelerinde, %20'sinin ise kamu hastanelerinde meydana geldiği ve düşme olaylarının yarısının yaralanmalar ile sonuçlanmadığı, %4,9'unun orta şiddetli, %3,3'ünün önemli/ciddi yaralanmalar ve %0,9'unun ise ölüm ile sonuçlandığı saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı (2016) tarafından kurulmuş olan GRS verilerine göre 2016 yılında en sık bildirimi yapılan ilk 10 hasta güvenliği hatası sıralamasında 281 bildirim ile ilk sırayı hasta düşmeleri almıştır.

2.5.4. Cerrahi Hatalar ve Görölme Sıklığı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahip olan cerrahi uygulamalar, yaşam kurtarmak için yapılmaktadır ancak güvenli olmayan uygulamalar hastada ciddi zararlara neden olabilmektedir (NPSA, 2009). Hasta güvenliğinin temel öğelerinden birisi de cerrahide hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Cerrahide güvenliğin sağlanması ise sağlık hizmetlerinin sunumunun tüm sürecinde ilgili tüm birimlerin koordineli çalışması ile mümkündür (Candaş ve Gürsoy, 2016). Cerrahi hatalar; girişimlerin hazırlık, operasyon zamanı ve post-op süreçlerine ait hataları içermektedir. Hatalı cerrahi işlem kapsamı; klinik cerrahi işlem hazırlığı, ameliyathaneye transfer-hasta kabulü, ameliyathane cerrahi işlem hazırlığı, anestezi öncesi hazırlık- kontroller, ameliyat kesisi öncesi kontroller, ameliyat sürecindeki takip-kontroller, ameliyat sonu kontroller ve ameliyathaneden hastanın ayrılış-transferi ile diğer hatalar olarak sınıflandırılmaktadır (<http://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx>).

Cerrahi güvenliği ve ameliyathane ilişkili hatalı tıbbi uygulamaları azaltmak için Dünya Hasta Güvenliği İttifakı “Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi”ni oluşturmuştur. Bu oluşumun amacı, “politik taahhüdü ve klinik hedefleri, yetersiz anesteziye ait güvenlik uygulamaları, önlenabilir cerrahi enfeksiyonları ve çalışma ekibi arasındaki yetersiz iletişim de dahil olmak üzere, önemli güvenlik sorunlarına yönlendirmektir. Bu sorunların bütün ülkelerde ve ortamlarda ortak olduğu, ölümcül ve önlenabilir sorunlar olduğu saptanmıştır” (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2011). Kontrol listesinin uygulamaya yansması ile yıllar içinde uygulama alanında kullanımına yönelik eksik yönler belirlenmiş ve başarılı bir şekilde kullanılmasını sağlayan temel faktörler; çok disiplinli üst düzey destek, cerrahi satın alım, temel bakım süreçlerinin yerine getirilmesini sağlama ve çalışanı cesaretlendirme/ teşvik etmek için yerel şampiyonlar kullanmak olarak belirlenmiştir (Woodman, 2016).

Her yıl yaklaşık 234 milyon operasyon gerçekleştirilmektedir. Sanayileşmiş ülkelerde cerrahi işlemlerde %3-16 oranında büyük komplikasyonların geliştiğini, kalıcı sakatlık ve ölüm oranlarının yaklaşık %0.4-0.8 arasında olduğu bildirilmektedir. İngiltere ve Galler'de 2007-2009 yılları arasında cerrahi uzmanlık ile ilgili 129.419 olay raporlandığı belirtilmekte (NPSA, 2009) ve önlenabilir cerrahi hatalara bağlı ortaya çıkan hasta zararlarının, ameliyat sırasında her gün dünya genelinde görülmekte olduğu bildirilmektedir (Woodman, 2016). Yapılan sistematik bir incelemede cerrahi advers olayların genel insidansı %9.2 olarak

bulunmuştur ve bu olayların neredeyse yarısı önlenabilir hata olarak kabul edilmiştir(de Vries 2008).

Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA)'nın Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi'ne bir yılda gelen hasta güvenliği olaylarının 155.000'den fazla olduğu ve olayların 1000'den fazla kişide ciddi zarar, hatta ölüme neden olduğu bildirilmiştir (NPSA, 2010). Sağlık kuruluşları, tıbbi hataya karşı daha şeffaf hale geldiğinde bildirilen yanlış taraf cerrahisi vaka sayılarının artacağı belirtilmektedir. Yanlış taraf cerrahisi olayları raporlama kartları, dava, görüş farklılığı ve diğer nedenlerden dolayı yeteri kadar bildirilmemektedir. Olay sayıları çarpıcı sonuçlar sunmasa da ortaya çıkan hasta sonuçları korkunç nitelendirilmektedir (Mulloy ve Hughes, 2008). Weiser (2008) çalışmasında yılda her 25 kişiden birinin ameliyat olduğunu, küresel olarak %3'lük bir ameliyat öncesi (perioperatif) advers olay oranı ve %0,5 oranında ölüm oranı varsayımı ile ameliyat geçiren yaklaşık 7 milyon hastanın, her yıl ameliyat sırasında veya hemen sonrasında 1 milyon kişinin ölümüyle sonuçlanan önemli komplikasyonlara sahip olduğunu belirtmektedir. Ayrıca yalnızca birkaç ülkede yatan hastalarda ölüm oranları ve diğer advers sonuç ölçümleri hakkında güvenilir bilgiler bulunduğu, enfeksiyon ve diğer ameliyat sonrası (postoperatif) morbidite oranlarının muhtemelen küresel olarak çok daha yaygın olduğu ve bu nedenle dünya çapında ciddi bir endişe kaynağı oluşturduğu bildirilmektedir.

Türkiye'de konuya ilişkin kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte gazete haberlerinden derlenerek yapılan bir araştırmaya göre; ameliyathanelerin %43.6'lık oranla tıbbi hataların yapıldığı birimler arasında ilk sırayı aldığı ve hastaların %10.5'ine hatalı ameliyat uygulandığı tespit edilmiştir. Anesteziye bağlı hatalar ise %8.1 ile ikinci sırada yer almaktadır (Ertem ve ark. 2009). Çakır ve ark.'nın (2016) çalışmasında 24 dosya retrospektif olarak incelenmiştir ve tıbbi uygulama hatası iddiası olan 24 hastanın bir tanesinin (%11,1) yanlış taraf cerrahisi hatasına maruz kaldığı görülmüştür. Sağlık Bakanlığı (2016) GRS raporuna göre 2016 yılında aylık bildirim hızı en düşük olan hataları cerrahi hatalar oluşturmaktadır. Raporda bu durumun nedeni; cerrahi hataların diğer hatalara göre sağlık çalışanlarındaki algı açısından malpraktis ile daha fazla ilişkilendirilmesinin bildirim artışındaki kısmi dirence sebep olduğu yönünde görüş iletilmiştir. GRS 'ye toplam bir yılda 1.157 cerrahi olay bildirilmiştir. Ameliyat bölgesinin/tarafının işaretlenmemesi, hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması ile makyaj, protez ve değerli eşyaların

ıkarıldığının teyit edilmemesi 2016 yılında en sık bildirimi yapılan ilk 10 cerrahi süreç hatası olay konusu olarak saptanmıştır.

2.6. Tıbbi Hataların Nedenleri

Tıbbi hatalar yetersiz ve arada bir hata üretmek üzere tasarlanmış süreçlere bağlı sistemdeki yetersizlikler nedeniyle ortaya çıkmaktadır ve çoklu faktörler nedeni ile oluşmaktadır (Beyea, 2002; Ertem ve ark., 2009; Karataş ve Yakıncı, 2010; Mostafaei ve ark., 2014; Preston, 2004; TTB, 2011). Hasta güvenliği üzerine güncel kavramsal düşüncede, advers olayların asıl sorumluluğunun bireysel olmadığı kurumsal ve işleyiş, sistem planındaki eksikliklere bağlı olduğu yönündedir (Horowitz, 2016; Savaş, 2013; WHO, 2002). Sistem yaklaşımında istenmeyen olaylara ve hatalara yol açan olaylar zincirindeki faktörler üzerine odaklanılır ve hasta güvenliğinin sağlanması, bakım kalitesinin artırılması için insan yaklaşımından çok sistem yaklaşımına odaklanması önemli bir adımdır (Harris ve Peeples , 2015; Korkmaz, 2015). Vural ve ark'ın (2014) araştırmasında, katılımcıların çoğu, ortaya çıkan istenmeyen durumların daha fazla oranda sistem hatası olduğunu belirtmiş ve bu olayların nedenlerinin ise kişisel kaynaklı olmadığını düşündüklerini iletmişlerdir.

Utah-Colorado çalışmasında adverse ilaç olaylarının %75'i sistem hatası ile ilişkili olarak çarpıcı bir örnek sağlamaktadır (Thomas ve ark., 1999). Çoğu advers olay, ihmalkarlık ya da eğitim eksikliği sonucunda değil, daha çok sistemdeki gizli nedenlerden ortaya çıkmaktadır (WHO, 2002). Carlton ve Belgen'in (2006) literatür incelemesi çalışmasında da hataların oluşum nedenleri ile ilgili bir paradigma değişimi yaşandığından bahsedilmektedir. Hataların oluşmasında aktif hata olarak nitelendirilen bireysel kaynaklı faktörler (yanlış ilaç hesaplaması, kişisel bilgi eksikliği ve protokolleri takip etme hatası) ile gizli olarak nitelendirilen sistem kaynaklı faktörler (zaman baskısı, yorgunluk, yetersiz sağlık çalışanı, deneyimsizlik, planlama eksikliği ve yetersiz malzeme) belirtilmiş ve çalışmaların sistem odaklı bir anlayışa daha fazla odaklandığını açıklamıştır.

Hashemi ve ark'nın (2012) İran'da yürütmüş olduğu kalitatif araştırmada hemşire hatalarına katkı veren faktörler açıklanmaya çalışılmış ve hemşirelerin hataları kişi, sistem ya da her ikisinin kombinasyonu yaklaşımı olarak algılamakta oldukları belirlenmiştir. Akalın'ın (2005) aktarımına göre McNutt ve arkadaşları hatalı tıbbi uygulamaların asıl sebeplerini insana bağlı, kurumsal ve teknik faktörler olmak üzere üç şekilde incelemiştir.

İnsana bağlı faktörler; yorgunluk, eğitimde yetersizlik, iletişim eksikliği, güç/kontrol, zaman yetersizliği, karar vermede hata, mantık yanılması, tartışmacı kişilik yapısı gibi faktörlerdir.

Kurumsal faktörler; iş yerinin yapısı, politikalar, idari/finansal yapılanma, liderlik, geri bildirimde yetersizlik ve çalışanın uygunsuz dağılımı şeklinde açıklanmıştır.

Teknik faktörler ise; otomasyon yetersizliği, eksik cihazlar, karar vermede destek sistem eksikliği ve entegrasyon yetersizliği olarak belirtilmektedir.

Literatürde tıbbi hataların oluşma nedenleri arasında en fazla;

- **Uzun çalışma saatleri/vardiyalı çalışma** (Alemdar ve Aktaş, 2013; Aştı ve Kıvanç, 2003; Barger ve ark., 2006; Demir Zencirci, 2010; Işık ve ark., 2012; Saleh ve ark., 2014; Top ve Çam, 2015; Toruner ve Uysal, 2012; Uğur ve ark., 2016).
- **Hemşire/sağlık çalışanı yetersizliği** (Aştı ve Kıvanç, 2003; Ehsani ve ark., 2013; Işık ve ark., 2012; Kahrıman ve Öztürk, 2016; Özata ve Altuncan, 2010; Top ve ark., 2008; TTB, 2011; Uğur ve ark., 2016).
- **İş yükü** (Alemdar ve Aktaş, 2013; Bari ve ark., 2016; Blot ve ark., 2015; Drach-Zahavy, 2014; Kahrıman ve Öztürk, 2016; Lan ve ark., 2013; Özata ve Altuncan, 2010; Top ve ark., 2008; TTB, 2011).
- **Yorgunluk, uykusuzluk ve stres:** (Alemdar ve Aktaş, 2013; Aştı ve Kıvanç, 2003; Bari ve ark., 2016; Işık ve ark., 2012; Kahrıman ve Öztürk, 2016; Özata ve Altuncan, 2010; Top ve ark., 2008; Uğur ve ark., 2016) ve
- **Yüksek hasta/hemşire oranı:** (Işık ve ark., 2012; Saleh ve ark., 2014; Stratton ve ark., 2004; Top ve Çam, 2015; Toruner ve Uysal, 2012) değişkenleri üzerinde durulmaktadır.

Tıbbi hata nedenleri olarak literatürde yer alan diğer değişkenler ise iletişim yetersizliği (Kahrıman ve Öztürk, 2016; Uğur ve ark., 2016; Zakrison ve ark., 2014); depresyon, (Blot ve ark., 2015; Saleh ve ark., 2014) sağlık çalışanının eğitim/bilgi yetersizliğidir (Ehsani ve ark., 2013; Lan ve ark., 2013; TTB, 2011; Yıldırım ve ark., 2009).

Konuya ilişkin farklı bir bakış açısı sunan Whitney ve Khatri'nin (2014) çalışmasında; dedikodu yapma ve yayma, hataların sürekli eleştirilmesi, kişilik, tutum ya da özel hayat

hakkında rahatsız edici açıklamalar yapılması ya da hakaret edilmesini kapsayan kişisel taciz gibi faktörlerin hata yapma konusunda risk oluşturduğu belirtilmektedir.

2.7. Tıbbi Hataların Bildirimi (Raporlanması) ve Önemi

Sağlık sistemi komplike, çok sayıda sağlık profesyonelinin birlikte çalışmak zorunda olduğu, birbirinden ayrı girişim ve işleri kapsayan bir sektördür ve bu sektörde hatalı uygulamaların oluşması olasıdır. Fakat hatalı uygulamaların azaltılması ya da ortadan kaldırılması ekonomik ve de etik olarak şarttır. Hatalı uygulamaların engellenmesi ise hatalı alanların saptanması ve tanımlanması için gerekli verilerin toplanması ile mümkündür ve bu veriler ise olay raporlaması ile elde edilebilir (Altındış, 2010). Sağlık kurumlarında hasta güvenliği ve kalite boyutunda hatalı tıbbi uygulamaları engelleme girişimleri yürütülmektedir. Girişimlerin hedefi ise, olay bildirim sistemlerinin kurulması ve kullanılabilir hale getirilmesidir. Gelecekteki hataları engellemek ve hasta güvenliğini iyileştirmek için olay raporlama önemli bir veri kaynağıdır (Hashemi ve ark., 2012; Savaş, 2013). Hasta güvenliği olaylarının bildirilmesi, güvenlik açıklarının farkındalığını sağlayarak iyileştirmeler için bir başlangıç noktası olabilmesi nedeniyle önemli bir hasta güvenlik alanıdır (Jansma ve ark., 2011).

Hataların ve kıl payı hataların temel nedenlerini anlamak ve iletmek gelecekteki hataların riskini azaltabilir ve sağlık sistemindeki hatalarının genellikle sistematik ve çok faktörlü olduğu görüşünü destekleyebilir (Wolf ve Hughes, 2008). Hatalı tıbbi uygulamaların engellenmesi için hataları önleyici yaklaşımlar hakkında sağlık profesyonellerine eğitim/bilgilendirme yapılması ve hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarının yürütülmesi önerilmektedir (Güngör ve ark., 2012).

Potansiyel hata olabilecek durumların yani kıl payı hata olarak tanımlanan olayların ve hataların raporlanması da önemlidir. Bu ise sistem sorunlarının isimsiz olarak uzun vadede bildirilebildiği cezalandırıcı olmayan bir ortamı gerektirmektedir (Preston, 2004). Havacılık endüstrisi kanıtları göstermektedir ki, küçük hatalar ve kıl payı hatalar raporlandığı zaman daha az yıkıcı hata olmaktadır (Parish, 2003). Hataların ve kıl payı hataların bildirimi, gönüllü sistemlerle sağlanabilir çünkü sağlık kuruluşlarında ve sistemlerde suçlama/utanma kalıpları bu şekilde ortadan kaldırılabilir (Wolf ve Hughes, 2008).

Hasta güvenliği çalışmalarında özellikle ön planda olan olay/hata bildirim çalışmaları, hataların ve hasta zararının gizlenmeden iletilmesi/raporlanması ve bunun doğrultusunda sorunun asıl/kök nedeninin ortaya çıkarılmasını sağlayan aynı zamanda ileride benzer hatanın yeniden yapılmasına engel olmaya odaklı çalışmalardır (Savaş, 2013). Yapılan çalışmalar ve literatür bilgisi doğrultusunda, hataların raporlanması ile tıbbi hataların önlenebileceği ve azaltılabileceği sonucuna ulaşılmaktadır (Çakır ve Tütüncü, 2009; Garrouste-Orgeas ve ark., 2016; Özata ve Altunkan, 2010; Travaglia ve ark., 2008; Wang ve ark., 2013). Ancak hastanelerde meydana gelen hataların ise yetersiz raporlandığı ya da raporlanmadığı görülmektedir (Akin ve ark., 2010; Alsafi ve ark., 2015; Cebeci ve ark., 2010; Çakır ve Tütüncü, 2009; Hajibabae ve ark., 2014; Liu ve ark., 2013; Mostafaei ve ark., 2014; Okafor ve ark., 2015; Parish, 2003; Poorolajal ve ark., 2015; Shanks ve ark., 2015; Tansüyer, 2010; Yılmaz, 2009).

Stratton ve ark'ın (2004) çalışmasında pediatri hemşirelerinin çalıştıkları birimde oluşan ilaç hatalarının tümünün %67'sinin raporlandığı, yetişkin birimlerinde ise bu oranın %56 olduğu bildirilmiştir. Bir diğer çalışmada ise hemşirelerin %53.8'inin bir pediatrik ilaç uygulama hatasını raporladığını bulmuştur (Lan ve ark., 2013). Aboshaiqah (2010) çalışmasında, hemşirelerin %51'inin son altı ayda hiç hata raporlamasında bulunmadıkları belirtilmektedir. Bir diğer çalışmada, yapılan ilaç hatası ortalaması üç ay süresince her hemşire için 19.5 (30.27) iken aynı süreçte her hemşire için raporlanan ilaç hatası ortalaması ise 1.33 (4.18) olarak bulunmuştur (Hajibabae ve ark., 2014). Pakistan'da yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısı ülkelerinde tıbbi hataların sıkça bildirilmediğine inandığını ifade etmiştir (Beg, 2014).

Ülkemizde ise hata raporlama oranları daha düşüktür. Filiz'in (2009) çalışmasında hekimlerin %78'i, hemşirelerin %86'sı ve diğer sağlık çalışanının %89'unun hatalı olayları hiç rapor etmedikleri saptanmıştır. Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında ise hemşirelere hastanede çalıştıkları süre içerisinde hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama yapıp yapmadıkları sorulduğunda %91,4'ünün böyle bir raporlama yapmadıklarını ifade ettiği belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada ise çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %62'si karşılaştığı bir olayla ilgili olay bildiriminde bulunmadığını belirtmiştir (İstanbul ve ark., 2012). Korkmazer ve ark'ın (2016) çalışmasında sağlık çalışanlarının %67,1'i; Somyürek ve Uğur'un (2010) çalışmasında %81,6'sı ve Atan ve ark'nın (2013) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının %83,1'inin son bir yıl içerisinde hiçbir olay raporu doldurmadığı

belirtilmektedir. Benzer olarak Dursun ve ark'nın (2010) çalışmasında araştırmaya dahil olan katılımcıların çok önemli bir kısmının (%71,3) hasta güvenliğini tehlikeye düşürebilecek hiç bir olayı raporlamadığı saptanmıştır. Bir diğer çalışmada ise çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun ilaç hatalarını raporlama eğiliminde olmadıkları belirtilmiştir (Küçükakça, 2013). Sağlık Bakanlığı GRS verilerine göre 2016 yılı içerisinde toplam 74383 hata bildirimi gerçekleştirilmiştir. Bu bildirimlerin %93,82'sini laboratuvar hataları oluşturmaktadır. En fazla bildirim laboratuvar hataları konusunda yapılmıştır. Hata bildirimi ve takibinin laboratuvar işleyişinin temel süreçlerinin bir parçası olmasından kaynaklanan yaygın hata bildirim kültürü nedeniyle bildirimin en fazla bu alanda yapıldığı belirtilmiştir (<http://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx>).

Konuya ilişkin yurtiçi ve yurt dışı çalışmalar tıbbi hata yapma oranının yüksek, hata bildirim oranlarının ise düşük olduğu yönündedir. Yapılan hatalar ile bildirimi yapılanlar arasında bir boşluk olduğu belirtilmektedir (Bayazidi ve ark., 2012; Bodur ve ark., 2012; Ehsani ve ark., 2013; Hajibabaei ve ark., 2014).

2.8. Tıbbi Hata Bildirim Engelleri

Geleneksel bakış açısına göre, hata yapan kişi yaptığı hata nedeni ile eleştirilme, suçlanma ve cezalandırılma korkusu duyar ve bu nedenle hatalar saklanır ve açığa çıkarılamaz. Bu ise hataların yapılmaya devam etmesine neden olur ve hatalardan öğrenme mümkün olmaz. Fakat hataların açıklanması, araştırılması, kök nedenine inilmesi böylece herkesin hatalardan öğrenmesi ve yeni hataların önüne geçilmesi sağlanmalıdır (Ovalı, 2010). Çin'de yapılan bir çalışma, güvensiz bakımın farkındalığında bir artış olmasına rağmen hatalar için cezalandırıcı yaklaşımın hala yaygın olduğunu ve yöneticilerin olumlu hasta güvenlik kültürü inşa etmenin önemini kabul etmelerinde bir yavaşlık olduğunu göstermiştir (Liu ve ark., 2013). Şu anda mevcut olan kanıtlara göre, bireysel uygulayıcıları cezalandırma, gelecekteki hataları önlemede etkili görünmemektedir (Hubbeling, 2016).

Martowirono ve ark'ın (2012) çalışma sonucu ise dikkat çekicidir. Çalışmada katılımcıların raporlamaya karşı olumsuz tutumları olduğu çünkü onları raporlamaya cesaretlendiren bir kültürün olmaması ve raporlama algısı/yeteneği eksikliği olabileceğinden tüm hataları raporlamadıkları belirtilmiştir. Ülkemizde Nazilli Devlet Hastanesinde çalışan 162 ebe hemşire üzerinde yürütülmüş olan bir çalışmada katılımcıların %94,4' nün son bir yıl

içinde güvenlik raporlama gerektirecek bir olayla karşılaşmamış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmacılar bu durumu güvenlik raporlama bilinç düzeyinin sorgulanmasının gerekli olduğu ve benzer çalışmalarda da güvenlik raporlama ile çekincelerin ortak olduğu şeklinde açıklamıştır (Gürbüz ve Yıldırım, 2014). Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar ile ilgili önemli konulardan birisi de toplumun ve sağlık hizmeti sunumunda rol alan sağlık profesyonellerinin bu konulardaki algılamalarının ne olduğunun tam olarak bilinmemesidir (TTB, 2011). Sağlık çalışanları bilgi düzeyleri, konuya ilişkin duygu ve davranışlarıyla tıbbi hataya karşı tutumlarını yansıtmaktadırlar. Fakat çalışanların tıbbi hataları, hata olarak algılamadıkları ve bundan dolayı bildirmedikleri düşünülmektedir. Bildirimleri arttırmak için ilk olarak sağlık çalışanlarının hatalara ilişkin tutumlarına bakılması ve sonrasında stratejilerin geliştirilmesi önerilmektedir (Güleç ve İntepeler, 2013). Örgütsel güvenlik kültürünü geliştirmek için çalışanların tutumları ve girişimler üzerinde durulmaktadır (The Health Foundation, 2011). Bundan dolayı hasta güvenliğinin algı, tutum ve davranışlar kapsamında incelenmesi kaçınılmazdır (Tak, 2010).

Literatürde hataların bildirilmeme nedenlerine ilişkin ülkemizde sınırlı sayıda olmak üzere pek çok çalışma yapıldığı görülmüştür. Yurt içi ve yurt dışı literatürde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırma sonuçları hata bildirim engellerini; korku, yönetimin hatalara karşı gösterdiği tepki, hata tanımına katılmama, hastaya zararı olmayan ilaç hatalarını raporlamanın gereksiz olduğu düşüncesi, raporlamanın uzun zaman alması, zaman ayıramama, yorgunluk, bildirim sistemine ilişkin sorunlar (sistemin yapısı, detaylı olması, eğitim ve erişim sorunu, etkin raporlama sisteminin eksikliği, bilginin gizliliği endişesi), suçlanma, ekip güvenini kaybetme, tepki alma, cezalandırılma ve ayıplanma korkusu, raporlama sonucu yasal işlemlerden endişe duyma, anlatılanların hasta veya yakını tarafından anlaşılmaması düşüncesi, hata oluştuğunda sistemden çok bireye odaklanması, birim kültürü ve yönetimin gerekli geribildirimi yeterince vermemesi, hatayı yapan kişiye akran desteğinin eksikliği ve hataların hastaneye bildirilmesinin yetkililer açısından önemi yok düşüncesi gibi bireysel ve yönetsel engeller olarak belirtmiştir (Almutary ve ark., 2012; Alsafi ve ark., 2015; Bayazidi ve ark., 2012; Chiang ve Pepper, 2006; Espin ve ark., 2010; Evans ve ark., 2007; Hisar ve ark., 2015; Johnson ve Thomas, 2013; Kılıçarslan Toruman ve Uysal, 2012; Kingston ve ark., 2004; Koohestani ve Baghcheghi, 2009; Lederman ve ark., 2013; Liu ve ark., 2013; Mostafaei ve ark., 2014; Poorolajal ve ark., 2015; Stratton ve ark., 2004; Tansüyer, 2010; Wagner ve ark., 2012; Waters ve ark., 2012; Yılmaz, 2009).

Hataları önleme ve azaltma için sağlık çalışanlarının yaptıkları hataları korkmadan ilgili birime bildirmesi şarttır. Cezalandırılma korkusu olmadan bildirilen hataların araştırılması, kök neden analizi ile aksaklığın bulunarak düzeltilmesi için gereklidir (Savaş, 2013). Ancak yapılan çalışmalar özellikle korku nedeni ile hata bildirimlerinin yapılmadığını göstermektedir.

2.8.1. Tıbbi Hataların Bildiriminde Engel Konusu Olarak Korku

Sağlık çalışanlarının olay raporlama engellerine yönelik yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanları arasında en sık görülen raporlama engeli konusunun korku olduğu görülmektedir. Kahriman ve Öztürk'ün (2016) çalışmasında hemşirelerin %28,1'inin yaptıkları hataları bildirmekten korktukları saptanmıştır. Sağlık çalışanları; kınamayı içeren akran ve yönetici geri bildirimleri, yasal işlemler ve işteki imaj kaybı nedenleri ile hatalarını bildirmekten korkmaktadır (Bairami ve Taleghani, 2016). Alsafi ve ark.'nın (2015) çalışmasında katılımcıların üçte biri hataların bildiriminde cezalandırılmaktan korktuklarını ifade etmiştir. Bir diğer çalışmada ise hemşirelerin kendileriyle ilgili yasal işlem görme, iş kaybı, ekonomik kayıp yaşama, şeref ve haysiyeti kaybetme korkuları hata raporlamada engel olan faktörler olarak belirtilmiştir (Hashemi ve ark., 2012). Bayazidi ve ark.'nın (2012) yapmış oldukları araştırmada ise hemşirelerin ilaç hatalarını raporlama engellerinin başında, sistem yerine bireylere yönelik değerlendirme yapılması ile raporlama sonrası kınama ve cezalandırma korkusuyla karşı karşıya kalma düşüncesinin olduğu saptanmıştır. Teksas Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'nda yapılan sistematik literatür taraması çalışmasında; hemşirelerin ilaç hata raporlamalarında en sık karşılaşılan engel, hemşirelerin bir ilaç hatasını açıkladıktan sonraki kınanma korkusu olmuştur. Buna ek olarak hemşireler, bir hata raporlandığında akranları, hasta ve hasta ailelerinin vereceği reaksiyondan korktuklarını belirtmişlerdir (Elliot, 2010). Bir diğer çalışma sonucuna göre çalışanların raporlama engellerinin başında; kurum içinde ayıplanma/kınanma/damgalanma korkusu, işini kaybetme/pozisyonunu kaybetme korkusu, statü kaybetme korkusu, maddi ve yasal yaptırım korkusu ile raporlama sonrası yaşayacakları duruma ilişkin bilinmezlik korkusu yaşadıkları saptanmıştır (Soydemir ve ark., 2016). Noble ve Pronovost'ın (2010) çalışmasında literatürde belirtilen yaygın raporlama engellerinin toplumsal korku (basında olumsuz yer alma korkusu, gizlilik üzerine korku, hukuki korku) ve tıbbi korku (destek alamama korkusu, işsiz kalma, suçlanma ve yetersiz olarak algılanma

korkusu) olduğu şematize edilmiş ve çalışmada kişisel sonuçlardan korkmanın yaygın olduğu belirtilmiştir.

Çalışmalar; olumsuz hasta çıktıları nedeniyle suçlanma korkusu (Chiang ve Pepper, 2006; Nwozichi, 2015); hata yapan kişinin ekibin diğer üyeleri tarafından yetersiz şekilde algılanacağı düşüncesinden korkma (Blegen ve ark., 2004; Chiang ve Pepper, 2006; Jahromi ve ark., 2014; Mayo ve Duncan, 2004; Stratton ve ark., 2004); hekimler tarafından azarlanma korkusu (Chiang ve Pepper, 2006, Wakefield ve ark., 2005); hastaların olumsuz tutum geliştirmesi korkusu (Chiang ve Pepper, 2006; Nwozichi, 2015); hataların hastalara bildirilmesinin dava ile sonuçlanması inancı ve hukuki sorumluluk korkusu (Elliot, 2010; Hashemi ve ark., 2012; Jahromi ve ark., 2014; Uribe ve ark., 2002); hatanın başka birisine anlatılması/ raporlamanın gizli olmamasından korkma (Uribe ve ark., 2002); raporlamanın olumsuz sonuçlarından korkma (Chiang ve Pepper, 2006; Stratton ve ark., 2004; Wakefield ve ark., 2005); hataya karşı yönetici tavrından korkma (Blegen ve ark., 2004; Mayo ve Duncan, 2004) nedenleri ile çalışanların tıbbi hataları raporlamadığını desteklemektedir.

Sağlık çalışanlarının yasal süreç konusundaki endişeleri ve hata sonrası kendilerini yeteneksiz algılamaları, kurumlarında hakim olan örgüt kültürünün suçlama yerine güvenliği vurgulaması ile ortadan kaldırılabilir (Wolf ve Hughes, 2008). Hubbeling'in (2016) çalışmasında ahlaki seçimlerde şansın oynadığı rolden söz edilmektedir. "Moral Luck" kavramının tıbbi hatalar boyutunda incelendiği çalışmada tıbbi hatalar; ahlaki şans davaları olarak yorumlanmıştır ve diğer vakalardan çok daha karışık oldukları belirtilmiştir. Çalışmada bir komplikasyon ya da hata olup olmadığı durumunun zor belirlendiği, bir hata olduğunda ihmalin olup-olmama durumunun her zaman açık olmadığı, diğer taraftan tıbbi hataların genel olarak nasıl ele alınacağı konusunda farklı fikirler olduğundan söz edilmektedir. Ahlaki şans vakalarında çoğunlukla çalışanların aynı hataları yaptığı ancak bazılarının ihmali sonucu olumsuz sonuçların ortaya çıktığı için bu vakalarda kişileri cezalandırmak yerine açık tartışmalarla sistemi iyileştirme olanaklarının üzerinde durulması vurgulanmaktadır. Çalışmada aynı zamanda bu görüşleri açıklayan Wolf'un teorisinden söz edilmekte ve teori vakaları açıklamada iyi bir yaklaşım olarak sunulmaktadır. Bu teori tıbbi hataların gerçekleşmesinde aynı hatayı yapan iki çalışandan söz etmektedir. Teoriye göre; çalışanlarda birisinin yaptığı hata zararlı sonuçlanan bir durum ortaya çıkmasına neden olabilirken, diğer çalışanın hatasının bir zararlı sonuçlanmayabileceğini ancak her iki olaydaki suçlamanın da aynı olması üzerinde durmaktadır. Ayrıca suçlamanın, yalnızca davranış alışılmadık nadir

durumlar ve beklenmeyen sonuçlar olmasa dahi kabul edilemez durumlarda düşünülmesi gerektiğini açıklamaktadır.

29. Literatürde Tıbbi Hataları Azaltma Konusunda Çalışma Sonuçlarına Dayalı

Öneriler

Hasta güvenliği literatüründe; “hata yapmak insan işidir, hatalardan kaçınılmaz” ve “hataları önlemek için insan olma koşullarını değiştiremeyiz ancak insanların hangi koşullar altında çalıştığını değiştirebiliriz” felsefesine vurgu yapılmaktadır (Ertem ve ark., 2009; IOM, 1999; Reason, 2000). Bu bakış açısı doğrultusunda tıbbi hataları azaltma konusunda çok sayıda çalışma yapılmış ve çalışmalarda hataları azaltma konusunda öneri, iyileştirme/geliştirme alanları ve stratejik yaklaşımlar sunulmuştur. Güncel literatüre dayalı öneriler şunlardır:

- Tıbbi hataların hasta, sistem ve hatta sağlık çalışanları için geri döndürülemez etkileri olabilir. Bu nedenle hataların sıklığı ve yaygın türlerini tanımlamak sağlık sistemlerinin sorumluluğundadır. Bu ise hataların oluşmasını azaltmak için koruyucu programlar planlama ile mümkün olabilecektir (Ahmadipour ve Nahid 2015).
- Bairami ve Taleghani çalışmalarında; hataların meydana gelebileceğini çünkü her insan gibi sağlık çalışanlarının da yanılabilceğini bu nedenle tedavi sürecinde hataların oluşabileceğinden dolayı sistemin hataları önleyecek ve düzeltebilecek şekilde ayarlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca araştırmacılar tıbbi hataların tekrarlanmasını önlemek için ana politikalardan birinin, sağlık çalışanlarının hatanın ve kıl payı hatanın ne olduğu hakkında bilgilendirilmesi olduğunu belirtmektedir (Bairami ve Taleghani, 2016).
- Tıbbi hatalar; hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının güvenli uygulamalar, değişen sistem ve teknoloji konularında eğitim alması gibi stratejilerle azaltılabilir. Yöneticiler ve çalışan basit bazı stratejileri kullanarak hasta ölümlerini ve hatalara bağlı maliyet kaybını önemli ölçüde engelleyebilirler. Hataların raporlanmasını artırmak için önerilebilecek bazı basit stratejiler ise şunlardır (Khammarnia ve ark., 2015):

- ❖ Tıbbi hatanın tanımında ortak olma,
- ❖ Hataların basitleştirilmesi ve hata yapan kişilere destek olma,
- ❖ Hataların raporlanmasından öğrenme ve ödüllendirme ile hasta güvenliği kültürünü geliştirme,

❖ Hataya katkı sağlayan etkenleri belirlemek için geribildirim sistemi kurmadır.

- Sağlık sisteminde hatalarının oluşumunu ve şiddetini azaltmaya yönelik sürekli ve işbirliğine dayalı çabalar, daha güvenli ve kaliteli bakım sonuçlarının elde edilmesi için gereklidir. Güvenliği iyileştirmek için; hataları tanımlama, hataları kabul etme, güvensiz koşulları düzeltme ve raporlama sistemlerini kapsayan hata raporlama stratejileri iyileştirilmelidir. Güvenlik bakış açısı ile bildirimi yapılan gerçek hata ve kıl payı hata sayısı arttıkça sağlık kuruluşları veya sistemleri daha güvenilir olacaktır (Wolf ve Hughes, 2008)
- Bireyler dinamik, esnek, yeni durumlara uyum sağlayabilen, beklenmedik durumlara en iyi tepki verebilen, ancak diğer taraftan dengesiz, değişebilen, her zaman öngörü sahibi veya etkili bir performans üreticisi olmayan özellikler taşımaktadır. Bu nedenle, risk değerlendirme ve yönetim sistemleri, tıbbi uygulamaların aşırı karmaşıklığını göz önüne almalıdır. Çünkü bu teknolojik, bireysel, ilişkisel ve örgütsel unsurlar arasındaki tıbbi etkileşimin sonucudur. Bu bağlamda, bir kişinin, hataya düşmek istemediği hallerde bir hata yapması veya bir hastaya zarar vermesi durumunda destek ve anlayışa ihtiyacı olan profesyonelin eylemlerine özel bir dikkat gösterilmesi gerekir. Yalnızca bu şekilde hatalar kabul edilebilir, tanımlanabilir ve raporlanabilir ve ona neden olan dinamikler üzerinde anlamlı ve başarılı bir değerlendirmeye yol açabilir (Smorti ve ark., 2014).
- Hasta güvenliği için, hataları engellemek ve olumsuz sonuçlar vermeden önce onları görünür kılmak için koşullar yaratmak esastır. Bu amaca yönelik olarak, yalnızca hatayı doğrudan yapanlara değil, muhtemel zarar verici nedenlere odaklanmak ve bu kapsamda bir yönetim yaklaşımı sergilemek başarılı olabilir (Saygın ve Keklik, 2014; Smorti ve ark., 2014).
- Sağlık çalışanlarına, hataları önlemek için geliştirilen yönerge ve protokollerin hazırlanması, yayılması ve ayrıca öneri ve şüphelerini ifade etmede fırsat tanınmalıdır. Çünkü tıbbın güvenliği için, karmaşık yapı içinde bir hatayı sınırlandırma ve önleme olasılığını artırmada her sağlık profesyonelinin katkısı önemlidir. Bir kaynak ve risk olarak sınırlılıkların ve insan eylemlerinin farkında olmak gereklidir (Smorti ve ark., 2014).
- Tıbbi hatalara ilişkin yapılan çalışmalarda, hataların izole olaylar olarak anlaşıldığı ancak oluştuğu örgüt ortamı içerisinde ele alınmasının uygun olduğu belirtilmektedir. Böylece

sistemlerin hataların oluşmasında etkin olma biçimlerinin ve örgütlerin hata oluştuğunda nasıl bir tutum sergilediklerinin anlaşılabilirliği belirtilmektedir (Avcı ve Aktan, 2015).

- Okafor ve ark.'nın (2015) çalışmasında cezalandırıcı olmayan, gönüllü, kullanıcı dostu web tabanlı raporlama sistemi ile hata raporlama oranının etkileyici bir artış gösterdiği belirtilmektedir.

2.10. Tıbbi Uygulama Hatalarının Yasal Boyutu

“Malpractice” kelimesi sözlük anlamı genel olarak görevi kötüye kullanma, kötü davranış olup bütün mesleklerin uygulamalarını kapsamaktadır. Tıbbi Malpraktis ise genel olarak tıp bilmi gerekleri yerine getirilirken hatalı davranma ya da görevi aksatma sonucunda yaralanma/ zarar ortaya çıkması durumudur. Türk Hukuk Teorisinde bu kavramın; Tıpta Yanlış Uygulama, Tıbbi Hata, Tıbbi Uygulama Hataları, Hekimliğin Kötü Uygulaması gibi kavramlarla ifade edilmesi tercih edilmektedir (Güngör ve ark., 2012; Oktay, 2010).

Bakanlar kurulunca Haziran 2002’de kabul edilerek, 24/07/2002 tarih ve 4095 sayılı yazı ile TBMM Başkanlığına sunulan ancak yasalaşmayan, Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı’nın 3. maddesinde “Tıbbi Kötü Uygulama” kavramı kullanılmış ve bu kavram; “Sağlık çalışanının, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumu” olarak tanımlanmıştır (Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı, 2002). Tıbbi müdahale hataları, uygulamada genellikle sonuçta zarar oluşmuşsa ortaya çıkar. Tıp uygulamasında yanlışlıkla yapılan bazı eylemlerin zararları kendini belli etmez ya da bir şekilde yok olursa bunun belirlenmesi mümkün olmaz. Uygulamada böyle durumlar mevcuttur. Hatanın gün yüzüne çıkmamış olması, yapılan işin hatalı olduğu gerçeğini değiştirmez ama hatalı işlemin sorgulanmaması sonucunu doğurur. Bu sebeplerle genellikle, zararlı sonuç oluştuğunda tıbbi müdahale hatalarından bahsedilir (Savaş, 2013).

Sağlık profesyonellerinin meslek/ görev kapsamı, yasal mesuliyetlerinin de temelini oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının uyguladıkları tıbbi girişimlerde görev tanımı ve görevlerine ilişkin hukuki düzenlemeler kapsamında sorumlulukları vardır. Aynı zamanda hizmet verdikleri grup için düzenlenmiş ve uyulması gereken önemli mesleki/etik

sorumluluklar olduğu da unutulmamalıdır. Hasta sırrının gizlenmesi ve yapılan bazı uygulamalarda yazılı onamın alınması gerekliliği, sağlık profesyonellerinin tümünün ilgiltenmesi gereken konulardır (Koç, 2011).

Sorumluluk kapsamı dört temel kavram ile açıklanabilir. Bunlar;

1. Cezai sorumluluk,
2. Hukuki sorumluluk,
3. İdari sorumluluk
4. Mesleki sorumluluk

Cezai Sorumluluk: Sağlık konusuna ilişkin birçok açıklayıcı hukuki düzenlemeler bulunmasına rağmen ceza ve medeni kanunda sağlık profesyonelleri için “cezai” ve “hukuki” sorumlulukları açıklayan özel maddeler yoktur. Yasalarda belirtilmiş olan mesleki etik kurallar çerçevesinde sağlık profesyonelleri, ilgili yasanın genel tanımları kapsamında cezai ve hukuki açılardan sorumludur (Koç, 2011).

Cezai sorumluluklar 12/10/2004 tarih 25611 sayılı Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) aşğıdaki şekilde yer almaktadır:

“Madde 81 (Kasten öldürme) Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.”

“Madde 83 (Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi) Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir. Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmi beş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine on beş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hallerde ise on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir.”

“Madde 85 (Taksirle öldürme) Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”

“Madde 86 (Kasten yaralama) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”

“Madde 88 (Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi) Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte ikisine kadar indirilebilir.”

“Madde 89 (Taksirle yaralama) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.”

Sorumluluğunun hukuki anlamda şartları ise;

- a. Fiilin hukuka aykırı olması,
- b. Zararın ortaya çıkmış olması,
- c. Kusurlu davranışın oluşması ve
- d. Zarar-sonuç arasında uygun nedensellik bağı kurulmasıdır.

Bu doğrultuda, haksız fiiller tazminat davaları, ortaya çıkan suçlar ise ceza davaları kapsamında incelenmektedir (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>).

Ceza ve disiplin sorumluluğu bakımından hekim ya da diğer sağlık profesyonellerinin yaptığı tıbbi uygulama hataları sonucunda fizyolojik ve psikolojik zarar ortaya çıkması şart değildir. Ceza kanununa veya disiplin mevzuatına aykırı fiilin gerçekleştirilmiş olması bunun için yeterlidir. Ancak tazminat sorumluluğunun doğması için maddi ya da manevi zararın varlığı gereklidir (Savaş, 2013).

Hukuki Sorumluluk: “Sağlık çalışanları yaptıkları hatalardan dolayı cezadan ayrı olmak üzere tazminat yönünden de sorumlu olurlar. Özel Hukuk’ta her türlü kusur haksız fiil sayılır ve kusurlu olduğu saptandığında kişi zararı ödemekle yükümlüdür. Zarar gören, zararını ve zarar verenin kusurunu ispat yükü altındadır” (Türk Borçlar Kanunu, Madde: 49, 50).

İdari Sorumluluk: Kamu ya da özel kurum içinde uygulanan soruşturmalardır. Devlet memurlarını ilgilendiren temel yasa, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’dur. “Disiplin” konusu; 657 sayılı yasanın 7. bölümünde (124-145. maddeler) açıklanmıştır. Bu bölümde, disiplin hakkında yalnızca ceza gerektiren durumlara ve uyarı, maaş kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması gibi uygulanacak cezalara yer verilmiştir. (Koç, 2011).

Mesleki Sorumluluk: TTB disiplin yönetmeliği, kamuda çalışan hekimlerin, mesleki/etik tutumlarından dolayı ortaya çıkan problemler konusunda önemli bir konumdadır. Aynı şekilde diğer sağlık profesyonellerinin meslek odaları, disiplin-onur kurulu gibi oluşumlar da bu kapsamda önemli bir yere sahiptir (Koç, 2011).

Sağlık profesyonellerinin hatalı uygulamalar sonrasında ortaya çıkan istekler sonucunda kendilerini koruma gereksinimi nedeni ile mesleki sorumluluk sigortaları yapılmaya başlanmış ve oldukça yaygınlaşmıştır. Bu mesleki sigortalar ülkemizde sigorta şirketleri tarafından özel sigorta kapsamında yapılmaktadır. Kamuda çalışan hekimler, diş hekimleri ve ilgili mevzuata göre uzman kabul edilenler, sigorta primlerini sigorta şirketlerine önce kendileri ödemektedir. Çalışanlar ödemiş oldukları sigorta prim tutarının yarısını, çalıştıkları kurumda döner sermaye yapılanması var ise döner sermayeden yok ise kurumlarının bütçesinden daha sonra geri almaktadırlar. Kendi muayenehanesi bulunan hekimler ise primlerini kendileri ödemek durumundadır (Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ, 2010). Hekim dışı diğer sağlık profesyonelleri için herhangi bir uygulama ise yoktur.

Konuya ilişkin bir diğer konu ise yapılan hatanın bildirimine ilişkin yasal düzenlemelerdir. TCK'ya göre sağlık mesleği mensuplarının (tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler) suçu bildirmemesine ilişkin **280. Madde:** “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” şeklinde açıklanmaktadır.

Hasta güvenliğini sağlayabilmek için öncelikle sağlık çalışanlarının yapmış oldukları ya da tanık oldukları hataları ilgili birimlere bildirmesi gereklidir. İlgili birimler ise hatalı alanları incelemeli ve kök neden analizi ile asıl soruna ulaşmalıdır. Bu süreç ile ileride aynı ya da benzer hataların tekrar etmesi engellenebilecektir. Sağlık profesyonelleri yaptığı ya da tanık olduğu hatayı (taksirli suç), olay/hata bildirim sistemleri aracılığıyla raporlamak durumundadır. Raporlama sonucunda hatanın bildirildiği çalışan (sorumlu, yönetici, yetkili vb.) taksirli suç kapsamında değerlendirilen bu suçu öğrendiği zaman TCK 280.madde gereğince kendisinde bunu yetkili makamlara iletmek zorundadır. Sağlık çalışanları ise yapmış oldukları hata sonucu suç olarak nitelendirilen bu durumların yetkili makamlara

bildirileceğini bildiği zaman açıklamak/bildirmek istemeyecektir. Bu ise bildirim sisemlerinin etkin çalışması ve hataların engellenmesinde engel oluşturmaktadır (TTB, 2011).

Sağlık siseminde önemli bir konuma sahip olan hemşirelerin sorumlulukları her geçen gün artmakta ve de değişmektedir. Bu nedenle hukuki sorumluluk ve yetkilerini hemşirelerin iyi bilmesi gereklidir. Hasta/hasta yakınına riske atacak hatalı uygulamaları engellemek ve aynı zamanda kendilerini hukuki açıdan güvence altına almak için malpraktis kapsamındaki olayların öğrenilmesi ve riskler karşısında uygun koruyucu mekanizmaların işleilmesi şarttır (Kuğuoğlu ve ark., 2009).

2.11. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata Raporlama Kültürü

Hasta güvenliğini sağlama ve yapılan hatalı uygulamaların ortaya çıkması durumunda ortaya çıkan suçlama anlayışının varlığı, aşılması gereken önemli bir engel konusu olarak karşımıza çıkmaktadır (Yılmaz, 2009). İstenmeyen bir olay olduğu zaman önemli olan kimin hata yaptığı değil, başarısızlığın nasıl ve neden olduğunun bilinmesidir. Kurumlarda bu algının yaratılması ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine gereksinim vardır (Davies, 2000; Filiz, 2009; Kim ve ark., 2007; VanGeest ve Cummins, 2003). Hataların oluşmasını engellemek için kurumlarda suçlama/cezalandırma yerine ödüllendirme anlayışının yaratılması ve bu amaca yönelik eğitimlerin ön plana çıkarılması önemlidir. Yapılan hataların önemli zararlara sebep olmaması için hataların ortaya çıkarılmasının çok önemli olduğunun anlaşıldığı bir kurumsal ortam/kültür yaratılması şarttır. Bu ise ancak çalışanların hasta güvenliği kültürü algılarının değişimi ve güvenlik kültürünü kabullenme/özümsemeleri ile sağlanabilir (Çakır ve Tütüncü, 2009). Yapılan çalışmalar; sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini sağlama, güvenilir sağlık hizmeti verme ve hatalı tıbbi uygulamaları azaltmak için ilk olarak hasta güvenlik kültürünün yerleştirilmesinin şart olduğunu belirtmektedir. Bu noktada sistemde karar verici/yönetici pozisyonunda bulunanların güvenlik kültürü konusunda kilit rolleri bulunduğu unutulmamalıdır (Akgün, 2014; Çelen ve ark., 2014; Korkmazer ve ark., 2016). Moffatt-Bruce ve ark.'ın (2016) çalışmasında, çalışanların güvenlikle ilgili önemli bilgiler sağlamak için teşvik edildiği hatta ödüllendirildiği bir güven ortamının yalnızca kültür ile yaratılabileceği aynı zamanda hasta/hasta yakınına, tıbbi bakımın ve yapılan hataların uygun bir yaklaşımla açıklamasının bakım standardı olabileceğinin umut edildiği belirtilmektedir.

Güvenlik kültürü, örgütlerin mevcut sağlık ve güvenlik performansı ile ilişkili olarak üyelerin tutum ve davranışlarını etkilediği düşünülen bir örgüt kültürü alt yapısıdır. Kurumsal/Örgütsel (organizasyonel) kültür ise, üyelerin tutum ve davranışlarını etkileyen ve bunlara etki eden ortak kurumsal değerleri tanımlamak için kullanılan bir kavram olup, kurumun sağlık ve güvenlik yönetim tarzını ve yetkinliğini, bu alandaki vaatlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür (Cooper, 2000; Nieva ve Sorra, 2003). Lowery'den aktaran Akalın (2004) ise örgütsel kültürü basitçe, "bir kurumda işlerin nasıl yürüdüğü"dür şeklinde belirtmektedir. Diğer bir deyişle örgütsel kültür, "burada işler böyle yapılır" şeklinde tanımlanmaktadır.

Güvenlik kültürünün oluşturulmasında yasa ve kuralların bulunması çok önemlidir ancak, bu konudaki esas etkenin toplumsal kültür ve kuruluş/işletmelerde hakim örgütsel kültür olduğu göz ardı edilmemelidir. Güvenlik kültürü kavramı 1990'lı yıllarda Çernobil raporu sonucunda duyulmuştur ve içerik olarak; çalışanların ya da kuruluşların olası riskleri akılcı yaklaşım ile inceleme, öncelik sırasına alma ve bu olası durumları engelleyebilecek önlemleri olaylar meydana gelmeden önce almak için gerekli değer ve tutumları diğer bir ifade ile kültürü açıklamaktadır (Koydemir ve ark., 2014). Reason (2000) güvenlik kültürünü; çalışanların ya da örgütlerin/kurumların zarar/kayıp yaşamaması ve amaçlarına kavuşması için risk ve tehlikelerle başa çıkabilme yetisi olarak tanımlamış ve güvenlik kültürünü beş farklı boyutta açıklamıştır. Bunlar: bilinçli kültür, raporlama kültürü, adil kültür, esnek kültür ve öğrenen kültürdür. Reason raporlama kültürünün temelini güvenin oluşturduğunu vurgulamıştır. Raporlama kültürünün diğer önemli özelliklerini ise organizasyonun güvenlikle ilgili bilgileri toplamak, analiz etmek ve yaymak için gerekli becerilere ve kaynaklara sahip olması ve en önemlisi de, bu verilere göre hareket etmeye ve bunlardan öğrenmeye istekli bir yönetiminin bulunması olarak açıklamıştır.

Lowery'den aktaran Akalın (2004) hasta güvenliğinin kurum kültürünün alt kültürü olarak yerleşmesi için kurumlarda; hataya açık alanların saptanmasını, hatalı uygulamaların korkmadan raporlanabildiği ve cezalandırmanın olmadığı bir ortamın sağlanmasını, hataya açık girişimlerde çözüm yolları geliştirilmesi ve güvenlik için kuruluşların bütçe planlaması yapmasının gerekliliğini açıklamaktadır.

Güvenlik kültürü konusu sağlık sektöründen önce nükleer enerji, madencilik ve taşıma sektörlerinde ilgi odağı olmuştur. Sağlık sisteminde de hatalarla ilişkili zararların azaltılması

ve riskli olayların saptanarak, raporlanması ile güvenlik bilincinin geliştirilmesi konularının önemi üzerinde durulmaya başlanmıştır. “Hasta Güvenliği Kültürü” Türkiye’de gündemde yer almaya başlayan bir kavram haline gelmiştir (Dursun ve ark., 2010). Etkili ve güvenilir zeminde bir hasta güvenliği kültürü yaratmak için bildirim/raporlama sistemlerinin önemi üzerinde durulmalı ve sağlık profesyonelleri bunlara ilişkin cesaretlendirilmelidir (IOM, 2000; Reason, 2000). Hasta güvenliği kültürü, hatalı uygulamaların açığa çıkmasını sağlayacak tutum /davranışların gelişmesi, hataların zararlarının azaltılabilmesi için hatanın ortaya çıkarılmasının esas olduğunun benimsendiği bir kurum kültürünün yaratılması ile gerçekleştirilebilir. Ayrıca tüm sağlık profesyonelleri ve hasta/hasta yakınları bu konuda üzerlerine düşen sorumlulukları üstlenerek katkı sağlayabilirler.

Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünü algılamalarını değiştirme ve güvenlik kültürünü özümsemelerini sağlamak şarttır (Filiz, 2009; VanGeest ve Cummins, 2003). Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliği konusunun o kuruluş için önemsenilen bir değer olarak benimsenmesidir ve kalite çalışmalarının da bir parçasıdır (TTB, 2011). Akgün (2014) hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için; “önce zarar vermeme” ilkesinin dikkate alınmasını, konuya ilişkin politikaların hazırlanmasını, sağlık profesyonellerinin konu hakkında bilgilendirilmesini, beklenmeyen olayların takibi/kaydının yapılması, kıl payı olayların önemsenmesi ve yöneticilerin tüm bu süreçte sorumluluklarını yerine getirmesi gerektiğini belirtmektedir.

Serembus (2014) çalışmasında hasta güvenliği kültürü modelini anlatmaktadır. Buna göre hasta güvenliği kültürü “çevre”, “iletişim” ve “liderlik” olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. **Çevre Bileşeni:** hemşire-hasta oranlarını iyileştirme, eğitimli hemşire oranının artırılması, iş yükünü azaltma, ekip çalışması, stresi kabullenme ve iş doyumu; **İletişim Bileşeni:** güvene dayalı açık iletişim, ekip üyeleri arasında bilgi paylaşımı, güvenlik, çatışma çözümü, hasta transferi ve teslimi hakkında örgütsel ve bireysel öğrenme; **Liderlik Bileşeni:** güvenliğe adanma, beklenmeyen olayların bildirimini-analizi hakkında cezalandırıcı olmayan yaklaşım, güvenlik ölçümü, hata ile ilgili geribildirim-iletişim, çalışan eğitim-öğretimi ile ekipman yeterliliği olarak açıklanmaktadır. Morello ve ark’ın (2013) sistemik inceleme çalışmasında da hasta güvenliği kültürü modeli açıklanmıştır. Modelde hasta güvenliği kültürü; ortak inanç, tutum, değer, kural ve çalışan davranışlarını içeren örgütsel/kurumsal kültürün bir alt bileşeni olarak sunulmuştur. Aynı zamanda modelde, hasta güvenliği

kültürünün bireylerin hasta güvenliği hakkındaki tutum ve davranışlarını etkilediği açıklanmıştır.

Güvenlik kültürü algısına yönelik yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalar, henüz Türkiye'deki hastanelerde yerleşik bir güvenlik kültürü bilincinin oluşmadığını göstermektedir. Ancak yine de kurumdan kuruma hasta güvenliği kültürünün birbirinden oldukça farklı olduğu, ortak bir yapıdansa kurumsal çabaların önemli olduğu belirtilmektedir (Dursun ve ark., 2010). Güvenliği temel alan girişimleri yerine getiren kuruluşlarda, güvenlik kültürünün olumlu yönde değiştiği ve hastaların daha az zarar gördükleri görülmektedir (Korkmazer ve ark., 2016). Hasta güvenliğinin geliştirilmesi için konunun kurumlarda öncelikli olarak yer alması ve konu hakkında gerekli girişimlerin ülkemizde başlatılması ve de yaygınlaştırılması gerekmektedir (Akalin, 2004).

2.12. Literatürde Hasta Güvenliğini Geliştirme/İyileştirme Konusunda Çalışma Sonuçlarına Dayalı Öneriler

Hasta güvenliğini geliştirme/iyileştirme konusunda, literatürde yer alan çalışmaların daha çok hasta güvenliği kültürü üzerinde odaklandığı ve önerileri bu doğrultuda belirlediği görülmektedir. Konuya ilişkin güncel çalışma sonuçlarına dayalı öneriler şu şekildedir:

- Hasta güvenliği kültürüne ilişkin düzenli ölçümlerin yapılması önerilmektedir (Hisar ve ark.,2015; Karaca ve Aslan, 2014). Verbakel ve ark'ın (2015) çalışmasında, güvenlik kültürü anketi uygulamalı bir çalıştay eşliğinde uygulanmış ve daha başarılı olduğu gözlenmiştir. Çalıştayda, başlangıç tartışması ve ortak hedeflerin görüşülmesinin hasta güvenliğini geliştirmek için öğrenmeye istekli gruplarda sahiplenme ve bağlılık duygularını güçlendirdiği ortaya çıkmıştır. Ayrıca çalışmada, ekip toplantıları ve günlük etkileşimlerin, daha fazla işbirliğini geliştirdiği, böylece hasta güvenliğinin ortak ve bilinçli bir hedef haline geldiği sunulmaktadır.
- Hasta güvenliği konusunda düzenli eğitimlerin, çalışan bilgilendirmelerinin, hizmet içi eğitimlerin ve kursların yapılması önemlidir (Ahmed ve ark., 2013; Arslan ve ark., 2015; Coyle ve ark., 2005; Hisar ve ark., 2015; Jansma ve ark., 2011; Karaca ve Aslan, 2014; Rızalar ve ark., 2016; Somyürek ve Uğur, 2016; Vural ve ark., 2015).
- Hata oluştuğunda güvenle raporlanabilmesi amacıyla cezalandırıcı olmayan beklenmedik hata ve olay rapor etmeye odaklanması, etkin bir hata bildirim sistemi kurularak olumlu

tutum içerisinde iletilmesi, önerilen önemli bir konudur. Çünkü olay raporlama sisteminin sağladığı veriler, hatalı süreç ve uygulamaların seçilmesinde, belirlenen hataların azaltılması için gerekli faaliyetlerin planlaması ve uygulanması için son derece önemli bir bilgi kaynağıdır (Altındış, 2010; Rızalar ve ark., 2016; Somyürek ve Uğur, 2016). Basit, kısa, kullanışlı, web tabanlı ve isimli raporlama araçları ile raporları inceleme süreci ve düzenli geri bildirim sağlamanın gönüllü raporlamayı önemli ölçüde geliştirdiği belirtilmektedir. Ayrıca olay bildirimini hatırlatıcı faktörler, düzenli kişisel ve grup geri bildirimi, güncellemeler ve haftalık liderlik turunu içeren çok yönlü yaklaşımların raporlama oranlarında önemli ölçüde artış sağladığı sunulmaktadır (Capucho ve ark., 2013; İlan ve ark., 2011).

- Kurumlarda hasta güvenliği kültürünün geliştirilebilmesi için öncelikle yöneticilerin bu konudaki inanç ve tutumlarının ele alınarak bu konuda iyileştirmelerin gerçekleştirilmesi ayrıca elde edilen veriler doğrultusunda hasta güvenliği kültürüne yönelik kurumlar arası kıyaslamaların yapılarak, eksik/geliştirilmesi gereken alanlarda çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir (Karaca ve Aslan, 2014).
- Morello ve ark.'ın (2013) sistemik inceleme çalışmasında, hastanelerde hasta güvenliği kültürünü iyileştirme stratejileri 11 farklı başlıkta sunulmaktadır. Bunlar; liderlik programı, yapılandırılmış eğitim programları, ekip temelli stratejiler, simülasyona dayalı eğitim programları, çok yönlü birim bazlı programlar, çok bileşenli örgütsel müdahaleler ve diğer stratejiler olarak açıklanmıştır.
- Swanson ve Tidwell (2011) çalışmasında dönüşümcü liderlik, yapısal güçlendirme, örnek profesyonel uygulamalar, yeni bilgi/inovasyon /gelişmeler, ampirik kalite sonuçlarından oluşan magnet bileşenleri programı ile hasta güvenliği kültürünün iyileştirildiğini belirtmektedir.
- Örgütsel güvenlik kültürünü geliştirmek için çalışanların tutumları ve girişimler üzerinde durulmaktadır (The Health Foundation, 2011). Bu doğrultuda hasta güvenliğinin algı, tutum ve davranışlar bağlamında incelenmesi ise kaçınılmazdır (Tak, 2010). Ayrıca hata bildirim sistemlerinin etkinliğinin örgüt kültürü gibi faktörlere bağlı olduğu da bildirilmektedir (Yılmaz, 2009).
- Wong ve Beglaryan (2004) hastanelerde hasta güvenliğini iyileştirmek için klinik ve örgüt düzeyinde bazı stratejiler sunmuştur. Klinik düzeyde sunulan stratejiler; ekip içi iletişimin geliştirilmesi, advers olayların bildirimi, hastaların farkındalık/ bilinçlenmesinin artması ile

tedavi sürecine katılımını sağlama ve protokol/ yönergeler geliştirilmesidir. Örgütsel düzeyde sunulan stratejiler ise; insan kaynakları yönetimi, güvenlik kültürü için liderlik, hataların hasta/hasta yakınına açıklanması ve sağlık çalışanlarına güvenlik kültürü eğitimlerinin verilmesidir.

- Yapılan çalışmalar hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarında ve tıbbi hataları tanımlama, engelleme ve iyileştirmede önemli sorumlulukları olduğu ve hemşirelerin hataları önlemede hayati bir role sahip olduğunu göstermektedir (Choo ve ark., 2010; Çırpı ve ark., 2009; Elliott ve Liu, 2013; Gaffney ve ark., 2016; Gökdoğan ve ark., 2009; Toruner ve Uysal, 2012). Lissa ve ark'ın (2015) çalışmasında hemşirelerin %25'i tıbbi hataları engelleme konusunda orta; %75'i ise iyi düzeyde bilgi sahibi oldukları bulunmuştur. Ancak hemşirelerin sahip olduğu bu önemli rollerin günümüzde benzersiz ancak görünmez bir rol olduğu ve tıbbi hataları iyileştirme yeteneği açısından bireysel ve örgütsel faktörlerin net olmadığı belirtilmektedir (Gaffney ve ark., 2016).

2.13. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi, Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli (OC³ Model)

Hasta güvenliği sistemi kurmak bir değişim yönetimini gerektirmektedir ve bu nedenle de bir değişim projesi olarak tasarlanarak uygulanması önerilmektedir (Altındış, 2010). Bu çalışmada hasta güvenliği raporlama kültürünün oluşturulabilmesi amacıyla, bir örgütsel değişimi başlatabilmek için Latta tarafından (2009) geliştirilen “**Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli (OC³ Model)**” kullanılmıştır (Şeki 1). Model örgüt kültürünün, örgütsel değişim üzerine etkisini ve değişimin nasıl olduğunu açıklamakta, ayrıca değişimi gerçekleştirebilmek için gerekli olan rol ve stratejilere de yol göstermektedir. Modelin her aşamasında değişim için örgütsel kültürün etkisini öngörme ve katkısını düşünmeye yer verilmektedir. Modelde, örgütsel değişimin her aşamasında kültürel etkinin doğası ve yönü açıklanmaktadır ayrıca örgüt kültürü, kurumsal değişimin uygulanmasına yönelik çabaların başarısını belirlemede önemli bir değişken olarak ele alınmaktadır. OC³ Model'i açık sistemler teorisine dayalıdır ve değişim süreci boyunca bir örgütsel dengeyi teşvik eden geribildirim döngüleri içermektedir. Bu döngüler aynı zamanda modelin üç alanını oluşturmakta olup birbirine bağlı olarak çalışan liderlik, değişim yönetimi ve örgütsel davranış döngüsüdür. Liderlik döngüsü; kültürel analiz, vizyon oluşturma, değişim girişimlerini ve uygulama stratejilerini geliştirme ile örgütsel kültüre ilişkin öngörülen

Modelde ilk aşamayı hazır oluşluğun belirlenmesi ve kültürel analiz oluşturmaktadır. Model, kültürel analizi sembolik yaklaşım ile açıklamaktadır. Sembolik yaklaşıma göre kültürün analizi ise bir kurumda çalışanlar tarafından olayların yorumlanması, deneyimlerin anlamı, durumların yaygın anlayışı esaslarına dayanmaktadır. Genellikle süreç modellerinin ilk adımını oluşturan kültürel analiz ile var olan durum ile olması gereken arasındaki farklılığın ortaya çıkarılabileceği açıklanmaktadır. Değişim için hazırlığın değerlendirilmesinde kültürel analizin ayrılmaz bir parça olduğu vurgulanmaktadır.

Modelin ikinci aşamasını, ilk aşamada elde edilen veriler doğrultusunda, mevcut örgüt kültürü bilgisinin şekillendirdiği bir vizyon yaratma oluşturmaktadır. Model, bir vizyon yaratmanın değişim için bir çerçeve oluşturduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda örgütün kültürel elementlerinin değişim sürecine dahil edilmesinin, süreci takip eden diğer adımlarda daha güçlü, canlandırıcı bir destek yaratılabileceğinden bahsedilmektedir. OC³ Modeli, bir organizasyon içindeki alt kültürel çeşitliklerin farkında olmayı içeren örgüt kültürü bilgisinin değişim için etkili bir vizyonu şekillendirmede ayrılmaz bir rol oynadığını açıklamaktadır.

Modeldeki üçüncü aşama, girişimlerinin belirlenmesidir. Değişim ajanları tarafından değişimi gerçekleştirmesi planlanan özel girişimlerinin geliştirilmesi bu aşamada yer almaktadır. Değişim ajanlarının stratejik girişimlerini geliştirme sürecinde kültürel dinamikleri göz önünde bulundurmasının, amaçlarına ulaşmada çok daha başarı sağlayacağı belirtilmektedir. Bu aşamada belirlenen planlı değişim girişimlerinin, liderler tarafından belirlenen ve korunması gereken davranış kuralları ve değerler ile tutarlı olmasına dikkat edilmesi gerektiği bildirilmektedir. Bu aşamada kurumun vizyonu, değerleri ve mevcut davranış kuralları ile uyumsuzluğun değişimi olumsuz etkileyeceği vurgulanmaktadır. Planlama aşamasını açıklamakta olan bu aşamada, kurumsal kültür bir organizasyonda değişim için hazır olma unsurlarını belirleme ve liderlerin tercih edilen gelecek vizyonunu şekillendirmekte etkili olarak sunulmaktadır (Şekil 1).

Modelin dördüncü aşaması; stratejilerin kültürel bilgiyi yansıtması-etkin uygulama stratejilerinin örgüt kültürünün farklı yönlerini yansıtması oluşturmaktadır. Bu aşamada bir önceki aşamada belirlenen girişimlerinin uygulanması açıklanmaktadır. Girişimlerin uygulanması ile örgütsel kültüre yansıyan bir etkinin oluşacağı üzerinde durulmaktadır. Bu aşamada planlanan bir değişim için girişim hedefleri belirlendikten sonra, kurum liderlerinin istenen değişiklikleri uygulamak için en etkili yöntemleri belirlemesi gerektiği

açıklanmaktadır. Uygulama stratejilerine yansıyan kültürel faktörlerin girişimlere hız kazandıran örgüt kültürü yönlerinden farklı olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca liderlerin kültürün çok boyutlu olduğunu kabul etmesi gerektiği ve bir girişim uygulamasında yalnızca bir değişim hedefi olarak tanımlanan boyutlardan çok daha fazla diğer faktörlerin etkin rol oynayacağını kabul etmek gerektiği belirtilmektedir. Uygulama stratejilerinin değişim girişimleri tarafından dikte edilmediğini ve arzulanan sonucun sağlanması için gerekli olan kültürel yönleri güçlendirmek ve karşılamak üzere tasarlanabileceğini göstermektedir. Modelin bu aşamasında kurum kültürünün temel bir yönünü değiştirmek ya da temel olarak örgüt kültürüyle tutarlı bir değişiklik yapmak amaçlandığında kültürel bilginin, değişim uygulamak için strateji ve taktik hazırlamada liderler için değerli bir araç olabileceği açıklanmaktadır.

Modelin beşinci aşaması, değişim girişimleri ve uygulama stratejilerinin örgüt kültürünü uyarlama ya da zorlama yoluyla etkilemesi/ şekillendirmesi oluşturmaktadır. Bu aşamada, değişimin örgüt kültürünü, örgüt kültürünün ise uygulama stratejilerini karşılıklı olarak etkilediği, değişim girişimleri ve uygulama stratejilerinin, örgüt kültürünü etkilemek için açık veya örtülü niyet içerebileceği ve değişim girişimlerinin, mevcut kültürel ilkeleri değiştirmek ya da güçlendirmek üzere tasarlanabileceği belirtilmektedir. Ayrıca bu aşamada liderler, değişiklik yapılması hedeflenen örgüt kültürü boyutları ve korunması ya da güçlendirilmesi amaçlanan boyutları belirlemeye çağrılmaktadır. Beşinci aşamada değişimin bir süreç yaklaşımı ile ele alınması ve tüm yönlerinin gözden geçirilmesi vurgulanmaktadır (Şekil 1).

Modelin altıncı aşamasında, değişim için uygulanan stratejilerinin örgüt kültürü üzerinde yaratacağı etkiye katkısı olan, kültürün örtük elementlerine yer verilmektedir. Örgüt kültürünün örtülü unsurları, planlama sırasında beklenmedik şekilde belirgin olarak ortaya çıkan kurumsal dinamiklerdir. Değişimin başarısında olumlu ya da olumsuz katkısı olabileceğinden örtük kültürel yapıların uygulama aşamasında dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir. Bu aşamada değişime direnç ile karşılaşılabilmesi belirtilmektedir. Ayrıca değişim sürecinde kültürün arabulucu/aracılık etkisinin değerli olduğu ve değişim sürecini hızlandırabileceği gibi engelleyebileceği de vurgulanmaktadır.

Modelin yedinci aşamasını orta düzeyde çıktılar-kültür, örgütsel değişim sonuçları üzerinde moderatör bir etki uygulamaktadır anlayışı oluşturmaktadır. Bu aşama değişimin sonuçları aşamasıdır. Yukarıda açıklanan örgütsel kültürün aracılık/arabuluculuk etkileri,

değişimin uygulanması süreci ve değişim girişimlerinin doğası üzerinde etkili olmaktadır. Buna ek olarak, kültürel dinamikler, değişim uygulamalarının sonuçları üzerinde ılımlı bir etkiye sahiptir. Örgütsel dinamikler üzerinde etkili olan ılımlı etki değişim hedeflerinin örgüt içinde bir bütün olarak gerçekleştirilme derecesini belirlemektedir (Şekil 1).

Modelin sekizinci ve son aşaması tamamlayıcı etkidir. Bu aşamada örgütsel değişimin, örgüt kültürü üzerinde tamamlayıcı bir etkiye sahip olduğu açıklanmaktadır. Örgütsel değişimin başlaması ile kültürel değişime katkı/ yardım sağlanabileceği belirtilmektedir (Latta,2009; Latta, 2015).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın nicel aşaması; tek grup, girişim öncesi-sonrası değerlendirme modelinin kullanıldığı yarı deneysel; nitel aşaması ise tanımlayıcı nitel araştırma yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

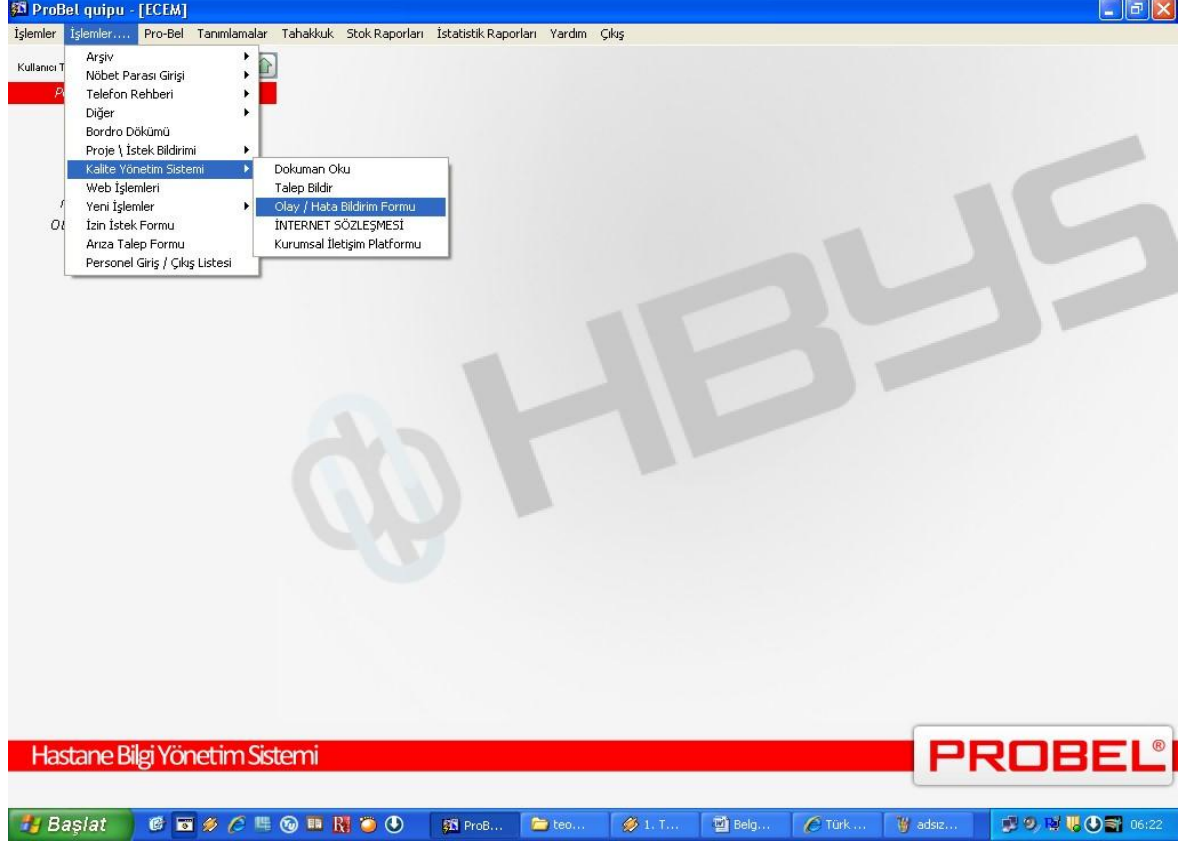
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir’de bir eğitim ve araştırma hastanesinde tüm birimlerde yürütülmüştür. Temmuz 2012’de literatür taramayla başlayıp, Mayıs 2017 tarihinde bitirilmiştir.

Çalışmanın yapıldığı hastane 1100 yataklı, 37 yataklı klinik, altı yoğun bakım birimi, merkezi ve kalp damar cerrahi ameliyathanesi, acil tıp kliniği, poliklinik hizmetleri ve ayaktan tedavi/ tanı-tetkik birimleri ile hizmet vermekte olan bir bölge hastanesidir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak çalışmakta olan kurumda, hasta güvenliği kapsamında gerekli çalışmaları Kalite Yönetim Birimi (KYB) yürütmektedir. Ayrıca kurumda birime bağlı olarak Hizmet Kalite Standartları önerisi ile kurulmuş olan Hasta Güvenliği Komitesi oluşturulmuştur. Komitede farklı mesleklerden sağlık çalışanları bulunmaktadır. Belli aralıklarla toplanan komitenin görevi, kurumda güvenlik olaylarının değerlendirilmesi ve hataların kök neden analizlerinin yapılmasıdır. KYB hasta güvenliği alanında yürütmekte olduğu çalışmalarda Sağlık Bakanlığı’nın belli aralıklarla yayımlamakta olduğu Hizmet Kalite Standartlarını kılavuz olarak kullanmaktadır.

Bu çalışmanın yürütülmeye başlandığı süreçte Sağlık Bakanlığı’nın en son yayımlamış olduğu 2011 yılı Hastane Hizmet Kalite Standartları’nda (HHKS) yer alan bildirim yapılması gereken olaylar “ilaç güvenliği”, “transfüzyon güvenliği”, “cerrahi güvenlik”, “hastaların düşmesi” “kesici delici alet yaralanmaları” ve “kan ve vücut sıvıları ile temas” konuları olarak belirlenmiştir (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011). Bu çalışmada da Sağlık Bakanlığı’nın 2011 yılı HHKS’de yer alan bildirim yapılması gereken olaylardan seçilen “ilaç güvenliği”, “transfüzyon güvenliği”, “cerrahi güvenlik” ve “hastaların düşmesi” konuları değerlendirilmiştir.

Çalışmanın yürütüldüğü kurumda olay/hataları bildirmek için Probel Programında (otomasyon ortamında) kullanılan “**OLAY/ HATA BİLDİRİM FORMU**” mevcuttur. Bildirim formu sistemi deneme/ örnek hali ile Şekil 2’de gösterilmektedir.



Şekil 2. Olay/Hata Bildirim Formu Sistemi

Olay Bildirim

☐ Doldurulması Zorunlu Alanları Gösterir

Maruz Kalan ☒ Çalışan ☐ Hasta ☐ Diğer

Olay Tarihi: 14/11/2012 06:27
 Adı Soyadı: ECEM YAPRAK
 Olay Yeri: BAŞHEMŞİRELİK
 Cinsiyeti: ☒ Erkek ☐ Kadın Yaş:
 Görevi:
 Protokol:
 Servis:
 Tanı:
 Hasta Tipi: --- Oda:

Olay Oluş Bilgileri

Olay Grubu:
 Olay Tipi:
 Olay Detay:

Gözlem Bilgileri

Uygunuzur Ürün Tipi: ☐ İlaç ☐ Demirbaş ☒ Diğer
☐ Tıbbi Malzeme ☐ Tıbbi Olmayan Malzeme

İlaç:
 Tıbbi Malzeme:
 Tıbbi Olmayan Malzeme:
 Demirbaş:
 Diğer Ürün:

Koruyucu Ekipman Varmıydı? (Eldiven Vb.) ☐ Evet ☒ Hayır

Açıklama

Değerlendirme

Tarih: Değerlendiren:

Sonuçlandırma

Tarih: Sonuçlandıran:

Şekil 2a. Olay/Hata Bildirim Formu Sistemi

Maruz Kalan ☒ Çalışan ☐ Hasta ☐ Diğer

Olay Tarihi: 14/11/2012 06:31
 Adı Soyadı: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 Olay Yeri: NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM
 Cinsiyeti: ☒ Erkek ☐ Kadın Yaş:
 Görevi:
 Protokol:
 Servis:
 Tanı:
 Hasta Tipi: --- Oda:

Olay Oluş Bilgileri

Olay Grubu: Hasta Güvenliği
 Olay Tipi: Transfüzyon Güvenliği
 Olay Detay: Kan merkezinden yanlış kan ürününün gelmesi

Şekil 2b. Olay/Hata Bildirim Formu Sistemi

Bu form sistemi ile olay ve hata bildirimleri yapılabilmektedir. Bu formun otomasyon ortamında doldurularak kaydedilmesi durumunda ekrandaki bilgiler KYB'ne iletilmekte ve bildirimler kayıt altına alınmaktadır. Bildirim sistemi kullanıcılar tarafından bireysel şifreler ile açılmaktadır. Sistem içeriği hasta, çalışan ve tesis güvenliği konularına göre gruplandırılmıştır. Ekranda doldurulması zorunlu alanlar tanımlanmıştır. Bunlar: olay tarih/saati, olaya maruz kalan kişinin ad/soyad bilgisi, olay yeri ve olay grubudur. Formun sağ üst tarafında olayın açıklaması ve öneri/talep kısmı vardır. Değerlendirme alanı ise bildiri yapılan olaya yanıt veren ilgili yönetici cevabının yer aldığı sağ alt kısımdadır.

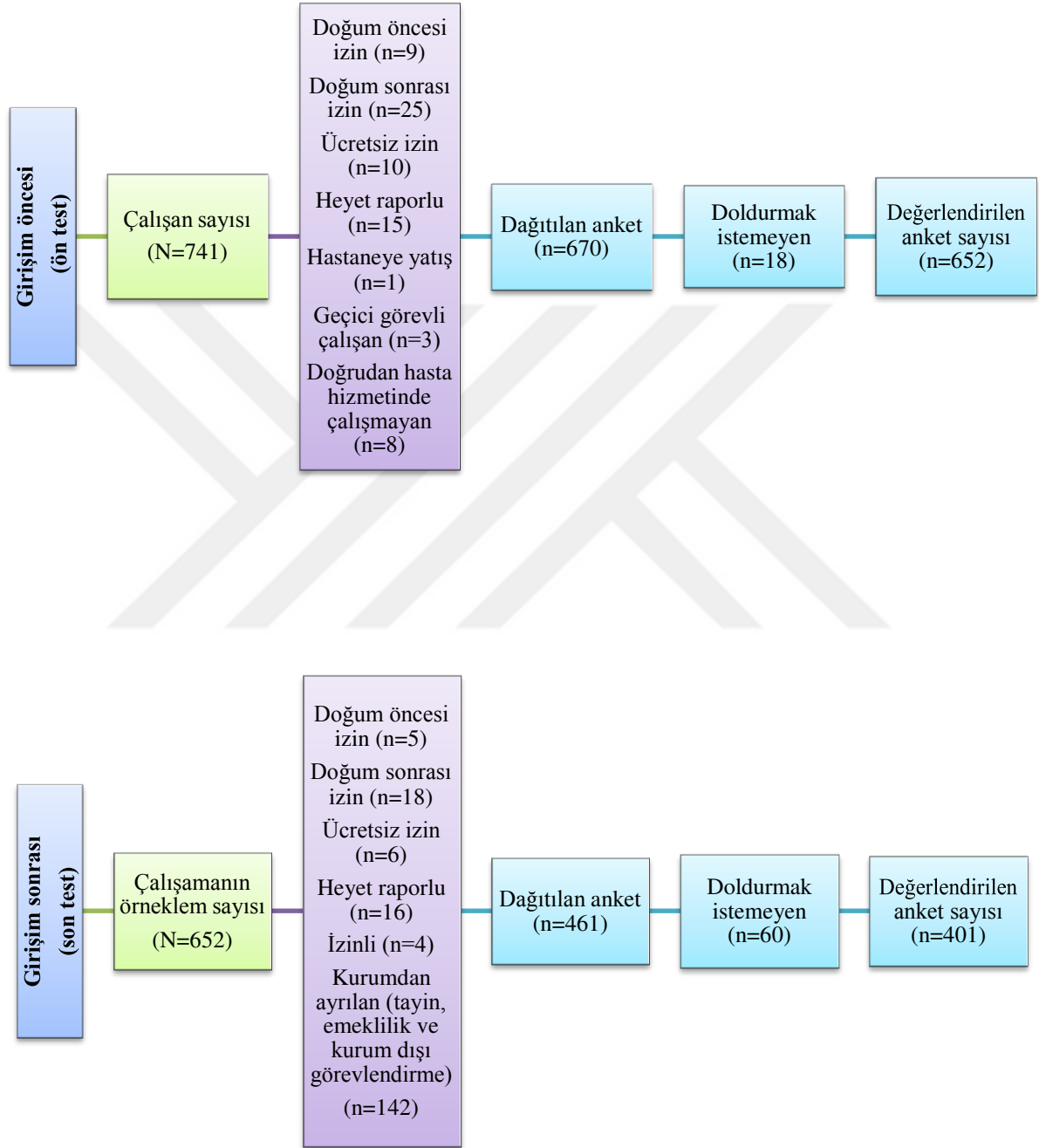
Bildirim yapıldığında sisteme giriş yapan kişinin ad/soyad bilgisi formun öneri/talep bölümünün altında (bildiren kısmında) görülmektedir. Ekranda doldurulmayan ve tıkladığında çalışmayan alt parametreler mevcuttur (ilaç, tıbbi malzeme, tıbbi olmayan malzeme, demirbaş vb gibi). Bildirim sistemi 2007 yılından itibaren kurumda otomasyon ortamında mevcut olan ancak sık sık hata veren ve aktif kullanılmayan niteliktedir. Ayrıca sistem her kullanıcıya tanımlanmamış olduğu için çalışanın sisteme ulaşmasında da sıkıntılar yaşanmaktadır. Sistemde hasta tipi, protokol ve tanı gibi alt bilgi isteme alanları mevcuttur. Ayrıca hasta ile ilgili yapılan bildirimlerde hasta protokolü girilmeden bildirim yapılamamaktadır. Bildirim sistemi işlevi dışında farklı olayların bildiri için çok sık kullanılmaktadır (Kağıt havlu eksikliği, malzeme sıkıntısı, hırsızlık vb).

Bildirilmesi gereken olaylardan “Düşme Olayı Bildirimleri” ise Kalite Dökümanları içerisinde yer alan “Düşme Olayı Bildirim Formu” ile elden doldurularak yapılmaktadır. Bu formun çıktısı alınarak doldurulduktan sonra hastanenin KYB'ye iletilmesi gerekmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın nicel bölümü için; araştırmanın evrenini İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan tüm hemşire, sağlık memuru/ toplum sağlığı/diyaliz teknisyeni, ebe ve acil tıp teknisyenleri oluşturmaktadır (N=741). Araştırmaya kurumda en az altı aydır çalışmakta olan, doğrudan hasta bakımından sorumlu ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşire, sağlık memuru/ toplum sağlığı/diyaliz teknisyeni, ebe ve acil tıp teknisyenleri alınmıştır. Kurumda altı aydır çalışmış olma kriteri; çalışanların birim ve kuruma uyum süreci ve kurumsal kültürü benimsemesi açısından önemli olduğu düşünülerek uygulanmıştır. Araştırmanın girişim öncesinde (ön test) çalışmaya 652 kişi gönüllü olarak katılmıştır. Araştırmanın girişim sonrası (son test) örneklemi, girişim öncesi ölçümlerle eşleşen toplam

401 kişi oluşturmuştur. Veri toplama aşamasında ulaşılan ve ulaşılamayan çalışan sayıları Şekil 3’de sunulmuştur.



Şekil 3. Araştırmanın Örneklem Dağılımı

Nitel araştırma yöntemine uygun derinlemesine bireysel görüşme ile sürdürülen aşamada, gönüllü olan çalışanlardan birim, yaş, eğitim düzeyi ve mesleki deneyim süreleri kriteri değerlendirilerek amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların seçiminde; genç, orta ve ileri yaşta; eğitim düzeyi (lise, ön lisans, lisans ve lisans üstü) ve mesleki deneyim süresi (acemi, uzman, emeklilik sürecine yakın) farklı olan ayrıca kurumdaki her birimden (dahili, cerrahi klinikler, yoğun bakım, acil servis, ameliyathane ve tetkik birimleri) çalışanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Görüşmelere, veriler kendini tekrar etmeye başlayıncaya kadar devam edilmiş ve 13 çalışan ile bireysel görüşmeler yapılmıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada çalışma materyali olarak veri toplama araçları “Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Soru Formu” (Ek 1), “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” (Ek 2), “Nitel Aşama için Sosyodemografik Özellikler Soru Formu” (Ek 3), “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” (Ek 4), “Strateji Planı” (Ek 6), “Çalışanlar için Eğitim İçeriği” (Ek 7), “Bildirim Sistemi Revizyon Çalışması” (Ek 8), “Hemşirelik ve Hasta Güvenliği Sempozyum Programı” (Ek 9), “Olay/Hata Bildirimi Analiz Formu” (Ek 10), eğitim videoları ve ses kayıt cihazı (Olympus model: VN713PC Demirbaş no: 255.2.5/13/128141) kullanılmıştır.

3.4.1. Girişim Öncesi Hazırlık Aşaması

Kurumda otomasyon ortamında mevcut bulunan “Olay/Hata Bildirim Formu Sistemi”nin (Şekil 2) çalışanların çoğu tarafından bilinmemesi nedeni ile girişim öncesi hazırlık aşamasında öncelikli olarak sistemin çalışanlara tanıtımı yapılmıştır. Sistemin tanıtımı sekiz aylık bir sürede araştırmacı tarafından, toplu ve tek tek eğitimler ile yapılmıştır. Bildirim sistemi, çalışanlara bilgisayarda otomasyon ortamı üzerinden sistemin kullanım amacı, sisteme giriş ve örnek bildirim yapma yöntemi ile açıklanmıştır. Etik yaklaşım ve konunun önemi nedeni ile bildirim sistemi klinikte görev yapan tüm çalışanlara anlatılmıştır. Toplamda 1130 sağlık çalışanına bildirim sistemi tanıtılmıştır. Ayrıca kuruma yeni başlayanlar için zorunlu olan kurum uyum eğitimlerine araştırmacının tanıtımını yaptığı sistem bilgilendirme konusu aynı içerikte eklenmiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda yeni bir sistemin tanıtılması ya da uygulanmasından sonra en az iki ve üç aylık bir zaman sonunda değerlendirme yapıldığı belirlenmiştir (Weingart et al., 2000; Weingart et al., 2001; Wu et al.,

2002). Bu nedenle bu çalışmada da benzer olarak sistem tanıtıldıktan sonra üç aylık bir bekleme süresi tanınmıştır.

Bekleme süresi sonunda ilk olarak “Soru Formu”(Ek 1) ve “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ)” (Ek 2) araştırmanın yürütüldüğü hastanede görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden çalışanlara araştırmacı tarafından dağıtılmış ve geri alınmıştır (n=670). Eş zamanlı olarak hastanenin bildirim sistemindeki verilerden olay/hata bildirim sayıları belirlenmiştir. Sonraki aşamada; özellikle korku nedeni ile hata bildirimlerinin yapılmadığı literatür bilgisi (Alsafi ve ark., 2015; Bairami ve Taleghani, 2016; Kahriman ve Öztürk, 2016; Nwozichi, 2015; Soydemir ve ark., 2016) doğrultusunda çalışmanın niteliksel bölümünde detayları anlatılacak olan “Korku Kültürünün Ortadan Kaldırılmasına Yönelik Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” (Ek 4) ile 13 çalışan ile bireysel görüşmeler yapılarak konuya ilişkin görüşleri belirlenmiştir. Girişim öncesi hazırlık aşamasında ayrıca kurumun yöneticileri (SBHM ve Başhekim Yardımcısı), tez danışmanı ve araştırmacı bir araya gelerek, kurumda yapılacak çalışmalar hakkında gerekli bilgiler verilmiş, iş birliği yapma ve destek alma konularında görüşmeler yapılmıştır.

3.4.2. Strateji Aşaması

Hemşireler için kanıta dayalı el kitapçığında hasta güvenliği ve bakım kalitesini iyileştirmek için en iyi stratejileri belirlemenin önemli olduğu ve gerektiğinde değişim yaratmak için stratejileri değiştirmekte istekli olunması gerektiği belirtilmektedir. Kitapçıkta diğer kuruluşlarda başarılı olan tüm stratejilerin kendi kuruluşumuzda başarılı olmayabileceği ve bazı müdahalelerin çok küçük bir örneklem büyüklüğünde etki gösterse de bunları kendi kurumumuzda olası bir strateji olarak düşünülmesi gereken bilgiler olarak değerlendirilebileceğimiz iletilmektedir. Ayrıca değişim girişimlerinin seçiminde ya kanıta dayalı, ya da kuruluşun içinden gelen veri ve bilgilere (olay raporları gibi) dayalı bir yol izlenmesi önerilmektedir (Hughes, 2008).

Kanıta dayalı el kitapçığı önerileri dikkate alınarak bu doğrultuda THTÖ sonuçları, bireysel görüşme analizleri ve konuya ilişkin literatür bilgisi birlikte değerlendirilmiş ve çalışmanın girişim stratejileri oluşturulmuştur. Stratejilerin nasıl oluşturulduğuna ilişkin detaylı içerik Ek 6’da sunulmuştur. Yapılan çalışma sonucunda çalışmanın stratejileri:

Strateji 1: Tıbbi Hatalar ve Bildirimi Konusunda Eğitimler Verilmesi

Literatürde hasta güvenliği konusunda düzenli eğitimlerin, çalışan bilgilendirmelerinin, hizmet içi eğitimlerin yapılmasının önemli olduğu belirtilmektedir. Ayrıca hasta güvenliğini iyileştirme, raporlamaları artırma öneri/stratejilerinden birisi eğitim olarak sunulmaktadır (Arslan ve ark., 2015; Çakır ve Tütüncü, 2009; Hisar ve ark., 2015; Karaca ve Aslan, 2014; Morello ve ark., 2013; Rızalar ve ark., 2016; Somyürek ve Uğur, 2016; Vural ve ark., 2015; Wong ve Beglaryan, 2004). Bairami ve Taleghani (2016) çalışmasında tıbbi hataların tekrarlanmasını önlemek için ana politikalardan birinin, sağlık çalışanlarının hatanın ve kıl payı hatanın ne olduğu hakkında bilgilendirilmesi olduğunu belirtmektedir. Coyle ve ark.'nın (2005) çalışmasında hasta güvenliği eğitim programına katılma ile tıbbi olayları bildirme konusundaki tutum ve davranış değişimi arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Jansma ve ark.'nın (2011) çalışması, hasta güvenliği eğitiminin katılımcıların bilgi, beceri ve tutumları üzerinde kısa ve uzun vadede olumlu etkilere sahip olduğunu ayrıca raporlama davranışını da orta düzeyde etkilediğini açıklamaktadır. Bir diğer çalışmada ise istenmeyen olaylar ve güvensiz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla tasarlanan hasta güvenliği eğitimi bir kurs programı ile uygulanmış, kurs bitiminde ve altı ay sonunda katılımcıların olayları raporlama tutumları ve niyetlerinin olumlu yönde değiştiği belirlenmiştir (Jansma ve ark., 2010). Ahmed ve ark.'nın (2013) çalışmasında ise yarım günlük bir hasta güvenliği eğitimini içeren kursun katılımcıları bilgi, beceri ve tutumlarında olumlu iyileşmeler sağladığını bildirmiştir. Literatür bilgisi, çalışmanın THTÖ ve korku kültürünün ortadan kaldırılmasına yönelik görüşme sonuçları birlikte değerlendirilmiş ve çalışanlar için konuya ilişkin eğitim yapılmasına karar verilmiştir. Eğitimin içeriğinin oluşturulmasında da benzer olarak çalışmanın nicel ve nitel bulguları ile literatür bilgisinden yararlanılmıştır (Ek 6).

Eğitim içeriği oluşturulma sürecinde ilk olarak **“Tıbbi Hataların Hukuki Boyutu”** konusu için Türkiye’de konuya ilişkin çalışmaları bulunan üç hukukçu (Av. Berna ÖZPINAR, Av. Halide SAVAŞ ve Sağlık Hukukçusu Dr. Yakup Gökhan DOĞRAMACI) ile görüşmeler yapılmıştır ve eğitim için destek istenmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda çalışmanın örneklem büyüklüğü nedeni ile çalışanlara verilecek olan eğitimlerde hukuki boyuta ilişkin konunun video çekimi ile; yönetici ve hasta güvenliği komitesine verilecek olan eğitimlerde ise yüz yüze yapılmasına karar verilmiştir. Bu amaçla Sağlık Hukukçusu Dr. Yakup Gökhan DOĞRAMACI ile görüşülerek tıbbi hataların hukuki boyutu video eğitimi için içerik hazırlanmış ve video çekimi yapılmıştır. Çalışmanın niteliksel aşamasında çalışanlardan

yöneticiden destek mesajı alma ve söylenilenlerin arkasında durulması beklentisi olduğu yönünde görüşler alınmıştır. Bu doğrultuda çalışanları bildirim yapma konusunda cesaretlendirme ve yöneticilerin farkındalıklarını artırmak amacı ile Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Kalite Biriminden Sorumlu Başhekim Yardımcısı ve Genel Sekreterlik Kalite Koordinatörü ile olay/hata bildirimlerini destekleyici 1-2 dakikalık kısa mesaj içerikli video çekimleri yapılmış ve eğitim içeriğine eklenmiştir.

Eğitimler üç farklı grup (yönetici, hasta güvenliği komitesi ve çalışanlar) için temel içerik aynı olmak üzere üç farklı içerikte oluşturulmuştur. Eğitimin temel içeriği (çalışanlar için planlanan eğitim içeriği örneği) Ek 7’de sunulmuştur.

Yapılan çalışmalar kurumlarda hasta güvenliği kültürünün geliştirilebilmesi için öncelikle yöneticilerin bu konudaki inanç ve tutumlarının ele alınarak bu konuda iyileştirmelerin yapılmasını önermektedir ve yöneticilerin/karar vericilerin “hasta güvenliği kültürü” üzerinde durmalarının hayati önem taşımakta olduğunu belirtilmektedir (Akgün, 2014; Çelen ve ark., 2014; Karaca ve Aslan, 2014; Korkmazer ve ark., 2016). Bu çalışmanın niteliksel aşama bulgularında; çalışanlar literatür bilgisi ile benzer olarak olumlu yönetim tutumunun (suçlama kültürünü kaldırma, güven verme, yer değişikliği yapmama, deşifre etmeme, yapıcı iletişim, destek olma gibi) korkunun ortadan kaldırılmasında önemli olduğunu bildirmiştir. Ayrıca THTÖ sonuçlarında yönetim yaklaşımı konusunda ölçeğin ilgili maddelerinde çalışanlar tarafından yüksek katılım gösterildiği belirlenmiştir. Çalışma bulguları ve literatür bilgisi ile yöneticiler için ayrı oluşturulmuş olan eğitim içeriğinde tıbbi hataya yaklaşımda yönetim tutumu konusuna özellikle vurgu yapılmıştır.

Hastanede KYB’ne bağlı kurulmuş olan Hasta Güvenliği Komitesinin güvenlik olaylarını değerlendirme sorumluluğu bulunması nedeni ile ayrı bir eğitim oturumunun yalnızca bu gruba yapılması gerekli görülmüştür. Komite için hazırlanan eğitim içeriğinde temel içerikten farklı olarak kök-neden analizi üzerinde daha fazla durulmuş ve örnekler sunulmuştur. Yönetici ve hasta güvenliği komitesi üyelerinin ortak olması ve iki grubun tıbbi hataların hukuki boyutuna ilişkin eğitimi yüz yüze almasının daha uygun olacağı düşüncesi ile iki gruba tek bir eğitim oturumu planlanmış ve yapılmıştır. Eğitim, konferans salonunda 90 dk’lık sürede görsel sunum yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Eğitime hastaneden üst düzey yöneticilerin de katılımı olmuştur. Tıbbi hataların hukuki boyutuna ilişkin konu sağlık hukuku

alanında uzman olan İzmir Güney Sekreterliği Kalite Koordinatörü tarafından gerçekleştirilmiştir. Toplam 37 yönetici ve komite üyesine eğitim uygulanmıştır.

Çalışmanın THTÖ bulguları; yapılan hatanın kişinin suçu olduğu inancının yaygın olduğu, kıl payı hataların bildirilmesi, hata yapıldığında anlayışlı davranılması gerektiği ve tıbbi hatanın aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmakta olduğu yönündeki beklenen algının tam olarak gelişmediğini göstermiştir. Nitel aşama bulguları ise çalışanın başına ne geleceğini, idareye konuyu nasıl anlatacağını ve bildirim sonrası yasal süreci bilmeme gibi endişelerinin bilgi eksikliğine bağlı olduğu yönündeki görüşleri ortaya çıkarmıştır. Bu veriler ve yukarıda belirtilmiş olan literatür bilgisi doğrultusunda çalışanlar için ayrı eğitim oturumları planlanmış ve uygulanmıştır. Her birimin kendi eğitim salonunda, ortalama 45-60 dk'lık, görsel sunum yöntemi kullanılarak 60 ayrı oturumda toplamda 696 çalışana eğitim yapılmıştır. Tıbbi hatalar ve bildirim konusunda eğitimler verilmesi stratejisi, Kasım 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında dört aylık sürede tamamlanmıştır.

Strateji 2: Konu İçeriğine Uygun İlgi Çekici Afiş ve Posterlerin Asılması

Yapılan çalışmalarda raporlamanın isimsiz, gönüllü ve web tabanlı olması, olay bildirimini hatırlatıcı faktörler ve haftalık liderlik turunu içeren çok yönlü yaklaşımların, raporlama oranlarında önemli ölçüde artış sağladığını göstermektedir (Capucho ve Arnas, 2013; Ilan ve ark., 2011). Yapılan bir çalışmada da bu çalışmada olduğu gibi çoklu girişimler ile olay bildirim sayılarının artırılması amaçlanmış ve benzer olarak eğitim verme ve poster dağıtımı gibi girişimler uygulanmıştır. Aynı çalışmada sağlık personelinin hangi tür olayları bildirmesi gerektiğini açıklayan posterler klinik alanlara ve hemşire desklerine stratejik olarak yerleştirilmiştir ve çoklu girişimler sonrasında, bildirim sayılarının arttığı belirlenmiştir (Evans ve ark.,2007). Bu çalışmanın niteliksel aşamasında benzer olarak farkındalık yaratıcı, hatırlatıcı ve motive edici uyarıların ya da resimlerin olay/hata bildirimlerini artıracığı yönünde çalışanlardan görüşler sunulmuştur. Bu gereksinim doğrultusunda konu içeriğine uygun hatırlatıcı, farkındalık yaratıcı, bildirimleri cesaretlendirici afiş ve poster hazırlanmasına karar verilmiştir. Afiş ve posterlerin hazırlanmasında konuya ilişkin literatür bilgisi, Türk kültür yapısı ve kurumsal kültür dinamikleri dikkate alınmıştır. İlgi çeken fotoğraf ve kısa mesaj niteliğinde yazılar ile toplamda yedi küçük afiş, bir büyük poster hazırlanmıştır. Afişler A4 boyutunda renkli çıktılarda, poster 80x120 cm boyutunda renkli

olarak hazırlanmıştır. Hazırlanan afiş ve posterler ile birimlerde asılma alanları Şekil 4, Şekil 5 ve Şekil 6'da gösterilmektedir. Hazırlanmış olan afiş ve posterlerin asılması için ilgili yöneticiden gerekli resmi izinler alınmıştır. Afiş ve posterlerin asılması için kurumda uygun yerler ilgili yönetici (SBHM) izni ile Halka ilişkiler Birimi çalışanı ile birlikte belirlenmiştir. Bir büyük poster hastanenin ana binasının kongre, sempozyum vb duyurularının asıldığı en büyük genel duyuru panosuna ve çalışan yemekhanesinin bekleme alanındaki camekana asılmıştır. Poster iki farklı alanda dönüşümlü olarak bir ay süre ile asılı kalmıştır. Afişler sadece çalışanların görebileceği (hasta ve hasta yakınlarının afişleri yanlış anlayabileceği konusunda yönetimin uyarısı doğrultusunda) hemşire odalarında her birim için en uygun yer bulunarak (panolara, kapılara, dolap ve duvar üzerine) asılmıştır. Toplamda yedi farklı afiş, eş zamanlı 51 birime 10-15 gün ara ile dönüşümlü olarak asılmıştır. Konu içeriğine uygun ilgi çekici afiş ve posterlerin asılması stratejisi, eğitimler ile eşzamanlı yürütülmüş olup Kasım 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında dört aylık sürede tamamlanmıştır. Birimlere asılmış afiş örnekleri Şekil 6'da gösterilmiştir.

RAMAK KALA OLAY NEDİR?

- Zarar, yaralanma veya kayıpla sonuçlanmayan kazadır!
- Kaza olmuş gibi önemle ele alınmalıdır!
- Kazaların habercisidir!
- Ucuz atlatılan kaza olarak da bilinir

Bildirimleriniz Hayat Kurtarır

TIBBİ HATA NEDİR?

Planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanmasıdır (IOM, 1999)

Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesidir (JCAHO, 2006)



"Bu hasta birisinin ailesi/çocuğudur.

Güvenli olmayan tıbbi uygulamalar nedeni ile hastanın yaralanmasına ya da ölmesine izin verme"

Hasta güvenliği için açıkça, yüksek sesle konuş



gör



söyle



onar

Sesini güçlendir:
konuş, duy ve eyleme geç

İLK OLARAK HASTA GÜVENLİĞİ

Hasta güvenliğini sağlama, herkes için en yüksek önceliktir

Hiç hata yapmayan insan, hiçbir iş yapmayan insandır.

...Ve hayattaki en büyük hata, kendisini hatasız sanmaktır.



Yunus EMRE



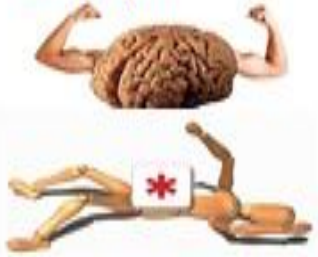
Hata yapmaktan değil, bildirim yapmamaktan kork

DÜŞÜNÜN!!!

- ✓ Bu gün tıbbi hata yaptınız mı?
- ✓ Bu gün yapılan bir tıbbi hataya şahit oldunuz mu?
- ✓ Bu gün ramak kala (nerdeyse hata) bir olay yaşadınız mı?
- ✓ Hasta güvenliğini tehdit eden bir risk gözlemlediniz mi?

Evet ise **BİLDİRİNİZ**

"Hata, bir beyne sahip olmanın kaçınılmaz dezavantajıdır"



Hasta Düşmeleri: Hasta güvenliği ile ilişkili endişelerin beş ana alanından birisidir

DÜŞMELERİ BİLDİRİNİZ

Şekil 4. Konu İçeriğine Uygun İlgi Çekici Poster Örneği

1 PATIENT SAFETY FIRST
safety of patients
isn't priority

!İLK OLARAK HASTA GÜVENLİĞİ
Hasta güvenliğini sağlama,
herkes için en yüksek
önceliktir

"Öncelikle zarar verme"
Hipokrat (MÖ 460-370)

"Hastanedeki ilk kural, hastaya zarar vermemektir."
Florence Nightingale, 1863



**Hasta güvenliği için açıkça,
yüksek sesle konuş**

 **gör**  **söyle**  **onar**

**Sesini güçlendir:
konuş, duy ve eyleme geç**



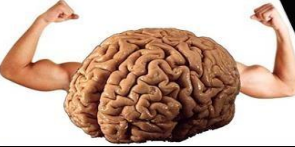
**"Bu hasta birisinin ailesi/çocuğudur.
Güvenli olmayan tıbbi uygulamalar
nedeni ile hastanın yaralanmasına ya
da ölmesine izin verme"**

"İnsandır, Hata Yapar"
IOM (Ulusal Tıp Merkezi)

**Hiç hata yapmayan insan,
hiçbir iş yapmayan insandır.
...Ve hayattaki en büyük hata,
kendisini hatasız sanmaktır.**

 Yunus EMRE 

**"Hata, bir beyne
sahip olmanın
kaçınılmaz
dezavantajıdır"**



İnsanların çalıştıkları
ortamlardaki sistemler,
süreçler ve görevler
yanlış tasarlanmışsa
başarısızlıklar olur
ve insanların
başarısızlığı olarak
gösterilir (WHO 2013)

**Hata yapmaktan değil, bildirim
yapmamaktan kork**

Olay raporlaması / Olay bildirimi

- "Heinrich" oranı
- **Büyük 1 kaza** olmadan önce;
- yaklaşık olarak
 - 29 kez benzer bir hata **minor kaza** ile
 - 300 kez benzer bir hata **kaza** olmadan gerçekleşir

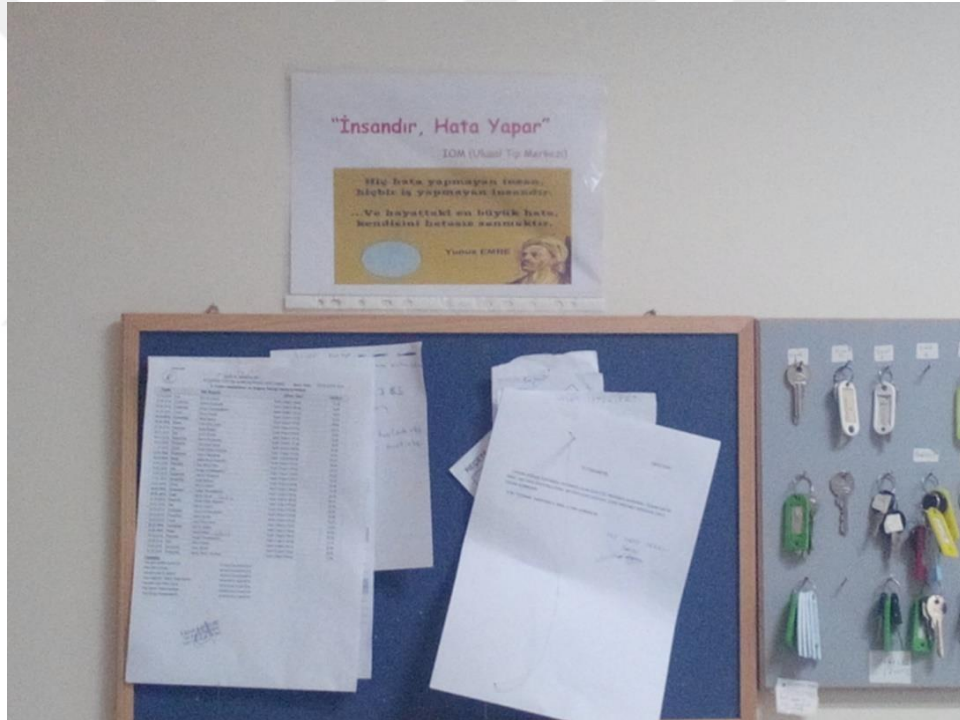
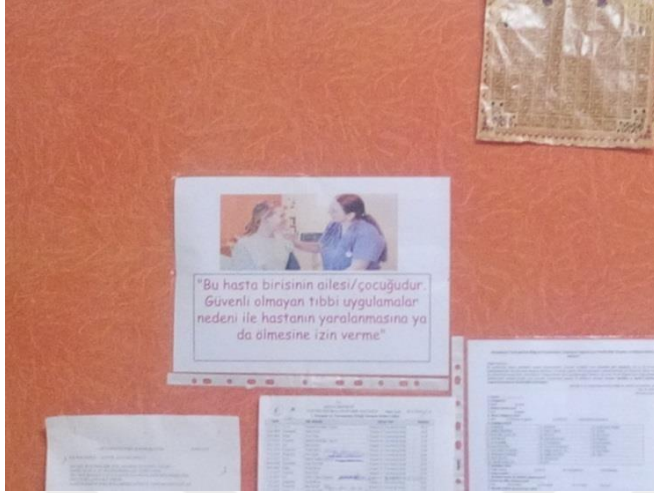
Heinrich HW, *Industrial Accident Prevention: A scientific Approach*. New York, London 1941

**Her zaman hasta güvenliğini
düşün**



**Hasta Düşmeleri: Hasta güvenliği ile ilişkili
endişelerin beş ana alanından birisidir
DÜŞMELERİ BİLDİRİNİZ**

Şekil 5. Konu İçeriğine Uygun İlgi Çekici Afiş Örnekleri



Şekil 6. Afiş Asılma Alanı Örnekleri

Strateji 3: Sosyal Paylaşım Ağı Kullanımı ile “Hasta Güvenliği Liderleri” Adında Facebook Üzerinden Sayfa Açılması

Günümüzde sosyal medya ve aynı zamanda sosyal paylaşım siteleri içinde en yaygın olarak bilinen facebook, twitter, you tube gibi sitelerin hızla yayılması amaçlanan mesajları ya da bilgileri kitlelere ulaştırmada sıkça kullanıldığı ve etkin olduğu görülmektedir. Facebook sitesi gibi sosyal ağlar tanışma ve mesajlaşma dışında organize olma, bilgi ve fikir paylaşımı, inanç ve düşünceler etrafında gruplaşma imkanlarını da sağlamaktadır. Sosyal paylaşım ağlarının hayatımızda yeri ve çalışmanın niteliksel aşamasında bireylerden gelen görüşler doğrultusunda Facebook üzerinden **“Hasta Güvenliği Liderleri”** adında bir grup oluşturulmasına karar verilmiştir. Ayrıca sosyal paylaşım ağlarında hasta güvenliği gönüllüleri, hasta güvenliği derneği, tıbbi uygulama hatası topluluğu, tıbbi hata eğitimi grubu gibi ülkemizde birçok sosyal sitenin olduğu görülmüştür. Benzer olarak yurtdışında da hasta güvenliği alanında facebook üzerinden açılmış “Healthcare Quality, Risk and Patient Safety” , “Patient Safety and Quality Healthcare” ve “National Patient Safety Foundation” gibi milyonlarca üye/takipçisi olan grup/topluluk sayfalarına rastlanmıştır. Ülkemizde ve yurt dışında açılmış bu grup/topluluk sayfaları takip edilmiş ve paylaşımlarından yararlanılmıştır.

Araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan “Hasta Güvenliği Liderleri” grubu kapalı grup özelliğinde facebook üzerinden (<https://www.facebook.com/groups/478085072356685/>) açılmış ve toplamda 650 üyeye ulaşmıştır. Üyelerin çoğunluğunu hastane çalışanları oluşturmuştur. Çalışmanın girişim süresince konuya ilişkin farkındalık yaratıcı fotoğraf, video ve bilgi içerikli yazı şeklinde toplam 47 ayrı paylaşımda bulunulmuştur. Bu paylaşımları araştırmacı ve katılımcıların uygun paylaşımları oluşturmuştur. Kapalı grup özelliği kullanıldığı için uygun olmayan katılımcı ve paylaşım örnekleri araştırmacı tarafından engellenebilmiştir. Sosyal paylaşım ağı kullanımı ile facebook üzerinden sayfa açılması ve paylaşımlarda bulunma stratejisi, Temmuz 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında toplam 10 aylık bir sürede tamamlanmıştır. Hasta Güvenliği Liderleri” grup sayfası ve paylaşım örnekleri Şekil 7’de gösterilmektedir.

hataları tanımlama, hataları kabul etme, güvensiz koşulları düzeltme ve raporlama sistemlerini kapsayan hata raporlama stratejilerinin iyileştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Kurumda kullanılmakta olan bildirim sistemi; isim ve bireysel şifrelerle sisteme giriş yapma, bildirim ekranında bildirimi yapan kişinin ad/soyad bilgisinin görünmesi, sistemde doldurulması zorunlu gereksiz bilgi girişlerinin istenmesi, gereksiz ve çalışmayan alt parametrelere sistemde yer verilmesi, hasta/çalışan/tesis güvenliği bildirimlerinin aynı sistemden yapılması, sistemin sık sık hata vermesi ve çalışanlar tarafından kurumda bir bildirim sistemi olduğunun bilinmemesi ve ayrıca her çalışanın sisteme giriş yetkisinin olmaması nedenleri ile literatürde önerilen bildirim sistemi özelliklerine sahip değildir. Ayrıca çalışmanın niteliksel bölümünde, bireysel görüşmelerde kurumda kullanılmakta olan bildirim sistemine ilişkin olumsuz yönde iletilen görüşlerin bulunması da dikkate alınarak sistemin revize edilmesi gerektiğine karar verilmiştir.

İlk aşamada çalışmanın yapıldığı kurumun Kalite Yönetim Direktörü ile görüşülmüş ve kurumda mevcut bulunan bildirim sisteminin literatür doğrultusunda revizyon gerekliliği anlatılmıştır. Görüşme sonrasında ortak bir karar ile yeni sistemin planı araştırmacı tarafından literatür ve HHKS önerileri doğrultusunda oluşturulmuştur. Kurumun Bilgi İşlem Birimi ile görüşülmüş ve bildirim sisteminde revize edilecek alanlar anlatılmıştır. Kurumda kullanılmakta olan sistemin revizyonunun sistemi yapan yazılım şirketi tarafından yapılabileceği bilgisi ile yetkililere ulaşılması beklenmiştir. Bu süreçte kurumun Bilgi İşlem Birimi yetkilisi tarafından ortak kullanıcı adı ve ortak şifre ile giriş sağlanan yeni bir sistem açılmış ve sistemin çalışanlara duyurusu yapılmıştır. Yazılım şirketi tarafından revize edilmesi beklenen sistemin içeriğine ilişkin değişiklikleri hızlandırılmak amacıyla İzmir İli Güney Bölgesi Genel Sekreterliği Kalite Koordinatörlüğünden randevu alınmıştır. Genel Sekreterliğin Kalite Koordinatörlüğüne sistemin hazırlanmış olan tasarımı bir raporla birlikte sunulmuştur. Sistem tasarımının anlatıldığı “Bildirim Sistemi Revizyon Çalışması” Ek 8’de gösterilmektedir. Genel Sekreterlik konuya ilişkin destek olacağını, kendisine bağlı tüm hastanelerde kullanılmak üzere yeni bir yazılım programı satın alınabileceğini iletmiştir. Yeni yazılım programının oluşturulmasında kendilerine sunulan tasarımdan yararlanılabileceği açıklanmıştır. Tez girişimleri sürecinde yeni sistem (tasarımı Genel Sekreterliğin Kalite Koordinatörlüğü tarafından yapılarak) Genel Sekreterliğin kendisine bağlı tüm hastanelerde ve çalışmanın yürütüldüğü hastanede kullanılmaya başlanmıştır. Kurumda mevcut bulunan

elektronik olay/hata bildirim sisteminin revize edilmesi stratejisi, Temmuz 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında toplam 10 aylık bir sürede tamamlanmıştır.

Strateji 5: Hasta Güvenliği Sempozyumu

Çalışmanın diğer stratejileri tamamlandıktan sonra kurumsal farkındalığı artırmak amacıyla Hasta Güvenliği Sempozyumu yapılmasına karar verilmiştir. Literatürde hasta güvenliği konusunda düzenli eğitimlerin, çalışan bilgilendirmelerinin, hizmet içi eğitimlerin yapılmasının önemli olduğu, çalıştay, sempozyum yapma girişimlerinin hasta güvenliğini geliştirmek için öğrenmeye istekli gruplarda sahiplenme ve bağlılık duygularını güçlendirdiği belirtilmektedir (Arslan ve ark., 2015; Çakır ve Tütüncü, 2009; Hisar ve ark., 2015; Karaca ve Aslan, 2014; Morello ve ark., 2013; Rızalar ve ark., 2016; Somyürek ve Uğur, 2016; Verbakel ve ark., 2015; Vural ve ark., 2015). Ayrıca çalışmanın niteliksel bölümünde farkındalık, bilinçlendirme, hatırlatma ve cesaretlendirme girişimlerinin bildirimleri artıracığı yönündeki bireysel görüşme sonuçları sempozyumun yapılması kararında etkili olmuştur. Sempozyumu güçlü kılmak için çalışmanın yürütüldüğü kurum yönetimi, kurumun bağlı bulunduğu Genel Sekreterlik Eğitim ve Kalite Birimleri ile Türk Hemşireler Derneği İzmir Şubesi'nden destek alınmıştır. Sempozyumun hazırlık süreci ve programının tüm aşamaları araştırmacı ve tez danışmanı iş birliği ile yapılmıştır. Sempozyumda konuşmacı olarak alanında ve klinikte uzman 20 eğitici yer almıştır. Sempozyumun açılış konuşmalarında hastanenin bağlı olduğu İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri, Kurumun Başhekimisi ve SBHM olay/hata bildirimlerine ilişkin cesaretlendirici ve olumlu yaklaşım sergileyen mesajlar paylaşmıştır. Genel Sekreter tarafından her yıl aynı tarihte hasta güvenliği sempozyumlarının tekrarlanması istenmiştir. Sempozyuma şehir içi ve şehir dışından toplam yaklaşık 400 kişi katılmıştır ve sempozyum sonunda katılım belgeleri verilmiştir. Stratejinin hazırlık ve gerçekleşmesi Ocak-Nisan 2016 tarihleri arasında toplam dört aylık bir sürede tamamlanmıştır. Şekil 8'de sempozyum fotoğrafları, Ek 9'da sempozyum programı sunulmuştur.



Şekil 8. Hasta Güvenliği Sempozyumu Fotoğrafları

Girişimlerin Uygulanma Sürecinde Yaşanan Deneyimler

Yönetici ve komite üyeleri ile çalışanlara yapılmış olan eğitim oturumlarında çalışanların konuya ilgi ve paylaşımlarının çok daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Çalışanlar ile yapılan eğitim oturumları, planlanan 45-60 dk'lık eğitim süresinden daha uzun sürmüştür. Çalışanların konuya ilişkin paylaşımları, grubun kendi arasında olumlu yöndeki tartışmaları ve özellikle çalışanların kendi hatalarını ve tanık oldukları hataları paylaşma cesaretini göstermeleri aktif katılımlı eğitim oturumlarının gerçekleşmesini sağlamıştır. Ayrıca bu durum araştırmacının verdiği eğitimden doyum alması ve hedefine ulaşmasında çok önemli olarak değerlendirilmiştir. Çalışanlar katılmış oldukları eğitimler hakkında; eğitimin çalıştıkları kurumda daha önce yapılmadığı, konunun çok önemli olduğu, farklı kliniklerden meslektaşları ile konu hakkında paylaşımda bulunabilme imkanı sağlanması konularında olumlu görüşler iletmislerdir. Ayrıca katılımcılar araştırmacıya çok sayıda ve çalışanlar için uygun zaman\yer koşullarını sağlayarak yaptığı eğitimler hakkında olumlu geri bildirimler vermiştir. Eğitimlerin çalışanlara kliniklerde çalışma saatleri içerisinde verilmesi araştırmacılar ve çalışanlar için zor ve sıkıntılı bir süreç olduğu ayrıca belirtilmelidir. Çalışanlar, hastalarını ekip arkadaşların devrettikleri ya da bir süreliğine klinikten uzaklaştıkları için eğitimlerde stresli olmakta ve odaklanmakta sorun yaşamaktadır. Aynı zamanda araştırmacı çalışanları klinik ortamdan uzaklaştırdığı için eğitimleri kısa sürede bitirme endişesini yaşamaktadır. Bu çalışmada bu durumu önleyebilmek için çok sayıda ve çalışanlara uygun ortam\zamanlarda eğitim oturumları düzenlenmesi tercih edilmiştir.

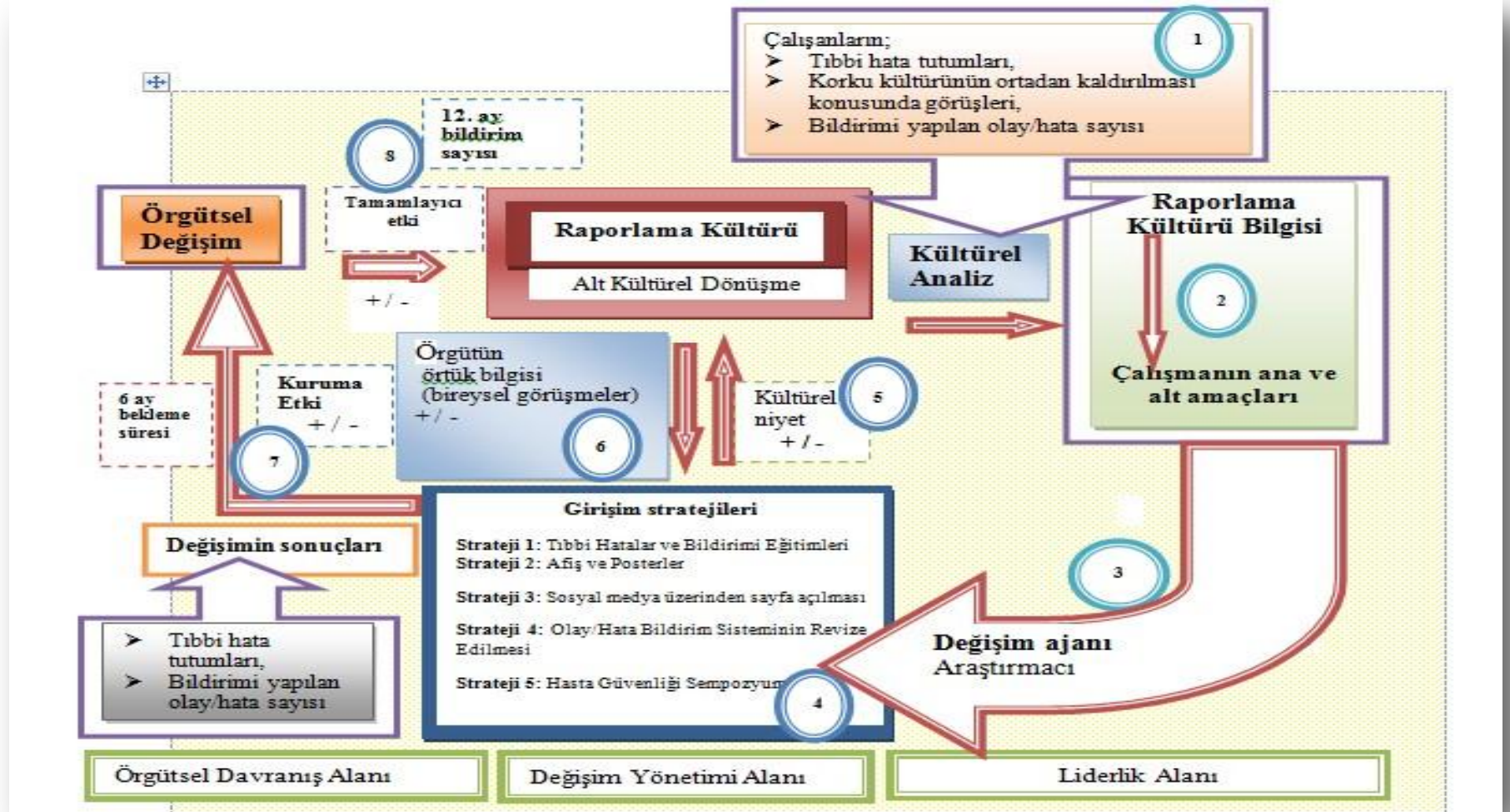
Konu içeriğine uygun ilgi çekici afiş ve posterlerin asılması sürecinde yöneticiler hasta\hasta yakınlarının kuruma güveninin sarsılacağı endişesi nedeni ile dökümanların asılma yerlerini yalnızca çalışanların görebileceği hemşire odaları olarak sınırlandırmıştır. Bu tutum ise öncelikli olarak yöneticilerin konuya ilişkin farkındalık ve inançlarının değişmesi gerektiğini göstermiştir. Çalışanlar asılan afiş ve posterlerin ilgi çekici olduğunu ve akıllarında kaldığını iletmislerdir. Afişlerin içerikleri yalnızca ilk afişte ve bir birimde yanlış anlaşılmıştır. Afiş asılmış olan birimlerden birisinde aynı süreçte bir ihmal hatasının meydana geldiği ve birim hekiminin hemşireleri uyardığı öğrenilmiştir. Araştırmacının bu birimde asmış olduğu ilk afiş, birimin doktoru tarafından hemşirelere mesaj verilmesi amacı ile asıldığı sanılarak atılmıştır. Durumun anlaşılması sonucunda sonraki afişlerde bu birimde herhangi bir sıkıntı yaşanmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Sağlık çalışanlarının tıbbi hatalara ilişkin tutumları ve tıbbi hata raporlama sayısı araştırmanın bağımlı değişkeni, hata raporlama kültürünün oluşturulmasına yönelik uygulanan stratejiler ise araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmaktadır.

351. Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli (OC³ Model) ve Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki İlişki

Çalışmanın yürütüldüğü kurumda, çalışanların olay/hata bildirimlerini etkin olarak yapmadığı önceki verilerde açıklanmıştır. Bu çalışmanın sonunda kurumda çalışanların olay/hata bildirimlerini etkin olarak yapma davranışını göstermesi beklenmektedir. Bu ise bir davranış değişikliği anlamına gelmektedir. Bu davranış değişikliğinin gerçekleşmesi ise ancak hasta güvenliği/ raporlama konusunun o kurum için öncelikli ve önemli olması yani kültürel anlamda yerleşmesi ile mümkün olabilecektir. Çalışma konusunun OC³ Model'inin tüm aşamaları ile olan yakın ilgisi bu modelin araştırma adımlarına uyarlanmasında etkili olmuştur. OC³ Model'i özetle örgütsel değişimin gerçekleşmesinde örgüt kültürünün etkisini incelemektedir. Ayrıca değişimi gerçekleştirebilmek için gerekli olan rol ve stratejilere de yol göstermektedir. Modelde yer alan örgüt kültürü kavramı bu çalışmada hasta güvenliği/raporlama kültürünü; modelde yer alan örgütsel değişim, bu çalışmada raporlama davranışının kazanılmasını; modelde yer alan değişimi gerçekleştirebilmek için gerekli olan rol ve stratejiler ise bu çalışmada raporlama davranışının kazanılması için uygulanmış olan girişim stratejilerini karşılamaktadır. Araştırmanın aşamalarında rehber olarak kullanılan OC³ Model boyutları ve araştırmanın adımları arasındaki ilişki Şekil 9'da gösterilmiştir.



Şekil 9. Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli' (OC3 Model) ve Araştırma Adımları

Modelde ilk aşamayı hazır oluşluğun belirlenmesi, kültürel analiz oluşturmaktadır. Kültürel analizi ise bir kurumda çalışanlar tarafından olayların yorumlanması, deneyimlerin anlamı, durumların yaygın anlayışı esaslarına dayanmaktadır. Kültürel analiz ile var olan durum ile olması gereken arasındaki farklılığın ortaya çıkarılabileceği açıklanmaktadır. Bu çalışmanın girişim öncesi ölçümlerini oluşturan verilerin analiz sonuçları modelde ilk aşamada açıklanmakta olan kültürel analiz aşamasını karşılamaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü kurumda, çalışanların tıbbi hatalara ilişkin tutumları, korku kültürünü ortadan kaldırmaya yönelik görüşleri ve bildirim yapılan olay/hata sayıları ile elde edilen verilerden kurumun hata raporlama kültürüne yükledikleri anlam ortaya çıkarılmıştır. Bu değerlendirmeler sonucunda örgütün hasta güvenliği/ hata raporlama kültürüne yönelik bir saptama ve analiz yapılmıştır. Ortaya çıkan sonuç ise değişim için kurumun hazır oluş durumu belirlenmiş ve aynı zamanda değişim için bir sonraki aşamanın planlanmasında kullanılmıştır (Şekil 9).

Modelin ikinci aşamasını, ilk aşamada elde edilen veriler doğrultusunda, mevcut örgüt kültürü bilgisinin şekillendirdiği bir vizyon yaratma oluşturmaktadır. Model, bir vizyon yaratmanın değişim için bir çerçeve oluşturduğunu belirtmektedir. Modelde söz edilen değişim için bir vizyon yaratmak ve bu vizyon doğrultusunda değişimin diğer aşamalarının planlanması ile bu çalışmanın amaç ve hedeflerinin belirlenmesinin aynı anlamı taşıdığı düşünülmüştür. Bu çalışmanın bir eğitim ve araştırma hastanesinde hata raporlama kültürünün oluşturulmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi ana amacı ile alt amaçları, aynı zamanda değişim için çalışmanın vizyonunu ve çalışmanın kapsamını belirleyen bir çerçeveyi oluşturmaktadır (Şekil 9).

Modeldeki üçüncü aşama, değişim ajanları tarafından değişimi gerçekleştirmesi planlanan özel girişimlerin geliştirilmesidir. Bu aşamada değişim ajanlarının stratejik girişimlerini geliştirme sürecinde kültürel dinamikleri göz önünde bulundurmasının, amaçlarına ulaşmada çok daha başarı sağlayacağı belirtilmektedir (Latta,2009; Latta, 2015). Bu çalışmada değişim ajanı araştırmacı olarak düşünülmüştür. Tez çalışması sürecinde Ek 6'da açıklanmış olan çalışmanın girişim stratejilerini geliştirme süreci ise modelin bu aşamasında söz edilen özel girişimlerinin geliştirilmesi sürecine karşılık gelmektedir. Literatürde değişim girişimlerinin seçiminde ya kanıta dayalı, ya da kuruluşun içinden gelen veri ve bilgilere (olay raporları gibi) dayalı bir yol izlenmesi önerilmektedir (Hughes, 2008). Bu çalışmada da araştırmanın stratejilerini geliştirme sürecinde kanıta dayalı literatür önerisi

ve modelin aşamaları takip edilmiştir. Modelin birinci aşamasında belirtilen kültürel analiz aşlında kanıt bilgisi olan kuruluşun içinden gelen veri/bilgiyi kullanma ile benzer bir yöntem sunmaktadır. Bu doğrultuda araştırmacının strateji geliştirme sürecinde; Sağlık Bakanlığı'nın konuya ilişkin çalışmalarını takip etmesi, girişimlerde kurum yöneticilerini sürece dahil etme çabaları (eğitim verme stratejisinde yöneticilerle video çekimleri yapma, sempozyuma yöneticileri davet etme, oturumlarda yer verme gibi), kurumun bağlı olduğu Genel Sekreterlik Kalite ve Eğitim Birimleri ile işbirliği çalışmaları ve kurumun Eğitim ve Ar-Ge birimi ile yakın çalışması modelde söz edilmekte olan stratejik girişimlerin geliştirilme sürecinde kültürel dinamikleri göz önünde bulundurulması ile aynı anlamı taşımaktadır (Şekil 9).

Modelin dördüncü aşaması bir önceki aşamada belirlenen girişimlerinin uygulanmasını açıklanmaktadır. Girişimlerin uygulanması ile örgütsel kültüre yansıyan bir etkinin oluşacağı üzerinde durulmaktadır. Kurum liderlerinin istenen değişiklikleri uygulamak için en etkili yöntemleri belirlemesi gerektiği açıklanmaktadır. Bu çalışmada uygulanmış olan Strateji 1: Tıbbi Hatalar ve Bildirimi konusunda eğitimler verilmesi, Strateji 2: Konu içeriğine uygun ilgi çekici afiş ve posterlerin asılması, Strateji 3: Sosyal paylaşım ağı kullanımı ile “Hasta Güvenliği Liderleri” adında facebook üzerinden sayfa açılması, Strateji 4: Kurumda mevcut bulunan elektronik olay/hata bildirim sisteminin revize edilmesi ve Strateji 5: Hasta Güvenliği Sempozyumu, çalışmanın girişimlerini oluşturmaktadır ve modelde dördüncü aşamada söz edilmekte olan girişimlerin uygulanması sürecini karşılamaktadır. Modelin bu aşamasında stratejilerin uygulanması ile örgüt kültürüne etki sürecinden söz edilmektedir. Bu çalışmada uygulanmış olan stratejiler sonrasında çalışanlardan gelen geri bildirimler, olay/hata raporlama davranışı değişiklikleri ve girişim sonrası yönetim yaklaşımındaki değişiklikler, girişimlerin kurum kültürüne etki göstermeye başladığını göstermiştir.

Modelin beşinci aşaması, değişim girişimleri ve uygulama stratejilerinin örgüt kültürünü uyarlama ya da zorlama yoluyla etkilemesi/ şekillendirmesi oluşturmaktadır. Beşinci aşamada değişimin bir süreç yaklaşımı ile ele alınması ve tüm yönlerinin gözden geçirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Beşinci adım değişim yaratma aşaması olarak yorumlanabilir. Modelde açıklanan bu aşama, çalışmada değişimin yansımaları için planlanmış olan altı aylık bekleme süresini karşılamaktadır (Şekil 9).

Modelin altıncı aşamasında değişim için uygulanan stratejilerinin örgüt kültürü üzerinde yaratacağı etkide katkısı olan, kültürün örtük elementlerine yer verilmektedir. Değişimin

başarısında olumlu ya da olumsuz katkısı olabileceğinden örtük kültürel yapıların uygulama aşamasında dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir. Modelin bu aşaması, araştırmanın niteliksel araştırma yönteminin kullanıldığı bölümü karşılamaktadır. Bu çalışmada 13 çalışan ile bireysel görüşmeler yapılmış ve korku kültürünü ortadan kaldırmaya yönelik çalışanların görüşleri alınmıştır. Bireylerin görüşleri çalışmanın yürütüldüğü kurumun örtük bilgisini oluşturmuştur. Çalışanların olay/hata bildirimleri konusunda iletmiş oldukları yönetici, utanma, etiketlenme ve hukuksal boyut gibi korkuları değişimler üzerinde etkili olmuştur. Kurumun diğer örtük elementleri ise Sağlık Bakanlığının ve kurumun bağlı bulunduğu Genel Sekreterlik Kalite Biriminin konuya ilişkin çalışmaları olarak düşünülmüştür. Tez sürecinde Sağlık Bakanlığı'nın ve Sekreterliğin olay/hata bildirimleri konusunda tez amacına uygun bildirim sisteminin iyileştirmesi yönünde girişimleri olmuştur. Bu girişimler çalışmanın değişim stratejileri üzerinde olumlu etki sağlamıştır.

Modelin yedinci aşaması değişimin sonuçları aşamasıdır. Modelin bu aşamasında örgütsel dinamiklerin değişim sonuçları üzerinde etkili olabileceği vurgulanmıştır. Bu çalışmanın son-test ölçümlerini oluşturan girişim sonrası çalışanların tıbbi hata tutumları ölçümü ve olay/hata raporlama sayılarının değerlendirilmesi modelin bu aşamasını karşılamaktadır. Bu aşamada örgütsel dinamik olarak araştırmacı dışında konuyla ilişkili olarak hastanenin KYB'nin yayımlamış olduğu bildirimleri hatırlatıcı duyurular, kurumda öncelik ve önem verilen diğer örgütsel olaylar (çalışan güvenliği çalışmaları, hemşirelik bakım standartları çalışmaları, kongre ve sempozyumlar gibi), kurumda yönetici değişiklikleri gibi faktörler örgütsel dinamikler olarak düşünülmüş ve değişime olumlu ve olumsuz yönde katkı sağladığı gözlemlenmiştir.

Modelin sekizinci ve son aşaması tamamlayıcı etkidir. Bu aşamada örgütsel değişimin, örgüt kültürü üzerinde tamamlayıcı bir etkiye sahip olduğu açıklanmaktadır. Örgütsel değişimin başlaması ile kültürel değişime katkı sağlanabileceği belirtilmektedir. Çalışmanın son ölçümünde (girişim sonrası 12. ay) çalışanların olay/hata bildirim oranları tekrar incelenmiştir. Bu ölçüm örgütsel davranış değişikliğinin örgüt kültürü üzerinde etkisi olup olmadığını belirlemek için yapılmıştır. Model ve tez süreci birlikte yorumlandığında, çalışmada amaçlanmış olan güvenlik kültürüne ulaşmak için değişim sürecinin adımlarının takip edildiği ve her aşamada kültürel dinamiklerin değişim üzerindeki etkisinin gösterilmeye çalışıldığı belirtilebilir (Şekil 9).

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın niceliksel bölümünde sosyodemografik ve çalışma özellikleri formu, tıbbi hatalarda tutum ölçeği, araştırmacı tarafından geliştirilen olay/hata bildirimi analiz formu ve düşme bildirim formu olmak üzere dört veri toplama aracı kullanılmıştır. Çalışanlar için sosyodemografik ve çalışma özelliklerini içeren formda; çalışanların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, aynı kurumda çalışma süresi, çalışılan birim, aynı birimde çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati ve tıbbi hatalar konusunda eğitim alma durumu ile ilgili 11 soru yer almaktadır. (Ek 1). Çalışanların tıbbi hata tutumları, Güleç ve İntepeler (2013) tarafından geliştirilen, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ) ile ölçülmüştür (Ek 2). Ölçek, 16 ifadeden oluşmakta ve beşli likert tipindedir (5-Tamamen katılıyorum, 4-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 2- Katılmıyorum, 1-Hiç Katılmıyorum). THTÖ'nin "Tıbbi Hata Algısı" (madde 1, 2), "Tıbbi Hataya Yaklaşım" (madde 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14) ve "Tıbbi Hata Nedenleri" (madde 4, 5, 6, 7, 9, 15, 16) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenirlik kat sayısı, tıbbi hata algısı alt boyutunda .74, tıbbi hataya yaklaşım alt boyutu için .62, tıbbi hata nedenleri alt boyutunda ise .60 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin geneli için orjinal çalışmanın, iç tutarlılık güvenirlik katsayısı.75 (Güleç ve İntepeler, 2013) bu çalışmada ölçeğin geneli için iç tutarlılık güvenirlik katsayısı tüm ölçek için .76'olarak bulunmuştur. Ölçek puanının hesaplanması, ölçeğin toplam puanından elde edilen ham puanın ölçek madde sayısına bölünmesi şeklindedir. Alt boyut puan hesaplamasında da alt boyut puanı toplanarak alt boyut madde sayısına bölünür ve elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilir. Hesaplama, 10. ve 13. ifadeler ters çevrilerek puanlanır. Ölçeğin kesme noktası 3'tür. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum; çalışanların, tıbbi hataların ve hata raporlamanın öneminin farkındalığının düşük olduğu anlamına gelirken, olumlu tutum; çalışanlarda, tıbbi hataların ve hata raporlamanın öneminin farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Tabloların yorumlanmasında katılımcıların maddelere ilişkin yanıtları; katılma durumu (tamamen katılıyorum+ katılıyorum); kararsızım ve katılmama durumu (hiç katılmıyorum+ katılmıyorum) olarak üç kategoride değerlendirilmiştir.

Hastanenin mevcut güvenlik raporlama sistemi verilerinin incelenmesi ile araştırmacı tarafından oluşturulan olay/hata analiz formu (Ek 10) ile kurumda kullanılmakta olan düşme bildirim formu veri sonuçları hata raporlama sayısının hesaplanması için kullanılmıştır. Olay/hata analiz formunda hata türleri, sayıları ve olayların açıklaması yer almaktadır. Düşme

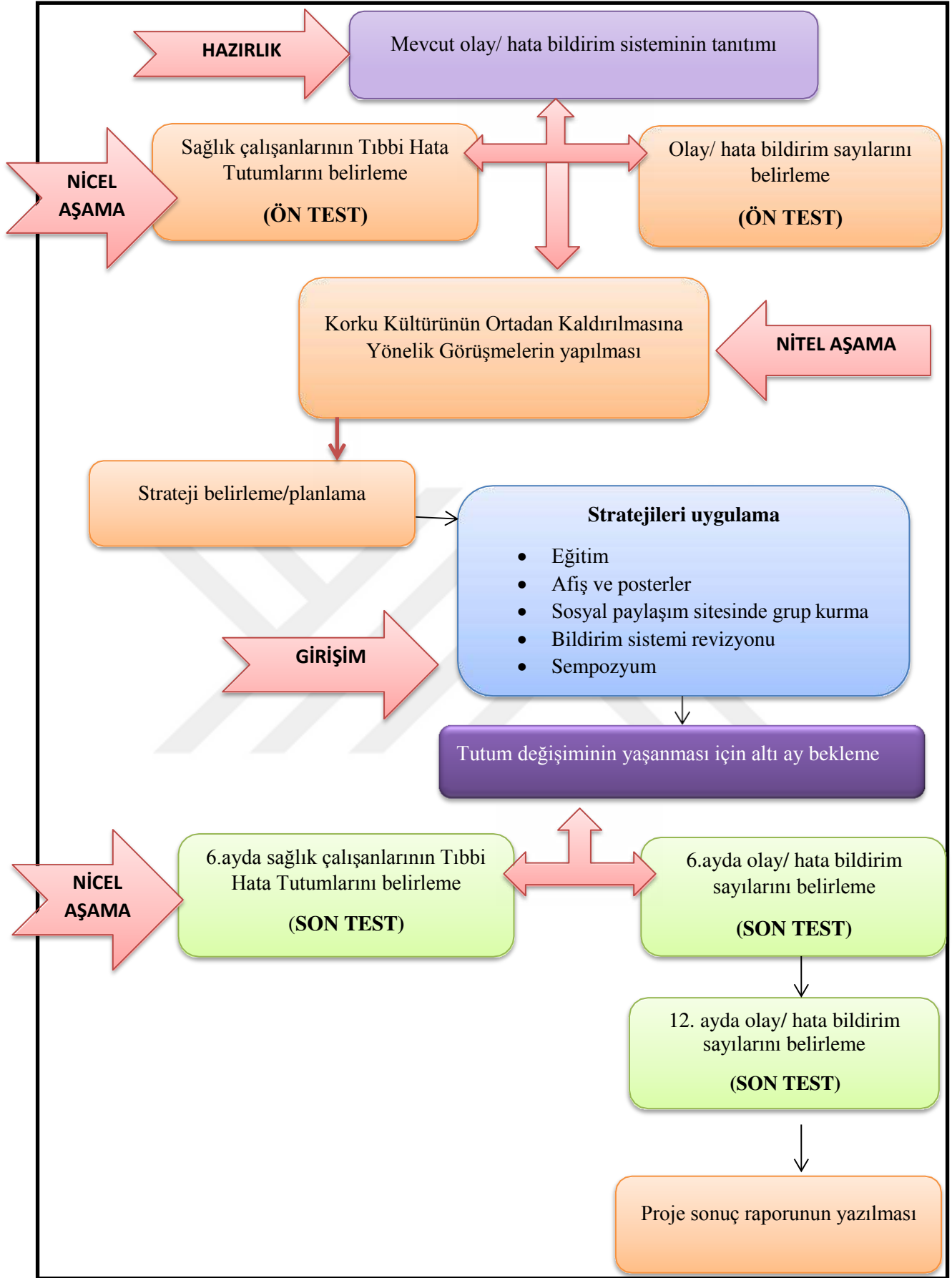
bildirim formu ise kurumun kendi kullandığı form olup araştırmacı yalnızca formdan ilgili olay sayısını elde etmiştir.

Veriler, araştırmanın yürütüleceği tüm kliniklerinde SBHM'ne bağlı çalışanlara, sosyodemografik ve çalışma özellikleri formu ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin araştırmacı tarafından dağıtılması ve geri alınması şeklinde toplanmıştır. Toplanan verilerin diğer ölçümlerdeki verilerle eşleştirilmesi için kodlama yöntemi kullanılmıştır. Kurumun yazılı sisteminde kayıtlı bulunan ve elektronik sistemde bildirim yapılan olaylar bir yıllık süreyle kayıt altına alınmıştır.

Araştırmanın niteliksel bölümünde veri toplama aracı olarak “Nitel Aşama için Sosyodemografik Özellikler Soru Formu” (Ek 3) ile hata raporlama engellerine ilişkin bilgiler doğrultusunda görüşmelerde kullanılmak üzere araştırmacılar tarafından literatüre dayalı (Bairami ve Taleghani, 2016; Kingston ve ark, 2004; Soydemir ve ark., 2016) hazırlanmış “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılmıştır (Ek 4) Görüşme formunda; tıbbi hataların bildiriminden en büyük engel konusu olan korku kültürünün ortadan kaldırılabilmesi için neler yapılabileceği, nasıl bir sistem gerekli olduğu ve korku engelinin nasıl aşılabileceği hakkında katılımcıların fikir, görüş ve önerilerini öğrenmeyi içeren üç açık uçlu soru yer almaktadır. Görüşmelerde derinlemesine bireysel görüşme tekniği kullanılmıştır (Craswell, 1998; Yıldırım ve Şimşek, 2011). Katılımcılara görüşmeye başlamadan önce araştırmanın amacı ve nasıl yapılacağı, ses kaydının olacağı konusunda detaylı bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden gönüllü olarak katıldıklarını belirten yazılı onam alınmıştır. Görüşmeler katılımcıların çalıştıkları birimlerde ve araştırmacının çalıştığı birimde belirlenen sessiz, bölünmelerin yaşanmayacağı bir odada yürütülmüş ve yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür. Yapılan görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Verilerde tekrarların başladığı ve yeni bir bilgiye ulaşamadığı zaman görüşmelere son verilmiştir.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırmanın nicel ve nitel aşamalarını içeren planı, hazırlık aşamasından tamamlanana kadar aşağıda özetlenmiş olup, araştırma planı Şekil 10'da ve araştırma takvimi Tablo 2'de gösterilmiştir.



Şekil 10. Araştırma Planı

Tablo 2. Araştırma Takvimi

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
UYGULAMALAR	Ekim Kasım Aralık	Ocak Şubat Mart Nisan Mayıs Haziran Temmuz Ağustos Aralık	Ocak Şubat Mart Nisan Mayıs Haziran Ağustos Eylül Ekim Kasım Aralık	Ocak Şubat Mart Nisan Haziran Eylül Ekim Kasım Aralık	Ocak Şubat Mart Nisan Kasım Aralık	Ocak Şubat Mart Nisan Mayıs
Literatür Tarama	x x x	x x x x x x x x x x	x x x x x x x x x x	x x x x x x x x x	x x x x x x x	x
Mevcut Bildirim Sisteminin Tanıtımı	x x x	x x x x x x x				
Tutum Ölçümü (Ön Test)			x x x x			
Bildirim Sayılarını Belirleme (Ön Test)			x			
Yeterlilik Makalesi Hazırlanması/Yayımlanması			x x x x			
Nitel Aşama Verilerinin Toplanması			x x			
Strateji Planlanması Süreci				x x x x		
Girişimlerin Uygulanması				x x x x x	x x x x	
Tutum Ölçümü (Son Test)					x x	
Bildirim Sayılarını Belirleme (Son Test)					x	
Bildirim Sayılarını Belirleme (Son Test)						x
Proje Sonuç Raporunu Yazma						x x x x

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın nicel verileri bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Science) 22.0 yazılım programı kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen verilerin analizleri bilgisayar ortamında araştırmacı tarafından yapılmıştır. Örnekleme oluşturan çalışanların sosyodemografik ve çalışma özelliklerine ilişkin verileri; sayı, yüzdelik ve aritmetik ortalama olarak tanımlayıcı istatistikler kapsamında değerlendirilmiştir. Tıbbi Hata Tutum Ölçeği geçerliliği Cronbach alpha iç tutarlılık testi; Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutları ise sayı, yüzdelik ve aritmetik ortalama olarak tanımlayıcı istatistikler ile değerlendirilmiştir. Çalışanların girişim öncesi ve sonrası tıbbi hata tutumları ve tutum ölçeği alt boyutları bağımlı gruplarda iki eş arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir. Kurumun mevcut yazılı ve elektronik olay raporlama sisteminde raporlanan olayların türü ve nitelikleri sayı ve yüzde olarak tanımlayıcı istatistikler ile değerlendirilmiştir (Tablo 3). Analizlerde hata payı .05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın nitel verileri için görüşme sonrası, niteliksel araştırma yöntemine uygun olarak elde edilen verilerden içerik analizleri yapılmıştır. İçerik analizinde temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Araştırmanın geçerliği için veri doygunluğu elde edilinceye kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Verilerin analizinde, öncelikle ses kayıt cihazına kaydedilen görüşmelerin, araştırmacı tarafından aynı gün düz yazı şeklinde bilgisayara aktarımı yapılmıştır. Veriler yazılırken verilerin doğal haline dokunulmamış, görüşmecilerin isimleri kullanılmamış, analizde kolaylık sağlaması bakımından görüşme yapılan kişiler numaralandırılarak kodlanmıştır. Veriler çözümlendikten sonra tümevarım yapılmıştır. Bu aşamada, iki araştırmacı tarafından oluşturulan temalar altında veriler kategorize edilmiştir. Sonrasında yine araştırmacılar tarafından temalardaki benzerlik ve farklılıklar tartışılmış ve fikir birliği çerçevesinde araştırma raporu hazırlanmıştır.

Yapılan tüm görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Araştırmanın her aşamasında araştırmacılar görüş birliği için bir araya gelmiştir. Araştırma sonuçları, araştırmacılar tarafından açık ve anlaşılır bir biçimde okuyucuya aktarılmıştır. Ayrıca kullanılan veri toplama araçları, analiz aşamasında yapılan kodlamalar ve notlar gerektiğinde teyit incelemesine sunulmak üzere saklanmıştır.

Tablo 3. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Veri Türü	İstatistiksel Yöntem
Çalışanların sosyodemografik ve çalışma özellikleri	Tanımlayıcı istatistikler
Tıbbi Hata Tutum Ölçeği geçerliliği	Cronbach alpha iç tutarlılık test
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutları	Tanımlayıcı istatistikler
Çalışanların girişim öncesi ve sonrası tıbbi hata tutumları	Bağımlı gruplarda iki eş arasındaki farkın önemlilik testi
Çalışanların girişim öncesi ve sonrası tıbbi hata tutum ölçeği alt boyutları	Bağımlı gruplarda iki eş arasındaki farkın önemlilik testi
Kurumun mevcut yazılı ve elektronik olay raporlama sisteminde raporlanan olayların türü ve nitelikleri	Tanımlayıcı istatistikler

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın stratejileri doğrultusunda, kurumda mevcut bulunan olay raporlama sistemi revizyonu kurumsal engeller (bilgi işlem biriminde sistemi revize edebilecek yetkin çalışan olmaması, sistemi revize edebilecek çalışanın yazılım yapan özel şirket çalışanı olması ve kurum dışında bulunması, konunun kurumda öncelikli değerlendirilmemesi gibi nedenler) ve kurumun bağlı bulunduğu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nin kendi projesi olarak ele alındığı için (bildirim sistemi için bir modülü ihale ile satın alma sürecine gidilmesi) araştırmacı tarafından gerçekleştirilememiştir ancak ilgili birim ile bildirim sistemi modülünün hazırlanmasında ortak çalışmalar yapılmıştır. Çalışmada uygulanmış olan “Tıbbi Hatalara İlişkin Tutum Ölçeği” iki ölçümü arasında yaklaşık olarak iki yıldan daha uzun bir süre geçmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü kurumda çalışanların devir hızının yüksek olması nedeni ile girişim öncesi ve girişim sonrası 6. ayda araştırmaya katılan çalışan sayılarında değişim olmuştur. Aynı katılımcılara kurum içinde yer değişikliği yapılması nedeni ile ulaşmakta zorluklar yaşanmıştır. Ayrıca tayin (özellikle araştırma sürecinde alt bölge tayin koşullarının kolaylaşmasına bağlı alt bölge tayinlerinin çok sayıda olması), emeklilik, doğum sonrası iki yıl izinli olabilme hakkının verilmesi, raporlu olma, yıllık izinler ve diğer

kurumdan ayrılma nedenleri (geçici görevlendirme, Genel Sekreterliğin başka hastanelerine geçme, kuruma yeni bağlanan askeri hastaneye çalışan geçişi) ile veri kaybı olmuştur.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın tüm aşamaları için, araştırmanın uygulandığı hastaneden kurum izni ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No: 2012/11-10, Karar Tarihi= 22.03.2012) gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılar anket formlarını isim belirtmeksizin doldurmuşlardır.



4. BULGULAR

Bulgular nicel ve nitel bulgular olmak üzere iki başlık olarak ele alınmıştır.

4.1. Nicel Bölüm

İlk bölümde yer alan nicel bulgular dört başlık altında verilmiştir.

- Çalışanların sosyo demografik ve çalışma özellikleri
- Tıbbi hata tutum ölçeği ve alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Çalışanların girişim öncesi ve sonrası tıbbi hata tutumlarının değerlendirilmesi
- Olay raporlama sayısı ve türleri

4.1.1. Çalışanların Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri

Tablo 4. Girişim Öncesi ve Sonrası Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Girişim Öncesi (n=652)		Girişim Sonrası (n=401)	
Yaş	(X±SS=36.4±8.1)		(X±SS=39.5±7.2)	
	n	%	n	%
20-29	131	20.1	44	11.0
30-39	298	45.7	162	40.4
40-49	176	27.0	162	40.4
50 ve üzeri	47	7.2	33	8.2
Cinsiyet				
Kadın	599	91.9	373	93.0
Erkek	53	8.1	28	7.0
Eğitim durumu				
Lise	92	14.1	35	8.7
Ön lisans	227	34.8	131	32.7
Lisans	293	45.0	182	45.4
Lisansüstü	40	6.1	53	13.2

Çalışmaya katılan çalışanların girişim öncesi ve sonrası sosyodemografik özellikleri Tablo 4'de gösterilmektedir. Girişim öncesi örnekleme oluşturan çalışanların %45.7'si 30-39 yaş grubundadır ve yaş ortalamaları 36.4 ± 8.1 'dir. Çalışanların %91.9'u kadın ve %44.9'u lisans mezunudur (Tablo 4).

Girişim sonrası örnekleme oluşturan çalışanların %40.4'ü 30-39 ve 40-49 yaş grubundadır ve yaş ortalamaları 39.5 ± 7.2 'dir. Çalışanların %93'ü kadın ve %45.4'ü lisans mezunudur (Tablo 4).

Tablo 5. Girişim Öncesi ve Sonrası Katılımcıların Çalışma Özellikleri

Özellikler	Girişim Öncesi (n=652)		Girişim Sonrası (n=401)	
	n	%	n	%
Meslek				
Hemşire	533	81.7	334	83.3
Ebe	73	11.2	51	12.7
Acil Tıp Teknisyeni	11	1.7	2	0.5
Diğer*	35	5.4	14	3.5
Meslekte çalışma süresi	$(\bar{X} \pm SS = 15.8 \pm 9.1)$		$(\bar{X} \pm SS = 19.2 \pm 8.4)$	
5 yıl ve altı	119	18.3	24	6.0
6-10 yıl	94	14.4	51	12.7
11-15 yıl	116	17.8	61	15.2
16-20 yıl	112	17.2	80	20.0
21-25 yıl	107	16.4	81	20.2
26 yıl ve üzeri	104	16.0	104	25.9
Hastanede çalışma süresi	$(\bar{X} \pm SS = 9.5 \pm 7.7)$		$(\bar{X} \pm SS = 12.9 \pm 7.7)$	
5 yıl ve altı	250	38.3	81	20.2
6-10 yıl	172	26.4	120	29.9
11-15 yıl	90	13.8	65	16.2
16 yıl ve üzeri	140	21.5	135	33.7
Çalışılan birim				
Cerrahi birimler	136	20.9	84	20.9
Dahili birimler	123	18.9	79	19.7
Poliklinik ve tetkik birimleri	100	15.3	36	9.0
Yoğun bakım	91	14.0	68	17.0
Ameliyathane	84	12.9	50	12.5
Acil	55	8.4	28	7.0
Yönetim**	17	2.6	13	3.2
Diğer***	46	7.1	43	10.7
Birim çalışma süresi	$(\bar{X} \pm SS = 3.9 \pm 4.3)$		$(\bar{X} \pm SS = 5.3 \pm 5.4)$	
5 yıl ve altı	512	78.5	271	67.6
6-10 yıl	95	14.6	85	21.2
11 yıl ve üzeri	45	6.9	45	11.2
Çalışma şekli				
Gündüz	262	40.2	148	36.9
Gündüz/gece	326	50.0	237	59.1
Gece	64	9.8	16	4.0
Hafalık çalışma saati	$(\bar{X} \pm SS = 44.9 \pm 6.2)$		$(\bar{X} \pm SS = 46.7 \pm 11.3)$	
40 saat ve altı	246	37.7	194	48.4
41 saat ve üzeri	406	62.3	207	51.6
Tıbbi hata eğitimi durumu				
Evet	304	46.6	335	83.5
Hayır	348	53.4	66	16.5

*Diğer: Sağlık Memuru/Toplum Sağlığı/Diyaliz Teknisyeni

**Yönetim: SBHM, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Hizmet İçi Eğitim, KYB, Ulusal Hasta Birimi ve Çalışan Hakları birimlerini içermektedir.

***Diğer: Mahkum koğuşu, doğum salonu, diyaliz ve onkoloji ayaktan birimlerini içermektedir.

Çalışmaya katılan çalışanların girişim öncesi ve sonrası çalışma özellikleri Tablo 5'de gösterilmiştir. Buna göre girişim öncesi örneklemi oluşturan çalışanların %81.7'si hemşiredir. Meslekte çalışma süresi ortalaması 15.8 ± 9.1 yıl'dır ve çalışanların %18.3'ü meslekte beş yıl ve daha az süredir görev yapmaktadır. Hastanede çalışma süresi ortalaması 9.5 ± 7.7 yıl ve katılımcıların %38.3'ü hastanede 0-5 yıl arasında çalışmaktadır. Çalışanların %20.9'u cerrahi birimlerde, %18.9'u dahili birimlerde, %15.3'ü poliklinik ve tetkik birimlerinde, %14'ü yoğun bakımlarda çalışmaktadır. Birim çalışma süresi ortalaması 3.9 ± 4.3 yıl ve katılımcıların %78.5'i beş yıl ve daha az süredir aynı birimde çalışmaya devam etmektedir. Katılımcıların %50'si gündüz/gece, haftalık ortalama 44.9 ± 6.2 saat çalışmaktadır, ayrıca çalışanların hepsi kadrolu olup, %53.4'ü tıbbi hatalar konusunda bir eğitim almamıştır.

Girişim sonrası örneklemi oluşturan çalışanların %83.3'ü hemşiredir. Meslekte çalışma süresi ortalaması 19.2 ± 8.4 yıldır ve çalışanların %25.9'u meslekte 26 yıl ve üzerinde görev yapmaktadır. Hastanede çalışma süresi ortalaması 12.9 ± 7.7 yıl ve katılımcıların %33.7'si hastanede 16 yıl ve üzerinde süredir çalışmaktadır. Çalışanların %20.9'u cerrahi birimlerde, %19.7'si dahili birimlerde, %17'si yoğun bakımlarda, %12.5'i ameliyathanede, çalışmaktadır. Birim çalışma süresi ortalaması 5.3 ± 5.4 yıl ve katılımcıların %67.6'sı beş yıl ve daha az süredir aynı birimde çalışmaya devam etmektedir. Katılımcıların %59.1'i gündüz/gece, haftalık ortalama 46.7 ± 11.3 saat çalışmaktadır, ayrıca çalışanların %83.5'i tıbbi hatalar konusunda bir eğitim almıştır (Tablo 5).

4.1.2. Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Çalışmadaki katılımcıların, THTÖ alt boyutlarını içeren maddelere ilişkin yanıtları katılma durumu (tamamen katılıyorum+ katılıyorum); kararsızım ve katılmama durumu (hiç katılmıyorum+ katılmıyorum) girişim öncesi örneklem (n=652), girişim sonrası örneklem (n=401) olarak Tablo 6 'da sunulmuştur.

Tablo 6. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Girişim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi

Madde	Katılma				Kararsızlık				Katılmama			
	Girişim öncesi		Girişim sonrası		Girişim öncesi		Girişim sonrası		Girişim öncesi		Girişim sonrası	
Tıbbi Hata Algısı Alt Boyutu	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	59	9	54	13.4	113	17.3	99	24.7	480	73.6	248	61.9
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	49	65.8	315	78.6	119	18.3	53	13.2	104	16	33	8.2
Tıbbi Hata Yaklaşımı Alt Boyutu	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	629	96.5	393	98	8	1.2	4	1.0	15	3.3	4	0.9
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	561	86	354	88.3	59	9	41	10.2	32	5.0	6	1.5
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	54	8.2	33	8.2	79	12.1	9	22.4	519	79.6	278	69.3
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	528	80.9	356	88.8	50	7.7	25	6.2	74	11.3	20	4.9
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	625	95.9	391	97.5	13	2.0	8	2.0	14	2.2	2	0.5
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	274	42	105	26.1	135	0.7	88	21.9	243	37.2	208	51.9
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	176	27	112	27.9	302	46.3	187	46.6	174	26.7	102	25.5

Tablo 6. (Devam) Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Girişim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi

Madde	Katılma				Kararsızlık				Katılmama			
	Girişim öncesi		Girişim sonrası		Girişim öncesi		Girişim sonrası		Girişim öncesi		Girişim sonrası	
Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyutu	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	220	33.7	133	33.1	166	25.5	130	32.4	266	40.8	138	34.4
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	385	59.1	250	62.3	147	22.5	71	17.7	120	18.4	80	19.9
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	383	58.7	216	53.9	137	21.0	91	22.7	132	20.3	94	23.4
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını arttırır.	613	94	216	96.5	15	2.3	91	1.5	24	3.7	94	1.9
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları arttırır.	621	95.2	387	97.3	19	2.9	11	2.7	12	1.8	5	1.2
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	500	76.7	341	85	105	16.1	40	10.0	47	7.3	20	4.9
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini arttırır.	562	86.2	369	92	52	8	21	5.2	38	5.8	11	2.7

Tıbbi hatalarda tutum ölçeği ve alt boyutlarının girişim öncesi ve sonrası değerlendirilmesi Tablo 6'da sunulmuştur. Tıbbi hata algısına ait maddelere girişim öncesi ve sonrası verilen yanıtların dağılımı incelendiğinde; "Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur" ifadesine katılma oranı girişim öncesi %9 iken girişim sonrası ise %13.4'e yükselmiştir. "Tıbbi hata yapıldığında anlayışlı olunmalıdır" maddesine çalışanların girişim öncesi %65.8'i; girişim sonrası ise %78.6'sı katılmıştır (Tablo 6).

Tıbbi hata yaklaşımı alt boyutuna ait maddelerin dağılımı incelendiğinde; "Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır" ifadesine girişim öncesi çalışanların %96.5'i, girişim sonrası %98'i; "Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım" ifadesine girişim öncesi %86'sı girişim sonrası %88.3'ü; "Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler" ifadesine girişim öncesi %80.9'u girişim sonrası %88.8'i; "Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır" ifadesine girişim öncesi %95.9'u girişim sonrası %97.5'i katılmıştır. Ölçekte ters olarak puanlanan 10. ve 13. maddelere verilen yanıtlar incelendiğinde, " 10. madde olan "Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım" ifadesine kararsızım yanıtını verenlerin oranı girişim öncesi %12.1; girişim sonrası %22.4 olarak artış göstermiştir. Ters puanlanan 13. madde olan "Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur" ifadesine girişim öncesi çalışanların %42'si girişim sonrası ise % 26.1'i katılmıştır. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır" ifadesine çalışanların girişim öncesi %46.3'ü girişim sonrası ise %46.6'sı kararsızım yanıtını vermiştir. Ölçek maddeleri arasında en fazla kararsızlık yanıtı girişim öncesi ve sonrası bu maddeye verilmiştir (Tablo 6).

Tıbbi hata nedenleri alt boyutuna ait maddelerin dağılımı incelendiğinde; 4. madde olan "Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır" ifadesine çalışanların kararsızım yanıtını verenlerin oranı girişim öncesi %25.5; girişim sonrası %32.4 olarak artış göstermiştir. "Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır" ifadesine çalışanların girişim öncesi %59.1'i girişim sonrası %62.3'ü; "Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır" ifadesine girişim öncesi %58.7'si girişim sonrası %53.9'u katılmıştır. "Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını arttırır" ifadesine çalışanların girişim öncesi %94.ü girişim sonrası % 96.5'i; "Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları arttırır" ifadesine girişim öncesi %95.2'si girişim sonrası %97.3'ü katılmıştır. "Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır" ifadesine çalışanların girişim öncesi %76.7'si girişim sonrası %85'i ve "Tıbbi hataların

bildirilmesi hasta güvenliğini artırır" ifadesine ise girişim öncesi %86.2'si girişim sonrası ise %92'si katılmıştır (Tablo 6).

4.1.3. Çalışanların Girişim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hata Tutum Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Çalışanların girişim öncesi ve sonrası tıbbi hata tutum ortalamaları, THTÖ alt boyut, madde ve ölçek geneli sonuçlarına göre değerlendirilmiş ve aşağıda sunulmuştur.

Tablo 7. Girişim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hata Tutum Ölçeği, Alt Boyutları ve Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=401)

Maddeler (THTÖ)	Girişim öncesi X± SS	Girişim sonrası X± SS	t	p
Tıbbi Hata Algısı	2.85±.74	3.14±.73	-5.437	.000
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	2.14±.90	2.39±.95	-3.821	.000
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	3.56±.91	3.88±.84	-5.149	.000
Tıbbi Hataya Yaklaşım	3.79±.42	3.91±.43	-4.085	.000
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	4.38±.70	4.44±.58	-1.384	.167
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	4.17±.78	4.23±.69	-1.106	.270
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	3.88±.85	3.78±.88	1.559	.120
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	3.97±.96	4.19±.79	-3.362	.001
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	4.33±.61	4.38±.55	-1.311	.191
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	2.90±1.02	3.34±1.6	-6.140	.000
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	.92±.91	3.03±.94	-1.539	.125
Tıbbi Hata Nedenleri	3.79±.43	3.88±.45	-2.766	.006
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	2.87±1.02	2.99±.97	-1.613	.107
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	3.45±.91	3.50±.93	-.838	.402
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	3.44±.90	3.35±.94	1.453	.147
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	4.42±.69	4.48±.64	-1.340	.181
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	4.45±.69	4.51±.61	-1.173	.242
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	3.83±.78	4.04±.74	-3.792	.000
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	4.07±.82	4.29±.70	-4.095	.000
TIBBİ HATA TUTUM	3.67±.32	3.80±.34	-5.344	.000

Tıbbi Hata Tutum Ölçeği'nin madde ifadelerinin girişim öncesi ve sonrası 6. ayda karşılaştırılmasına ilişkin yapılan t testi sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir. “Tıbbi Hata Algısı” alt boyutu 1. maddesi olan “Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur” ifadesine ait yapılan ölçümler arasında ($t=-3.821$, $p=.000$) ve alt boyutun 2. maddesi olan “Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır” ifadesine ait yapılan ölçümler arasında ($t=-5.149$, $p=.000$) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur.

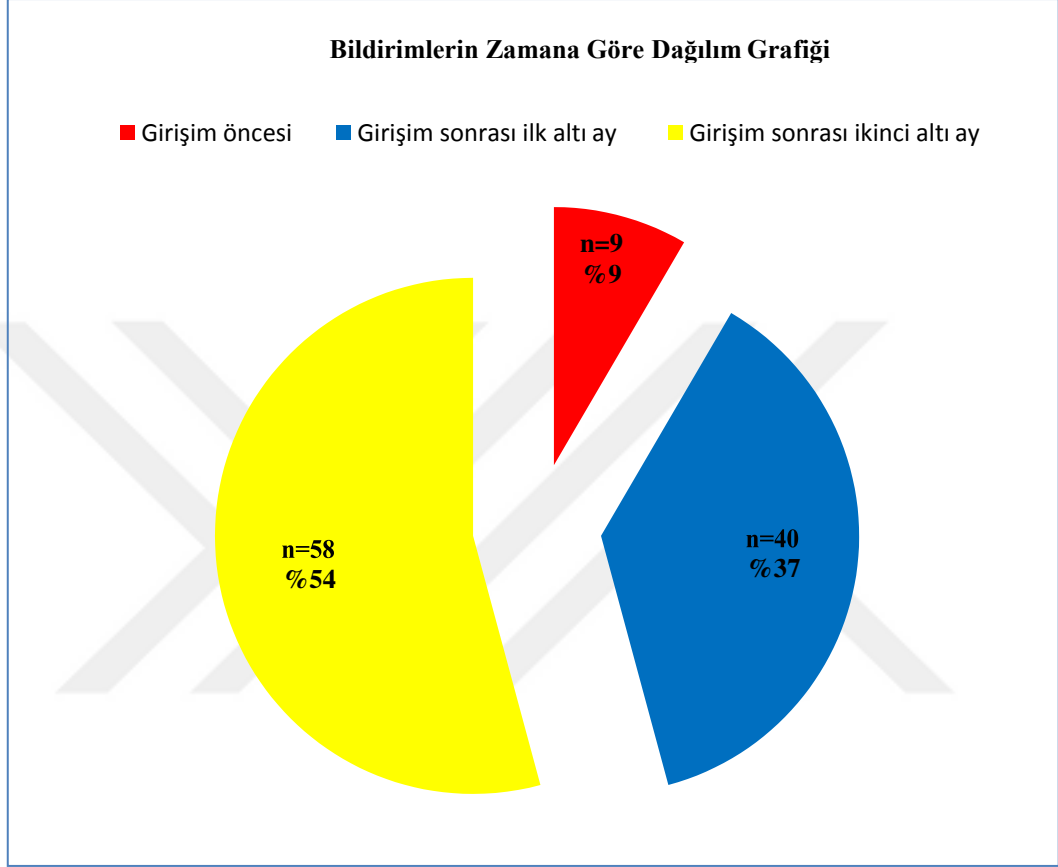
“Tıbbi Hataya Yaklaşım” alt boyutunda; 11. madde olan “Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler” ifadesine ait yapılan ölçümler arasında ($t=-3.362$, $p=.001$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Alt boyutun 13. maddesi olan “Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur” ifadesine ait yapılan ölçümler arasında ($t=-6.140$, $p=.000$) ise istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur. Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyutunun diğer maddelerine ait ifadelerin girişim öncesi ve sonrası ölçümleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$).

“Tıbbi Hata Nedenleri” alt boyutunda; 15. madde olan “Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır” ifadesine ait yapılan ölçümler arasında ($t=-3.792$, $p=.000$) ve 16. madde olan “Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır” ifadesine ait yapılan ölçümler arasında ($t=-4.095$, $p=.000$) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur. Tıbbi Hata Nedenleri alt boyutunun diğer maddelerine ait ifadelerin girişim öncesi ve sonrası ölçümleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Ölçeğin “Tıbbi Hata Algısı” ($t=-5.437$, $p=.000$) ve “Tıbbi Hataya Yaklaşım” ($t=-4.085$, $p=.000$) alt boyutları ile “Tıbbi Hata Tutum” genel ölçümü puan ortalamaları açısından girişim öncesi ile girişim sonrası 6. ayda yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur. “Tıbbi Hata Nedenleri” alt boyutu ölçümü puan ortalamaları açısından ise girişim öncesi ile sonrası yapılan ölçümler arasında ($t=-2.766$, $p=.006$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 7).

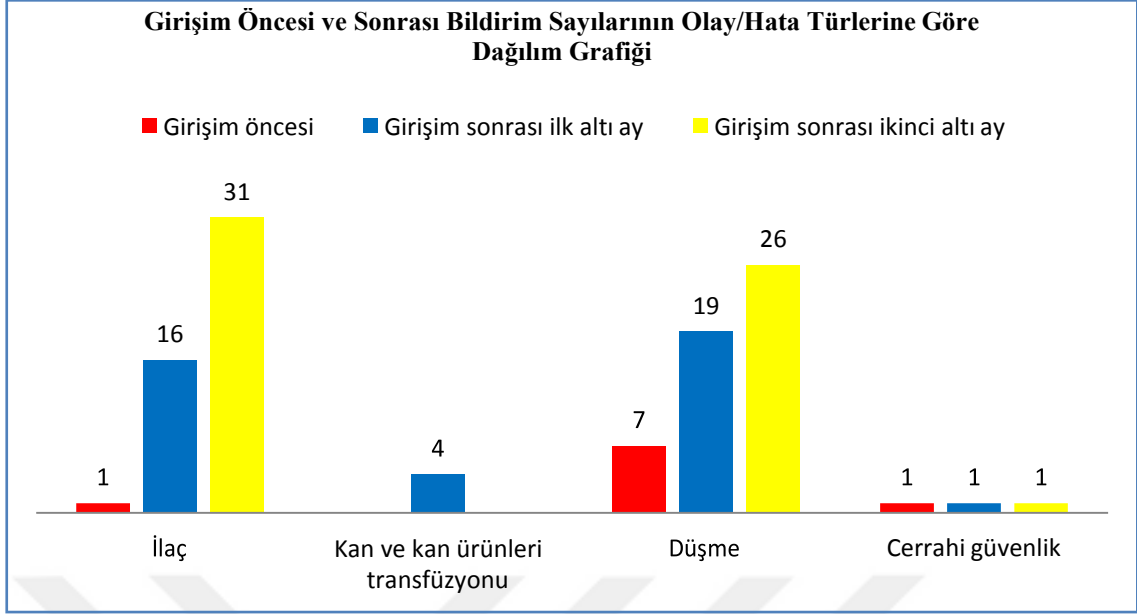
4.1.4. Olay/ Hata Raporlama Sayısı ve Türleri

Bu bölümde, kurumda bulunan bildirim sistemine raporlanan ilaç, kan ve kan ürünleri transfüzyonu, cerrahi güvenlik olayları ile form aracılığıyla bildirimi yapılan düşme olayı bildirim verilerinden elde edilmiş olan olay/hata sayısı ve türleri sunulmuştur.



Şekil 11. Bildirimlerin Zamana Göre Dağılımı

Bildirimlerin girişim öncesi ve sonrası dağılımı incelendiğinde; girişim öncesi toplam dokuz olay/hata bildirimi yapıldığı; girişim sonrası ilk altı ayda bildirimlerin yükseldiği ve 40 olduğu, girişim sonrası ikinci altı ayda ise yükselmenin devam ettiği ve 58 bildirimin yapıldığı ayrıca girişim sonrası bir yıl sonunda toplam 98 bildirime ulaşıldığı belirlenmiştir. Girişim sonrası ilk altı ayda bildirimler öncesine göre yaklaşık 3.5 kat; bir yıl sonunda ise yaklaşık 10 kat artmıştır (Şekil 11).



Şekil 12. Girişim Öncesi ve Sonrası Bildirim Sayılarının Olay/Hata Türlerine Göre Dağılımı

Girişim öncesi ve sonrası bildirim sayılarının olay/hata türlerine göre dağılımı Şekil 12’de sunulmuştur. Buna göre ilaç olayı bildirimleri, girişim öncesi altı aylık bildirimlere göre, girişim sonrası ilk altı ayda 15 kat; girişim sonrası ikinci altı ayda, girişim öncesine göre 30 kat artmıştır. Ayrıca girişim sonrası ikinci altı ayda, girişim sonrası ilk altı aya göre, ilaç olayı bildirimleri yaklaşık bir kat artmıştır (Şekil 12).

Kan ve kan ürünleri transfüzyonu olayına ilişkin bildirimler incelendiğinde; girişim öncesi ve girişim sonrası ikinci altı ayda bildirim olmadığı, girişim sonrası ilk altı ayda 4 bildirim yapıldığı görülmektedir (Şekil 12).

Düşme olayına ilişkin bildirimler incelendiğinde; girişim öncesi altı aylık bildirimlerin, girişim sonrası ilk altı ayda 1.7 kat; girişim sonrası ikinci altı ayda ise girişim öncesine göre 2.7 kat arttığı belirlenmiştir. Ayrıca girişim sonrası ikinci altı ayda, girişim sonrası ilk altı aya göre, düşme olayı bildirimlerinin yaklaşık 0.4 kat arttığı belirlenmiştir (Şekil 12).

Bir diğer bildirim türü olan cerrahi güvenlik olaylarında girişim öncesi ve sonrası herhangi bir değişiklik olmadığı bildirimlerin az ve aynı sayıda (n=1) olduğu belirlenmiştir (Şekil 12).

Tablo 8. Girişim Öncesi Bildirimlerin Türleri, Konusu ve Dağılımı

Olay/Hata Türü		Bildirim Konusu	
	Hatalı İşlem	Açıklama	n
İlaç	Transfer	Eczaneden yanlış ilacın verilmesi	1
Düşme	Hasta Düşmesi	Düşme	7
Cerrahi güvenlik	Diğer	Uygun olmayan ürün kullanılması	1

Girişim öncesi bildirimlerin türleri, konusu ve dağılımı Tablo 8’de sunulmuştur. Buna göre ilaç olayı bildirimi bir tanedir ve bildirim konusu eczane ile ilgili transfer hatasıdır. Düşmelerle ilgili ise yedi bildirim yapıldığı ve tüm bildirimlerin konusunun hasta düşmeleri olduğu belirlenmiştir. Girişim öncesi cerrahi güvenlik olayı bildirimi bir tane olup, konusu diğer hatalı işlemler sınıflandırması kapsamında uygun ürün kullanılmamasına ilişkindir.

Tablo 9. Girişim Sonrası İlaç Olay Bildirimlerinin Türleri, Konusu ve Dağılımı

Bildirim Konusu		
Hata İşlem	Açıklama	n
İstem	➤ Dekort 0.5mg 1x1 yerine Dekort 0.5 mg 1x1mg olarak istem yapılması ➤ İlaç adında kısaltma kullanımı (aynı konuya ilişkin 3 bildirim) ➤ Anneye yapılması gereken Anti- D Win RHO 300 mcg ilacın bebek üzerine istenmesi ve eczaneden reddedilmesi ➤ Hekimlerin...400 mg 2x0.5mg istem yapıp ilaç açıklama kısmına 200mg/gün yazması ➤ Aynı ilacın farklı dozlarda istem yapılması	7
Transfer	➤ Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması (aynı konuya ilişkin 2 bildirim) ➤ İzotonik, teobag, dextran-40, dextroz (%5/%10/%20), mannitol, isolayt-M, izolen gibi hipotonik ve hipertonic sıvı ve ilaçların eczane görevlileri dışında hasta bakım personeli tarafından hazırlanması ve yanlış gönderilmesi ➤ Efervesan ve tablet ilaçların son kullanma tarihinin yazmaması ➤ Eczaneden Desefin 1gr yerine Devasid 1 gr gönderilmesi. Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması ➤ İlaçların kutusundan çıkarılarak gönderilmesi (yanlış paketleme) ➤ Eczaneden eksik doz ilaç gönderilmesi/ yanlış doz (yetersiz) (aynı konuya ilişkin 3 bildirim) ➤ Hazırlanan ilacın başka servise gönderilmesi ➤ Eczaneden yanlış ilaçların transferi (aynı konuya ilişkin 2 bildirim) %3'lük NaCl hipertonic serumun yüksek riskli ilaç etiketi ile gönderilmemesi ➤ Eczaneden gelen ilaçların etiketlenmemesi (aynı konuya ilişkin 2 bildirim) ➤ Eczaneden yanlış ilacın verilmesi ➤ Eczane tarafından Mepolox ilacı yerine Mofelox ilacının verilmesi	17
Hazırlama	➤ Hekim isteminin yanlış yorumlanması Sulinx 75mg 1x2 isteminin 150 mg 1x2 olarak izinli hastaya paketlenerek hazırlanması	1
Uygulama	➤ Prednol 40mg 1x1.25 istemin eczaneden Prednol 40 mg 1x1 şeklinde eksik gönderilmesine bağlı hastaya eksik doz uygulanması ➤ Uygunsuz setlerin kullanımı nedeni ile hazırlanan ilacın eksik dozda hastaya uygulanması (aynı konuya ilişkin 3 bildirim) ➤ Tedavilerin iş yoğunluğuna bağlı geç uygulanması /yanlış zaman (aynı konuya ilişkin 4 bildirim) ➤ İlaçların transferinin personel yetersizliğine bağlı geç gelmesi nedeniyle yanlış zamanda uygulanması (aynı konuya ilişkin 3 bildirim) ➤ Acil serviste kimlik tanımlayıcı kullanılmaması nedeni ile yanlış hastaya ilaç uygulama riski ➤ Merosid 3x1gr ilaç dozunun eczaneden eksik gönderilmesi sonucu yanlış doz(yetersiz) ➤ Yoğun Bakıma eczaneden hazırlanmış olan ilaçların geç gelmesi nedeniyle tedavi planının aksaması ➤ Endoxsan kemoterapi ilacının yanlış teknikle uygulanması ➤ Enjektörlerin uygunsuz olması nedeni ile ilaçların sızması ve eksik doz uygulanması ➤ 150 cc İzotonik mediflekslerin 150 cc olmaması (130-140cc olması) nedeniyle hekim istemine uygun dozda ilaç uygulanmaması/yanlış doz ➤ Personel yetersizliği nedeni ile ilaçların zamanında uygulanmaması ➤ Hekim istemi dışında ilaç uygulanması ➤ Mahkum hastanın refakatçısı olmadığı için dış reçete yapılan ilacın alınamamasına bağlı tedavinin uygulanmaması ➤ Yanlış ilaç uygulanması	21
Uygulama Sonrası	➤ İlaç uygulamasının kayıt altına alınmaması	1

Girişim sonrası ilaç olay bildirimlerinin türleri, konusu ve dağılımı Tablo 9’da sunulmuştur. Buna göre ilaç hatalarına ilişkin en çok bildirimi yapılan hatalı işlemler sırasıyla uygulama (n= 21) ve transfer (n= 17) kapsamındaki olaylardır. Uygulama hatalarının personel yetersizliği, iş yoğunluğu, uygunsuz ürün kullanımı ve ilaçların eczaneden geç ve eksik gelmesi nedenleri ile en fazla “yanlış zaman” ve “yanlış doz” hatası olduğu belirlenmiştir. En az bildirimi yapılan hatalı işlemler; hazırlama ve uygulama sonrası sınıflamasına ilişkin konular olup bildirim sayısı bir tanedir.

Tablo 10. Girişim Sonrası Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu Olayı Bildirimlerinin Türleri, Konusu ve Dağılımı

Bildirim Konusu		
Hatalı İşlem	Açıklama	n
Tedavi ya da doz ihmali	Eritrosit ürünün yoğun olmasına bağlı gönderilememesi	1
Yanlış hasta	Aynı isimli hastaların karışması sonucu yanlış hastaya kan takılması	1
Yanlış dağıtım etiketi	Numune alma tüpleri üzerine yapıştırılan barkodun hasta tanımlayıcı bilgiler ile aynı olmaması	1
Yanlış kan /kan ürünü	Kan merkezinden yanlış kan ürünün verilmesi	1

Girişim sonrası kan ve kan ürünleri transfüzyonu olay bildirimlerinin türleri, konusu ve dağılımı Tablo 10’da sunulmuştur. Tablo incelendiğinde; bildirimi yapılan hata konularının; yanlış hasta, yanlış kan ürünü, yanlış dağıtım etiketi ve tedavi ihmali hatalı işlem sınıflaması ile birbirinden farklı olduğu ayrıca, her bildirim konusundan bir tane bildirim yapıldığı görülmektedir.

Girişim sonrası düşme olayı bildirimlerin türleri, konusu ve dağılımı incelendiğinde; tüm bildirimlerin hasta düşmesi ile sonuçlandığı ve toplam 45 bildirimin yapıldığı saptanmıştır.

Girişim sonrası cerrahi güvenlik olayı bildirimlerin türleri, konusu ve dağılımı incelendiğinde; “ameliyathane cerrahi işlem hazırlığı” hatalı işlem sınıflaması kapsamında “oda sıcaklığı/nemin uygunsuzluğu” hakkında iki bildirimin yapıldığı belirlenmiştir.

Tablo 11. Girişim Öncesi Bildirimlerin Türlerine ve Hasta Sonuçlarına Göre Dağılımı

Hasta Sonucu	Olay/Hata Türü			
	İlaç	Düşme	Cerrahi güvenlik	Toplam
	n	n	n	
Ramak kala	1	-	-	1
Gerçekleşen Hata	-	7	1	8
Toplam	1	7	1	9

Girişim öncesi bildirimlerin türlerine ve hasta sonuçlarına göre dağılımı Tablo 11’de sunulmuştur. Verilere göre girişim öncesi toplam dokuz olay/hata bildirimi yapılmış olup, bildirimi yapılan olayların neredeyse tamamının gerçekleşen yani hastaya ulaşan hatalar olduğu saptanmıştır (n=8).

Tablo 12. Girişim Sonrası Bildirimlerin Türlerine ve Hasta Sonuçlarına Göre Dağılımı

Hasta Sonucu	Olay/Hata Türü				
	Kan ve kan		Düşme	Cerrahi güvenlik	Toplam
	İlaç	ürünleri transfüzyonu			
	n	n	n	n	
Ramak kala	28	2	-	2	32
Gerçekleşen Hata	19	2	45	-	66
Toplam	47	4	45	2	98

Girişim sonrası bildirimlerin türlerine ve hasta sonuçlarına göre dağılımı Tablo 12’de sunulmuştur. Buna göre bildirimi yapılan ilaç hatalarının çoğu ramak kaladır (n=28). Bildirimi yapılan düşme olaylarının ise hepsi hastaya ulaşan gerçekleşen hatalar (n=45) olup, bildirimi az olan cerrahi güvenlik olaylarının ise ramak kala olduğu saptanmıştır.

4.2. Nitel Bölüm

Bu bölümde yer alan nitel bulgular iki başlık altında verilmiştir.

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri
- Çalışanların tıbbi hataların bildiriminde engel konusu olan korku kültürünün ortadan kaldırılmasına yönelik görüşlerini belirlemek için yapılan içerik analizi sonuçları

4.2.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 13. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş ($\bar{X} \pm SS = 33.0 \pm 6.5$)		
20-25	2	15.3
26-31	4	30.7
32-37	3	23.0
38-43	4	30.7
Eğitim Durumu		
Lise	2	15.3
Ön lisans	1	7.6
Lisans	8	61.5
Lisansüstü	2	15.3
Çalışmakta Olduğu Klinik		
Dahili Birimler	4	30.7
Cerrahi Birimler	2	15.3
Yoğun Bakım	2	15.3
Acil	2	15.3
Ameliyathane	2	15.3
Tetkik Birimi*	1	7.6
Mesleki Deneyim($\bar{X} \pm SS = 11.9 \pm 8.1$)		
0-10 yıl	6	46.1
11-20 yıl	4	30.7
21 yıl ve üzeri	3	23.0

* Tetkik Birimi: Poliklinik, endoskopi ve angio ünitesi ile onkoloji ayaktan birimlerini içermektedir.

Katılımcıların %30.7'si 26-31 ve 38-43 yaş grubunda olup, yaş ortalaması 33.0 ± 6.5 'dir. Çalışanların %61.5'i lisans mezunudur. Katılımcıların çalışmakta oldukları klinikler

incelendiğinde; %30.7'sinin dahili birimlerde, %15.3'ünün ise cerrahi, yoğun bakım, acil ve ameliyathane birimlerinde çalışmakta olduğu görülmektedir. Ayrıca, katılımcıların çoğu (%46.1) 0-10 yıllık bir mesleki deneyime sahip olup mesleki deneyim süresi ortalaması 11.9 ± 8.1 'dir (Tablo 13).

4.2.2. Sağlık Çalışanlarının Korku Kültürünün Ortadan Kaldırılmasına Yönelik Görüşleri

Bu bölümde sağlık çalışanlarının tıbbi hataların bildiriminde engel konusu olan korku kültürünün ortadan kaldırılmasına yönelik görüşlerini anlamak için yapılan içerik analizi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 14. Sağlık Çalışanlarının Korku Kültürünün Ortadan Kaldırılmasına Yönelik Görüşleri Ana Temalar ve Alt Kategoriler

Ana Tema	Alt Kategoriler
Eğitim/Bilgilendirme	Hukuki Süreç Bildirim Süreci Mesleki ve Farkındalık Eğitimi
Yöneticilerden Beklentiler	Yönetimsel Yaklaşım Cezalandırmama
Kolaylaştırıcı Girişimler	Farkındalık Yaratma Ekip Desteği Motivasyon/Cesaretlendirme

4.2.2.1. Eğitim/Bilgilendirme

Çalışmaya katılan sağlık çalışanları tıbbi hataların bildiriminde korku engelinin aşılabilmesi için eğitim ve bilgilendirmenin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Yönetici ya da farklı düzeydeki kişilerden, hukuki süreç, bildirim sistemi/süreci ve mesleki konular hakkında eğitim almayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

Hukuki Süreç

Görüşmeye katılan çalışanlar hata yapıldıktan sonraki hukuki süreç, cezalar ve sınıflandırması, disiplin süreci hakkında bilgi/eğitim almanın korkuyu azaltacağı yönünde görüşlerini ifade etmişlerdir.

"Tekrar başa dönüyorum ama işte şuna şu ceza verilir ya da başhemşireliğe geldiğimizde bu davalık olacak mı bunu bilmek lazım. Bildirdiğinde karşı taraf bize ne yapacak, ben bunu niye bildiriyorum yani cevap karşı tarafta aslında ne yapılacak bana bunu söylediğimde. Yasal boyutu bilmeliyiz öğrenmeliyiz. Mahkemede ne yapılabilir üç aşağı beş yukarı. Bunlar önemli. Bunu bilmeli hakkımız olarak da bilmeliyiz aslında böyle bir hatada başımıza ne gelecek bu çok önemli bence." [40 yaşında, kadın, hemşire]

".....hani bildirimden sonra ne gibi bir yasal süreç bekliyor onu bir bilmesi gerekiyor ve aslında sadece hemşirelerin değil hekimlerin de aynı şekilde bilgilendirilmesini düşünüyorum çünkü bazen gerçekten hani bildirilmemesinin nedenleri arasında hekimler de olabiliyor e bazı şeyleri yapmış ya da yapmamış gibi gösterme durumları söz konusu olabiliyor ve o sırada bizim çok fazla bir söz hakkımız olmuyor. Bundan kaynaklı bazen bildirilmeyebiliyor yani çoğu zaman hatta böyle oluyor diyebilirim." [25 yaşında, kadın, hemşire]

"Yani yasal şeyler hani araştırılır mesela bu konuyla ilgili kaç dava var, kaç sonuçlanmış, sonucunda nasıl ceza yani meslekten men edilme kriterleri mesela sunulabilir işte bu kadar dava olmuş bu hemşireler bu bildiğim kadarıyla zaten o kendince pasif ötenazi yapanlar falan onlar meslekten men ediliyor hani yaşam hakkına müdahale ettiği için onun dışında istemeyerek, bilinçli olmadan yani farkında olmadan yapılan şeylerde ben men edilmeye ilgili hani bütün şeyleri taramadım ama araştırdığım böyle takip ettiğim kadarıyla daha doğrusu öyle bir şey yok buna dair bir sunum yapılabilir." [30 yaşında, kadın, hemşire]

"Hani söylersen ne olacak ve benim başıma birsorun gelirse diye korku bundan dolayı var hani bir sorun gelmeyeceğinin eğitiminin verilmesi gerekli diyeyim. Yönetimsel yönetim eğitimlerimiz belki çok iyi değil veya idari soruşturma ne olacak, başına ne geleceğini bilmiyoruz. bu konularla ilgili. Hiç bilmiyoruz idari soruşturma nasıl olur yoksa ceza soruşturması mı olur mahkemeye mi düşeriz gerçekten sağlık alanında bizim hiç bu konuda bilgimiz yok." [40 yaşında, kadın, hemşire]

"Yani ceza tekniğinin uygulanmayacağını bilse belki daha rahat söyler." [28 yaşında, kadın, hemşire]

Bildirim Süreci

Görüşmeye katılan çalışanlar bildirimin amacı ve önemi; bildirim sistemi, konuları ve gizliliği ile bildirim sonrası kurumsal süreç hakkında bilgi/egitim almanın korkuyu azaltma ve bildirimleri artırmak için önemli olduğunu ifade etmişlerdir

“Yani dediğim gibi ilk önce tekrar gibi oluyor ama ilk önce bi hemşirelerin böyle bir bildirim olduğunu herkesin bilmesi gerekiyor.” [25 yaşında, kadın, hemşire]

“Güven verecek başına bir şey gelmeyeceği anlamında güven verecek bu bildirimler konusunda mesela şeyde bile düşme risklerinde bile birçok insan hastayı düşürdüm ben, benim eksikliğim deyip bildirmemekte oysaki hastanın güvenliği için daha ne yapılabilir araştırılıyor orada yani sonuç o ve ne kadar düşme yaşanıyor istatistiksel veri en azından. Bu korku yani neyin neden yapıldığını, bildirim formlarının niçin olduğunu öncelikle anlatmak gerekiyor. Bunun bir geri dönüşümü olmayacağını herhalde bildirmek gerekiyor arkadaşlara ha olmaz mı bir de işin o boyutu var. Süreçle ilişkili çalışanlara bilgi verilirse belki o konuda daha bildirim artabilir.” [40 yaşında, kadın, hemşire]

“Yani aslında çoğu kişi tıbbi bir hata olduğunda nereye bildirmesi gerektiğini de bilmiyor. Hani bu konu ile ilgili belki bir hizmet içi eğitim olsa hani malpraktis ile ilgili işte şöyle şöyle adımları izlemeniz gerekiyor gibi hani belki bu konuda daha iyi olabilir bildirim açısından.” [25 yaşında, kadın, hemşire]

“Açıkçası mesela bunla ilgili ne olduğunu bilmiyorum dedim hani bunla ilgili bilgilendirme yapılabilir. Yani siz bildirimlerinizi yaptığınızda biz şu şekilde irdeliyoruz süreç şu şekilde işliyor şöyle ilerliyor gibi hani bunla ilgili hani bilgilendirme yapılması olabilir.” [34 yaşında, kadın, hemşire]

“..... bildirimlerde mesela o formda kişinin adının çıkmayacağını çoğu arkadaşlar bilmiyor. Hani o hani deşifre olacağını düşünüyor. O formun hangi süreçlerden geçtiği, o formun niçin doldurulduğu bunlar daha iyi ay ay aydınlatılabilir diye düşünüyorum.” [43 yaşında, kadın, hemşire]

Mesleki ve Farkındalık Eğitimi

Görüşmeye katılan çalışanlar, mesleki eğitim konularında eğitim almanın, kurumlarda hizmet içi eğitimlerde hata bildirimlerine yer verilmesinin, hatalar ve bildirim konusunda farkındalık (bilinç) kazanmanın, mesleki uzmanlaşmanın ayrıca yeni başlayanlara ilaçlar konusunda eğitim yapılmasının tıbbi hataları azaltacağını/önleyeceğini düşünmektedir. Çalışanlar, hataların azaldığı ya da önlendiği durumlarda korkunun ortadan kalkacağına inandıkları için, hataları önlemeye ilişkin önerileri ile dolaylı olarak da korkuyu engellemeye ilişkin öneri/düşüncelerini ifade etmişlerdir.

“Mesela enjeksiyon uygulamaları ile ilgili yani hepimiz biliyoruz üniversiteden bilerek mezun oluyoruz ama neticede bir şeyler unutulabiliyor ya da güncelleniyor, değişebiliyor, hani uygulamalar değişebiliyor o yüzden bence sürekli ... her zaman vakit ayrılarak hizmet içi eğitim yapılmasından yanayım. Mesela ben kırmızı alandayım, en çok kırmızı alanda yaptığın uygulamalar, acil durumda yapmış olduğun ilaçlar işte potasyumdur, bikarbonattır, kalsiyumdur ya da diğer yapmış olduğun kardiyopulmoner resüsitasyondaki uygulamalar olabilir yani daha çok hastanın acil durumda girişimde yapmış olduklarımız uygulamalarla ilgili hatalarla alakalı kişiye kişilere çalışan birimdeki kişilere eğitim verildiği takdirde onlar daha aza indirilmiş olacak doğal olarak otomatikman tabi.” [31 yaşında, kadın, hemşire]

“Mesleki eğitim branşlaşma dediğim gibi insan bir konuyu ne kadar iyi bilirse hatasını da o kadar iyi bilir, hatasını bilirse hatasının boyutunun ne olacağını da bilir o yüzden hani bildirim de artabilir korkuda azalabilir.” [40 yaşında, kadın, hemşire]

“.....daha bilgili, daha tecrübeli insanlar çalışabilir hani yazarak üzerine isimleri yazıyoruz ilaçların ama her ne kadar yazsak da herkes hani tradolex’in contromal olduğunu ne bileyim aldolanın şey olduğunu falan bilmiyorlar, karıştırabiliyorlar yani onlar açık açık öğretilmeli yeni gelenlere diye düşünüyorum yani bunlar yapılabilir başka.....[28 yaşında, kadın, hemşire]

“.....hani o yüzden de hani branşlaşmak önemli olabilir burada hani kişinin kendi bilgi ve becerisini geliştirmesi açısından yani ne kadar bilgi ve becerisi gelişmiş olursa kişinin ne kadar kendine öz güveni yerindeyse ne yapacağını ne yapmayacağını bilirse daha az hata yapar ve hani hata yaptıysa da bunu söylemekten korkmaz, ekibinden de korkmaz onlara güvenir, tanır hani bir şüphesi olmaz.”[32 yaşında, kadın, hemşire]

“ Hı hı o belki hani hemşire arkadaşlar arasında grup şeklinde çözülebilecek bir şeydir ya da şöyle söyleyeyim hani herkese eğitim verilebilir çünkü bu herkesin yapabileceği hata olabilir bu hekim, hemşire ya da laborant, acil tıp teknisyeni olarak değişmeyecek çünkü biz insanız insan işi yapıyoruz bu yapılabilecek bir hata biraz bilincimizin gelişmesi lazım öyle düşünüyorum ben.”[28 yaşında, kadın, hemşire]

“Ne yapılabilir konusunda birazda artık aslında belli bir meslek o yani mesleği çalışmaya başladığın zaman bunun bilincinde olmak gerekiyor hani korkmadan yapılması gerekenleri yani herkesin yapabilecek bilinçte olması gerekiyor dolayısıyla bütün çalışanlarında aynı bilinçte hani olduğunu kabul edersek aslında öyle bir korku yersiz olmuş olacak yani hani o yüzden de eğitimlerle herhalde olabilir.” [28 yaşında, kadın, hemşire]

“Yani bu kalite standartlarının gereği bu düşmelerin bildirilmesinin bir gereklilik olduğunu... bunlarla hatalardan öğrenmeyi yerleştirmemiz lazım hani bu bilincin yerleşmesi lazım bu da eğitim ile oluyor diye düşünüyorum.” [43 yaşında, kadın, hemşire]

4.2.2.2. Yöneticilerden Beklentiler

Çalışmaya katılan sağlık çalışanları tıbbi hata yaptıklarında ya da şahit olduklarında hatayı bildirdikten sonra yöneticilerin iletişim, tutum ve davranışlarının korkunun aşılabilmesi açısından önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Yönetimsel Yaklaşım

Görüşmeye katılan çalışanlar, yönetimin desteği, yardım edici, anlayışlı ve yargılayıcı olmayan yaklaşımın uygun olduğunu ayrıca hata bildirimini yapıldıktan ya da hata ortaya çıktıktan sonra yöneticinin çalışanla konuşma, uyarma şeklinin ve iletişim biçiminin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışanlar, yöneticilerin hata yapan kişiyi uygun tarzda sorgulaması/denetlemesinin; rahatlatıcı ve güven verici bir ortamın sağlanmasının; yönetimsel yaptırımların adil olmasının ve hata bildirimine cesaretlendirici yaklaşım tarzının uygulanmasının korkuyu azaltma üzerinde etkili olacağını iletmışlerdir.

“Yani sorumlun seni yargılamayacak yaptığın hata, ... yargılamadığında tabi ki yapan kişi de daha rahat girişim yapacak. Bu sefer yargıladığında bir sonraki hata yaptığında yine

bununla karşılaştığında bu sefer daha çok sıkıntıya girecek tekrar yanlış yapma olasılığı artacak. Yani ben hemşire olarak benim üstümdeki tüm yönetici işte sorumlumdan tutun işte diğer başhemşirelik geri dönenler eğer iletişimlerinde biraz daha yapıcı oldukları takdirde kişilere bildirmekten korkmayacaklar. Hani biraz daha böyle kötü hissetmeni sağladığı için ortam olarak rahat bir ortam değil. Öneri olarak ne olabilir? Biraz daha rahat rahat ortam.”. [31 yaşında, kadın, hemşire]

“Bu oradaki aslında ilişkilerle çok ilgili. Yani birbirimizi tanıyoruz. O anda yaptığında çok iyi bir hemşire ise yetersiz hisset... doğrudan söylenebilir yani sen çok iyi bir hemşiresin, her şeyi düzgün yapıyorsun önem de gösteriyorsun ama bir şekilde bir dalgınlık ya da işte bir boşluk olmuş ve olmuş denilebilir konuşulabilir. Kişinin kendisinin yani cevap vereceği bir şey yani bu. Dikkat mi etmedi, önemsemedi mi, o an bir sıkıntımı vardı, bunu doğrudan hata yapan kişiyle konuşmak lazım. Önce işte bunu ortaya çıkarmak lazım.”[40 yaşında, kadın, hemşire]

“Dediğim gibi zaten bir hata olduğunda hani bağıra bağıra söyleniyor ve hani bu bizi yerecek şekilde söyleniyor hani ve onları şikayet eder gibi söyleniyor dolayısıyla öncelikle bizim hani kendi sorumlumuzun bizim arkamızda durması gerekiyor. Bizi desteklemesi gerekiyor ki bizde hani ona güvенеbileceğimizi bilelim hani ona güvenemeyeceğimizi bildiğimiz için bizde hani bunu çok fazla dile getirmiyoruz.” [28 yaşında, kadın, hemşire]

“Hatalı çalışan hemşirelere özellikle daha çok hani vizit sırasında daha fazla soru soruluyor işte daha fazla araştırılıyor bu da o kişinin aslında kaygısına hani sebep oluyor. Dolayısıyla bu kadar fazla soruşturulması yani eğer yapılacaksa tabiki de yapılması denetlenmesi gerekiyor ama daha hani böyle göze batmadan daha arkadan yapılırsa kesinlikle daha etkili olacağını düşünüyorum.” [25 yaşında, kadın, hemşire]

“Yönetim bence bu raporlama sistemindeki bu algıyı kaldırmak için hemşireleri bu konuda bilgilendirmesi gerekiyor. Hani biz prosedürlerden süreçlerden okumaktan ziyade yönetici biri tarafından arkadaşlar bu böyle bir şey olduğunda işte sizin hakkınızda tutanak tutulmayacak, siz idareye çağrılmayacaksınız, bu sizin yetersizliğiniz değil biz bu açığı bulacağız biz kurum olarak ve kendimizi tamamlayacağız ki bu olayları tekrar etmesin. Çünkü yöneticiden duyulduğu zaman daha güvenilir oluyor. Yani ... belki yönetim çağırabilir. Kalite birimi kliniğe gelip sorunu olduğu sorun yerinde konuşulabilir hani kalite biriminden

birisi gelir ise hani işin içinden direkt biraz yönetim ikinci aşamada kalırsa kalite ön plana çıkarsa ... o korku azalır diye düşünüyorum.” [43 yaşında, kadın, hemşire]

“Yani mümkünse hemen yayılmamalı zaten. Yani şöyle bir güven ortamı oluşturulabilir. Herkes öyle bir şey olduğunda ilk paylaşacağı kişi sorumlu hemşire olabilir. Yani hani yanındaki arkadaşından önce sorumlu hemşire sorumlu hemşire kimseye söylemez ikisi arasında kalır ve böylelikle iyi hem yayılmaz hem de sorumlu bence sorumlu hemşireler burada önemli rolü var yani. Onlarla böyle bir güven ortamı oluşturacak belki ne bileyim eğitimler, seminerler düzenlenebilerek hani oluşturulabilir. Maddi tazminat davası açılması ile ilgili olabilir mesela malpraktis ile ilgili bize bir sigorta oluşabilir. Örneğin mesela hani rakamları bilmiyorum ama maaşımızdan kesinti olur bir şekilde hani böyle bir sıkıntıyla karşılaştığımızda bildiririz ama sigorta öder yani hani öyle bir şey olabilir. Buna yönelik bir sigorta oluşturulabilir aklıma gelen hekimlere var bildiğim kadarıyla zaten.” [30 yaşında, kadın, hemşire]

“Belki isim yazılmayabilir ya da hani her... paraf atılabilir, paraf şeklinde ya da herkes atıyorum probelde şifremiz var, probel adıyla şifre ile yazılabilir yine o şekilde yine belli olabilir ama ... tam olarak böyle bariz bir şekilde isim belli olmasa belki korku ortadan kalkar diye düşünüyorum. Sağlık çalışanları çok ... çalışma durumları, nasıl çalıştıkları falan bilinmiyor ya da bir şekilde kapatılıyor. O bilinirse belki yasalarda ona göre daha çok bize göre ... şöyle söyleyeyim haklı olmasını şey yapamıyorum hani haklı olmalıdır diyemiyorum çünkü sonuçta bir hata bu haklı değil ama belki biraz daha yapıcı belki o zaman korku kalkabilir ortadan. Belki yöneticiler hani şey olarak az önce eğitim vermeyi dedim ama biraz daha yapıcı olursa korku belki biraz daha azalır. Yapıcı dediğim mesela atıyorum sağlık çalışanı geldi ben şunu şunu yanlış yaptım diye direkt böyle hani çok kötü bir tepki vermese belki o zaman korku daha azalabilir hani daha ılımlı olarak yaklaşabilir. Ben şimdi bunu söyleyeceğim ama nasıl söyleyeceğim formu doldurmasam daha mı mantıklı arada kaynar mı diye düşünüyor olabilirler diye düşünüyorum ben.” [28 yaşında, kadın, hemşire]

Cezalandırmama

Görüşmeye katılan çalışanlar bir hata yapıldığında yöneticilerin özellikle yer değişikliği ile çalışanları cezalandırdıkları, bunun ise korkuyu azaltma üzerinde olumsuz yönde etkili olduğunu iletmişlerdir. Yer değiştirmenin tehdit edici tarzda değil bir çözüm yolu

olarak düşünülmesinin ve bu anlayışta çözüm olarak kullanılmasının daha uygun olduğunu ifade etmişlerdir.

“Yerim değişebilir. Bu çok önemli çünkü insanlar idareye çağrılınca yeri değişiyor. İıı yani ben hiç bir şeye bulaşmayayım ben klinikte kalayım yerim değişmesin diyebilir”. “O zaman güvence istiyor çalışan yani bildirim yaptıktan sonra bir güvencesi olmalı. Bu konuda bildirim yaptığımda bu konuda yönetim bana ...böyle sözlü olarak bir teminat verebilir.” [43 yaşında, kadın, hemşire]

“Sorumluya söylediğinde bizde yaşadık cezalandırma olayını düşünüyor anında. Kişiyle görüşüp olayı çözmesi lazım sürekli hata yapan bir insan ciddi zararda verebilir bunu beklememek lazım aslında bir şeyler yapmak için.”[40 yaşında, kadın, hemşire]

“Yani hani yer değişikliği olur, şey olur, başka yerlere verilme olur, daha hani fazla nöbet yazılma olur o tür şeyler, Yani ceza tekniğinin uygulanmayacağını bilse belki daha rahat söyler. Yani onun dışında ya çünkü hep bir ceza kullanılıyor mutlaka böyle bir şey olursa.” [28 yaşında, kadın, hemşire]

“Öncelikle şöyle bir tavır oluyor genelde hani bu aslında sadece hatalı uygulama değil de daha farklı bir konuda olsa işte eğer böyle yaparsan kendi aramızda da ya da hani sorumlu hemşiremiz ya da idareyle hani böyle yaparsan şuraya gidersin. Genelde hep anestezi ile korkutuluyor....hani o direkt insanda anksiyete yaratıyor zaten. Hani bu en azından kötü bir şeymiş gibi bazen yer değişikliği gerçekten olumlu da olabilir kişi adına belki gerçekten zorlanıyordur ve daha iyi daha rahat edebileceği daha sevebileceği bir yere geçer ama hani bunu bu yönden bakmasını yani bu yönden bakılması o şekilde lanse edilmesi gerekirken tam tersi hani işte daha kötü bir yere gidecek imajı veriliyor o şekilde korkutuluyor.” [25 yaşında, kadın, hemşire]

“Bir süre belki servisten uzaklaştırılabilir yani bu ceza anlamında değil de belki yer değişikliği olabilir hani aynı ortamda böyle şeyler hızlı yayılır.” [30 yaşında, kadın, hemşire]

4.2.2.3. Kolaylaştırıcı Girişimler

Çalışmaya katılan sağlık çalışanları tıbbi hataların raporlanmasında korku engelinin aşılabilmesi için çeşitli öneriler sunmuşlardır. Çalışanlar bu önerilerin yöneticiler, ekip ve

araştırmacı tarafından gerçekleştirilebileceğini ve kurumsal bir kültür haline geldiğinde başarılı olunabileceğini ifade etmiştir.

Farkındalık Yaratma

Görüşmeye katılan çalışanlar konuya ilişkin merak/ farkındalık oluşturmak için afiş, broşür, fotoğraf ve dokümanların asılması; bildirim yapan birimlerin desteklendiği, geri bildirim içeren mesajların otomasyon üzerinde paylaşımı/duyurulmasını; kurumda gönüllüler ile projelerin başlatılmasını, komite kurma; sır tutacak, güvenilir kişilerin yapılan hataların anlatılması için seçilmesini; sorumlu hemşirelerin ya da sorumlu hemşiresi ile yaptığı/tanık olduğu hatayı paylaşamayanlar için ikinci bir alternatif kişinin (süpervizör gibi) belirlenmesini içeren öneriler sunmuşlardır.

“Yani farklı düzeydeki kişilerin bilgi vermesi ve kişilerin biraz hani bu konuda merak farkındalık yaratmak lazım. Hani böyle bir afiş olabilir, bir broşür olabilir hani bu konu farkındalık olması gerekiyor yani çoğu kişi bir haber. Çok makbul tabi ki hastanede herkes 1000 kişi aynı anda probeli açıyor diyor ki mesela kapalı psikiyatri kliniğinde olay bildirim formları raporlama çok güzel işliyor işte buna benzer bir şey denildiği zaman herkes farkındalık yaratıyor bu ne demek ya bu klinik nasıl böyle bir şey yapıyor ya kendi aralarında konuşuluyor bu. İster istemez konuşuluyor çünkü orda bir ev ilanı ya da başka bir yiyecek satışı olduğu zaman bile konuşuluyor bu da mutlaka konuşulacaktır farkındalık yaratılabilir.” [43 yaşında, kadın, hemşire]

“Hata yapabilirsiniz demek belki doğrumu bilmiyorum ama yapılabileceğini hissetmek ... yani konuşturabilir insanları şu anda herkes saklıyor yaptığını söylemiyor. Çok konuşulmalı, yani sürekli gündeme gelecek bir şey kolay kolay yenilecek bir şey değil o zor bir durum çünkü ...insanla ilgili bir hata oluyor sonuçta. Önemli de gerçekten.” [40 yaşında, kadın, hemşire]

“Oryantasyon programına kesinlikle koyulmalı hastaneye geldiğinde bilsin öğrensin diye yine belirli aralıklarla yapılabilir çünkü doğum izninden dönen oluyor, işte istirahatlyken dönen oluyor, probele yazılabilir her ulaşım aracı bence kullanılmalı böyle bir durumda sorumlu hemşirelere söylenmeli, hemşire odalarına asılmalı mesela biz hemşire odalarını bu şeyler için pek kullanmıyoruz aslında hep istiyorum bir mantarımız olsun oraya hem kendi iletişim şeylerimiz yani bunla ilgili döküman asılabilir ne bileyim işte desteğin

verileceğine dair güzel şekiller koyulabilir. Hani o şekilde ulaşılabilir.” [30 yaşında, kadın, hemşire]

Ekip Desteği

Görüşmeye katılan çalışanlar korku engelinin aşılabilmesinde ekip desteğinin önemini vurgulamış ayrıca ekip üyelerinin bildirim yapmayı desteklemesi/hatırlatması, ekip anlayışının/bilincinin yerleşmesi, hatayı telafi etmede ekip tarafından yardım edici/yapıcı yaklaşımın gösterilmesi, örnek/rol model olma, hataların ekipte konuşulması, ortak çözüm üretmeyi içeren çeşitli önerileri ifade etmişlerdir.

“Bir de şey bu bir ekip işi tabi ki sadece hemşirelerin değil personelin de asistanın da uzmanında olması lazım. Hemşire işte korku kültüründen atladığı zaman işte personel ya da işte ekip arkadaşı asistan arkadaşta bilgilenmesi lazım hani ya bu anlattığım öneriler tüm ekip içinde geçerli olması gerekiyor hemşire atladığı zaman işte asistan gelip hemşire hanım biz bunu bildirdik mi, bildirelim.” [43 yaşında, kadın, hemşire]

“Bir ekip çalışması hani bunu sen bildirmeyi istesen bile ekip arkadaşlarından biri buna karşı çıkabilir. Yani hani ekipçe ortak bir karar almak gerekir. Hani bire bir değiliz bir de şöyle bir dezavantajımız olduğunu düşünüyorum ekip çalışması hani bir kişi o hatayı yapsa belki tek kişide bitse olmayacak ama bir kaç kişiyi etkileyince farklı fikirler ortaya çıkıyor. Bir ekibin içinde ekibin halkası olmakta kişileri durdurduğunu düşünüyorum ben hani ben mesela bunu iletmek istedim yanımdaki arkadaşım hayır yapma lütfen dedi. Ortak hani bir karar verelim ben böyle böyle düşünüyorum dedi gibi hani böyle farklı çünkü yani tek değiliz bir ekibin parçasıyız. Öyle bir dezavantajımız var.” [34 yaşında, kadın, hemşire]

“Ekipten çekinmekten bahsettim ama sonuçta herkes bunu içinde yaşıyorsa herkesin bir güven ortamı sağlanınca herkes belki birbirine karşı daha rahat olabilir.” [40 yaşında, kadın, hemşire]

“Belki de hani formu doldurmadan önce ya da formu doldurduktan sonra fark etmez bu konuşulmalı hani yapan kişi bunu iletmeli ekipteki her çalışana. Mesela atıyorum çok küçücük bir şey yapmıştır çok basit antibiyotikleri fark etmiştir o anda hani devam etmemiştir bu bile söylenmeli diye düşünüyorum çünkü o hastanın ona alerjik bir etkisi

olabilir. Böyle arada iletişim şeklinde olursa belki formdan daha ziyade daha katı bir şekilde olmayabilir.” [28 yaşında, kadın, hemşire]

“Bu ekip olmakla alakalı aslında yani iyi bir ekip, geçek anlamda bir ekip varsa böyle bir şey olmaz ama bir ekip anlayışı oturmamışsa kesinlikle olacaktır diye düşünüyorum ben.” [23 yaşında, erkek, hemşire]

“Ekipte destek olacak hani şeyde yapmayacak hani aaa böyle yaptın demeyecek, destek olacak onlarda birlikte çözecekler bu durumu yani.” [32 yaşında, kadın, hemşire]

Motivasyon/Cesaretlendirme

Görüşmeye katılan çalışanlar hata bildirimlerinin korkmadan rahatlıkla yapılabilmesi için güvenilir bir ortamın oluşturulmasını bunun için konunun saklanmadan sık konuşulması, bildirim yapan birimlerin duyurulması/ödüllendirilmesi, bildirimlerin performans göstergesi kabul edilmesi, basit hatalarında bildirilmesi, yöneticiden destek mesajı ve söylenenlerin arkasında durulması beklentisi, çalışanları sürece katma/aktif kullanma, gönüllü olarak çalışana görev verme, otomasyon üzerinde reklam tarzında motive edici (cesaretlendirici) bir kaç cümle yayımlanması gibi öneriler sunmuşlardır.

“Mesela her gün biz ekranı açıyoruz ekranı açtığımızda orda şey olabilir hani böyle reklam tarzında bir sürü şeyler geliyor bizim duvarımızda ekranımızda orda daha bir flash bir cümle ile bu konuyu motive ede... cesaretlendirecek hani bunu bildirimi cesaretlendirecek mesela bir kaç cümle olabilir diye düşünüyorum. Bir kaç resim olabilir. İşte yani ben öyle düşünüyorum. Mesela bildirimi yapan hemşire klinikte sekiz kişi bir kişi sürekli bildirim yapıyor diğer yedi kişi ya da altı kişi bildirim yapmıyor bildirim yapan kişi bir şekilde onure edilmeli. Hani yönetim bu kişiye hani demeli ki gerçekten teşekkür ederiz işte sizin kliniğinizden son altı ayda üç tane bildirim oldu üçünde de işte sen yaptın aferin tebrik ederim denilmesi lazım. Motivasyonu arttırıcı bir şey olmalı yani orda bir şey var idare ile bu konuda bir uçurum var diye düşünüyorum. Ya da o kliniğe böyle bir şey küçük bir kart vizit hazırlanıp işte hemşire odasında nöbet listesinin asıldığı yere işte bu klinik hastanemizde birincidir olabilir ya da probelde bu paylaşılabilir.” [43 yaşında, kadın, hemşire]

“Yani servisteki mesela sorumlu hemşirenin ... bence şey yap.. çalışan hemşireleri hata yapmaktan korkmayın dikkat edin ama hata yapmaktan da korkmayın hata yapılabilir

diye ...cesaretlendirmesi sonuçta hata yapmaktan korkmakta hatayı artıran bir sebep bu şekilde cesaretlendirmesi de olabilir diye düşünüyorum. Hatta ödüllendirmede yapılabilir. Yani bu tarz şeylerde ... birisi bir hata yapıp bildirdi ise ödüllendirmede yapılabilir diye düşünüyorum.”[23 yaşında, erkek, hemşire]

“Tabi mutlaka yani bu konu çok konuşulabilir. Hata yapabilirsiniz demek belki doğrumu bilmiyorum ama yapılabileceğini hissetmek ee yani konuşturabilir insanları şu anda herkes saklıyor yaptığını söylemiyor.” [40 yaşında, kadın, hemşire]

"....yani öyle bir hani güvence yani hani arkadaşlar bakın böyle sıkıntılı, bunlar bilinen şeyler ama ispat edilemiyor bildirimler yapılmıyor yani işte neden? bu çalışma gibi böyle neden yapılmadığını da en azından oradan bir kişi çıkıp söylerse işte böyle böyle kaygılarım var bu kaygılarımdan dolayı hani genel anlamda hani karşı yönetim tarafından gelip de arkadaşlar böyle bir kaygınız olmasın yani bunlarda daha şey olun ya bu tarz bir şekil bu da bir motivasyondur çünkü yani insan kendini rahat hisseder ben öyle düşünüyorum.” [34 yaşında, erkek, hemşire]

“Gönüllüler belirlenebilir hani böyle bir proje başlatacağız böyle bir komite oluşturacağız ee buna katılmak isteyen var mı diye. Onunla ilgili yine iletişimi sağlar mesela hemşireler ama çok sağlam kişiler olacak tabi yani gerçekten sır tutacak hani hemşirelik andımız gibi bir şey yani. Bu konuda sağlam olacak bu gün burada birinin bir şeyini duyup yarın öbür tarafta işte onun için mesela sorumlu hemşireler de çok önemli şimdi herkesin iletişimi de bir değil herkes sorumlu hemşiresine güvenmez, söylemez. Bence bir yolu daha olmalı mesela birinci basamak sorumlu hemşirenizle ya da bizimle dersiniz sorumlu hemşiresi ile sürtüşme yaşayan işte anlaşılamayan size ulaşır mesela ya da güvenmeyen. Bir şekilde ona hissettirilmeden sizlerle size açılır, anlatır hani böyle bir hatam var bunun kaydını tutacağım gibi.” [30 yaşında, kadın, hemşire]

“İdare şey güven verecek başına bir şey gelmeyeceği anlamında güven verecek bu bildirimler konusunda mesela şeyde bile düşme risklerinde bile birçok insan hastayı düşürdüm ben, benim eksikliğim deyip bildirmemekte.” [40 yaşında, kadın, hemşire]

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada hata raporlama kültürünün oluşturulması amacıyla; öncelikle çalışmanın yürütüldüğü kurumda, çalışanların tıbbi hatalara ilişkin tutumları, korku kültürünü ortadan kaldırmaya yönelik görüşleri ve bildirim yapılan olay/hata sayıları ile elde edilen verilerden kurumun hata raporlama kültürüne yükledikleri anlam ortaya çıkarılmıştır. Sonrasında bu değerlendirmeler ve literatür bilgisi doğrultusunda çalışmanın girişimlerini oluşturan stratejiler (tıbbi hatalar ve bildirim konusunda çalışanlara eğitim verme, konuya ilişkin ilgi çekici afiş/poster asma, sosyal medya kullanımı, bildirim sistemi revizyonu ve hasta güvenliği sempozyumu) belirlenmiş ve uygulanmıştır. Son olarak, çalışmada uygulanmış olan stratejilerin etkinliğini belirlemek için sağlık çalışanlarının tıbbi hata tutumları ve olay/hata bildirim sayıları girişim sonrası tekrar değerlendirilmiş ve önceki sonuçlar ile karşılaştırılmıştır.

Bu bölümde tartışma iki aşamada yapılmıştır. İlk aşamada nicel bulgulara yönelik, ikinci aşamada ise nitel bulgulara yönelik tartışmaya yer verilmiştir.

5.1. Nicel Bölüm

Bu bölümde, sağlık çalışanlarının girişim öncesi ve sonrası tıbbi hata tutumları ile olay bildirim sayısına ilişkin girişim öncesi ve sonrası sonuçların tartışması yer almaktadır.

5.1.1. Sağlık Çalışanlarının Girişim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hata Tutumları

Bu bölümde, sağlık çalışanlarının tıbbi hata tutumlarının girişim öncesi (ön test) ve sonrası (son test) sonuçlarının karşılaştırılmasına ilişkin tartışma konusu yer almaktadır.

Çalışanların girişim öncesi ve sonrası tıbbi hata tutum ölçeği, alt boyutları ve madde puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; girişim öncesi ve sonrasında en düşük ortalamanın “Tıbbi Hata Algısı” alt boyutunda olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Katılımcıların tıbbi hata yapan kişiyi suçlu görme ve hata yapan kişiye karşı anlayışlı davranma konularında, girişimler sonrasında tutum değişikliği gösterdiği belirlenmiş olup, “Tıbbi Hata Algısı” tutumunun girişimler sonrasında olumlu yönde değiştiği saptanmıştır (Tablo 7). Tıbbi hatalarda tutum ölçeği alt boyutlarından “Tıbbi Hata Algısı”na ait maddelere verilen yanıtların dağılımı incelendiğinde, yapılan hatanın kişinin suçu olduğu inancının yaygın olduğu bu konuda girişimler sonrasında tutum değişimi olsa da beklenen algının aslında tam

olarak gelişmediği görülmektedir (Tablo 6). Literatürde yer alan diğer çalışma sonuçlarında da benzer olarak hatayı yapan kişinin sorumlu tutulduğu ve cezalandırıldığı belirtilmektedir (Filiz, 2009; Hashemi ve ark., 2012; Jaykareve ark., 2013). Dursun ve ark.'nın (2010) çalışmasında Türkiye'deki hastanelerde yerleşik bir güvenlik kültürü bilincinin oluşmadığı bildirilmektedir. Çalışmanın yürütüldüğü kurumda, olay/hata bildirimlerinin az olması ve yapılan bireysel görüşmelerde çalışanların hata yaptıklarında cezalandırılacakları konusunda endişelerini iletmesi, hasta güvenliği kültürünün kurumda tam olarak yerleşmediğini açıklamaktadır. Yapılan girişimlere rağmen beklenen algı değişiminin tam olarak gerçekleşmemesinde, çalışmanın yürütüldüğü kurumda ve ülkemiz genelinde hataların cezalandırılması konusundaki işleyişin çok önemli bir etken olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle bu sonuç aslında beklenen bir durumdur.

Bu çalışmanın kavramsal çerçevesi için yararlanılmış olan Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli (OC³ Model)'nde ilk aşamayı kurumda çalışanlar tarafından olayların yorumlanması, deneyimlerin anlamı, durumların yaygın anlayışı esaslarına dayanmakta olan kültürel analiz/hazır oluşluğun belirlenmesi oluşturmaktadır. Bu çalışmada modelin adımları izlenerek çalışanların tıbbi hatalara ilişkin tutumları, korku kültürünü ortadan kaldırmaya yönelik görüşleri ve bildirim yapılan olay/hata sayıları ile elde edilen verilerden kurumun hata raporlama kültürüne yükledikleri anlam ortaya çıkarılmıştır. Sonuç olarak kurumda hatayı yapan kişiyi suçlu görme anlayışının yaygın olması, kurumun kültürel analiz sonucu olarak düşünülmüş ve girişimlerin planlanmasında bu sonuç yol gösterici olmuştur. Girişimler sonrasında yapılan değerlendirme sonuçlarına göre hatanın kişinin suçu olduğu inanisında girişimler sonrasında tutum değişiminin yaşanması ise kültürel değişimin kısmen gerçekleştiğini göstermiş olup kurumun yeni kültürel analiz sonucu olarak yorumlanmıştır.

Girişim öncesi ve sonrası yapılan karşılaştırmalar incelendiğinde “Tıbbi Hataya Yaklaşım” alt boyutunda, girişim öncesi olumlu tutumda girişim sonrası artış sağlandığı belirlenmiştir. (Tablo 7). Tıbbi Hata Yaklaşımı alt boyutlarını içeren maddelere verilen yanıtların dağılımı değerlendirildiğinde; girişim sonrasında çalışanların hata ve nedenlerinin tartışılması, yöneticilerin hatalardan öğrenmeyi desteklemesi ile hatalar ve nedenlerinin yöneticiler arasında tartışılması gerektiği ifadelerine katılımın oldukça yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Yapılan girişimler sonrasında, “yapılan tüm hataların bildirilmesinden yana olma” ifadesine çalışanların katılımının arttığı ancak bir diğer ifade olan “yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum” ifadesine ise karasızım yanıtını verenlerin arttığı

saptanmıştır. Bu durum şu şekilde özelenabilir; sağlık çalışanları yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanadır ancak yaptığı tıbbi hataları bildirmekte kararsızlık yaşamaktadır (Tablo 6). Konuya ilişkin dünyada ve Türkiye’deki diğer araştırma bulgularında da benzer olarak hastanelerde meydana gelen hataların yetersiz raporlandığı ya da raporlanmadığı (Akın ve ark., 2010; Bayazidi ve ark., 2012; Bodur ve ark., 2012; Cebeci ve ark., 2010; Çakır ve Tütüncü, 2009; Ehsani ve ark., 2013; Hajibabaei ve ark., 2014; Liu ve ark., 2013; Parish, 2003; Tansüyer, 2010; Yılmaz, 2009) belirtilmektedir. Ölçeğin “yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım” maddesi, bildirim yapma konusunda çalışanın tutumunu ölçmekte olup, aslında bildirim davranışı hakkında da fikir vermektedir. Kararsız olma yanıtındaki bu artış, çalışmanın yürütüldüğü kurumda bildirim yapılan olay/hata sayılarının az olması sonucu (Şekil 11) ile de uyumlu bir bulgudur. Bu sonucun çalışmada uygulanmış olan çoklu stratejiler sonucunda ortaya çıkan bir farkındalık (hataların sonuçları, konunun önemi ve hukuki boyutu hakkında) durumu ile ilgili olabileceği düşünülmüştür ve aynı zamanda tutum değişse de davranış değişiminin hemen olmayabileceği görüşünü de desteklemektedir. Yapılan iki çalışma da benzer olarak hasta güvenliği eğitimi uygulanması sonrasında tutum olumlu yönde gelişmiş ancak olay raporlama davranışı orta düzeyde gelişmiş ya da davranışta önemli bir değişiklik olmamıştır (Jansma ve ark., 2010, Jansma ve ark., 2011).

Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyutunda bir diğer madde olan tıbbi hataların hasta/hasta yakınına açıklanması konusunda, girişim öncesi belirlenmiş olan kararsızlık tutumunun girişim sonrası da devam ettiği saptanmıştır (Tablo 6). Flotta ve ark'ın (2012) çalışmasında hekimler yapılan hatanın hastaya açıklanmasında kararsızlık yaşadıklarını ifade etmiştir. Bodur ve ark'ın (2012) ebellek ve hemşirelik son sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada da öğrenciler, hatalı tıbbi uygulamanın fark edildiği ve düzeltildiği ya da hastada zararlı sonuçlanma olasılığı olmadığı durumlarda hataların bildirilmek istenmediğini belirtmiştir. Hemşireler için kanıta dayalı el kitapçığında hastaların, tıbbi müdahalelerle ilişkili olumsuz etkilerin ortaya çıkması hakkında raporlar için bir bilgi kaynağı olabileceği ve kurumsal ortamlarda, klinisyen gözlem veya testler ile kolaylıkla tespit edilemeyecek yeni semptomlar hakkında bilgi sağlayabileceği belirtilmektedir (Hughes, 2008). Tıbbi hataların önlenmesi için bireylerin tıbbi hatalar ve korunma ile ilgili bilgilendirilmeleri, sorumluluk almaları için teşvik edilmeleri, deneyimlerinden yararlanılması ve alınacak önlemlere dahil edilmeleri önerilmektedir (Yücesan ve Alkaya, 2017). Bodur ve ark.'nın (2011) çalışmasında tıpta hatalı uygulamalar hakkında, toplumun bakış açısının gözden kaçırıldığı belirtilmektedir.

Aynı çalışmada hatalı tıbbi uygulamalara ilişkin olarak, sağlık profesyonellerinde ve toplumda farkındalık/bilinçlendirme oluşturma, hasta/hasta yakınına kendi sağlıklarına katkılarının artırılması ile hatalardan korunma, güvenli ilaç kullanımı konularında eğitimler yapılması önerilmektedir. Bu çalışmada, hasta/hasta yakınına hatanın bildirimi konusunda çalışanların kararsız bir tutum göstermeleri ülkemizde hasta güvenliği kültürünün tam olarak yerleşmemesinin bir sonucudur. Çalışanların, hataların hasta/hasta yakınına açıklanmasında isteksiz olmasında; hasta/ hasta yakının anlayışlı davranmayacağı, anlatılanların hasta veya yakını tarafından anlaşılmayacağı düşüncesi ve yasal süreçlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Moffatt-Bruce ve ark.'nın (2016) çalışmasında da benzer olarak hataların hastalara açıklanmasında yasal süreç korkusu, önemli bir engel konusu olarak belirtilmektedir.

Girişim öncesi ve sonrası yapılan karşılaştırmalar incelendiğinde; “Tıbbi Hata Nedenleri” alt boyutunda, girişim öncesi olumlu tutumda girişim sonrası artış sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 7). Tıbbi Hata Nedenleri alt boyutlarını içeren maddelere verilen yanıtların dağılımı değerlendirildiğinde; girişim sonrasında çalışanların hataların nedenlerini bireysel kaynaklı (bilgi eksikliği, iletişim) nedenlerden çok daha fazla oranda, bakım verilen hasta sayısının ve günlük çalışma saatlerinin fazla olmasıyla ilişkili olarak algıladıkları belirlenmiştir (Tablo 6). Saleh ve ark.'ın (2014) çalışmasında hemşirenin doğrudan bakımından sorumlu olduğu hasta sayısının artması ilaç hatalarının artmasında önemli bir etken olarak saptanmıştır. Yüksek hasta/hemşire oranı yapılan iki çalışmada hata nedeni olarak belirtilmektedir (Işık ve ark., 2012; Toruner ve Uysal, 2012). Uzun süreli vardiya çalışmaları bir çok çalışmada hataların nedeni olarak belirlenmiştir (Barger ve ark.,2006; Demir Zencirci, 2010; Işık ve ark., 2012; Toruner ve Uysal, 2012).

Girişim öncesi ve sonrası tıbbi hata tutum ölçeği, alt boyutları ve madde puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, ölçeğin bazı maddelerine katılma oranının diğer maddelerden daha fazla oranda arttığı belirlenmiştir (Tablo 7). Tutumun olumlu yönde artış gösterdiği bu maddeler: tıbbi hatayı yapan kişinin suçsuz olması, tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunması, yöneticilerin hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemesi, kıl payı hataların bildiriminin gerektiği, yapılan birçok tıbbi hatanın aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmakta olduğu ve tıbbi hataların bildirilmesinin hasta güvenliğini arttırdığı konularında olduğu belirlenmiştir. Bu tutum değişiminde; çalışma stratejisi olarak uygulanmış olan eğitim içeriğinde tıbbi hataların asıl nedenlerinin bireysel

kaynaklı değil sistem kaynaklı olduğu vurgusunun yapılması, yönetici yaklaşımının nasıl olması gerektiğinin çalışan ve yöneticilere ayrı oturumlarda anlatılması, yöneticilerin bildirimleri cesaretlendirici mesajlarının video çekimi ile gösterilmesi, ramak kala hata ve tüm hataların bildiriminin öneminin anlatılmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

Ayrıca çalışmanın diğer stratejilerinin de (konuya ilişkin ilgi çekici afiş/poster asma, sosyal medyanın kullanımı, bildirim sisteminin revize edilmesi ve hasta güvenliği sempozyumu) hataların yapılabileceği önemli olanın bildirimlerin yapılması içeriğinde afiş ve posterlerin asılması ve sosyal medya paylaşımlarının yapılması ile bildirimleri destekleme / cesaretlendirme ve suçlanma algısını ortadan kaldırma yönüyle; bildirim sisteminin revize edilerek güvenli ve işlevsel bir sistemi kullanma yönüyle, çalışmanın yürütüldüğü kurumda hasta güvenliği sempozyumunun yapılarak genel bir farkındalık yaratma yönüyle bu tutum değişimde etkisi olduğu düşünülmüştür.

Girişim öncesi ve sonrası yapılan karşılaştırmalar incelendiğinde; çalışanların tıbbi hata tutumlarının ortalamasının, girişimler sonrasında olumlu yönde arttığı belirlenmiştir (Tablo 7). Olumlu tutumun artması ise tıbbi hataların ve hata raporlamanın öneminin farkındalığının yükseldiği anlamındadır. Bu sonuç, çalışmanın çoklu stratejilerinin, sağlık çalışanlarının tıbbi hata tutum puan ortalamalarının artacağına ilişkin H1 hipotezini doğrulamaktadır. Tutumda görülen bu olumlu yöndeki değişimde; çalışmanın strateji planının oluşturulma sürecinde literatür bilgisi ile çalışmanın sonuçlarının (nitel ve nicel bulgular) birlikte değerlendirilmesinin, çok yönlü girişim uygulama yönteminin tercih edilmesinin ve Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli'nin (OC³ Model) çalışmanın tüm aşamalarında kullanılmasının etkili olduğu düşünülmüştür. Hasta güvenliği alanında yapılan girişimsel çalışmalarında daha fazla oranda tek bir girişimin etkinliği ölçülmüş, çoklu girişimler bir arada uygulanmamıştır. Literatürde ise çok bileşenli örgütsel müdahaleleri içeren stratejilerin birlikte uygulanması yönünde görüşler belirten çalışmalar vardır (Morello ve ark., 2013; Wong ve Beglaryan, 2004). Morello ve ark'ın (2013) sistematik inceleme çalışmasında, hastanelerde hasta güvenliği kültürünü iyileştirmek için eğitim programları ve çok bileşenli örgütsel müdahaleler gibi bazı stratejiler sunulmuştur. Wong ve Beglaryan (2004) ise hastanelerde hasta güvenliğini iyileştirmek için örgüt düzeyinde bazı stratejiler sunmuştur ve bu stratejilerden birisi sağlık çalışanlarına güvenlik kültürü eğitimlerinin verilmesi olarak belirlenmiştir. Literatürde hasta güvenliği konusunda düzenli eğitimlerin, çalışan bilgilendirmelerinin, hizmet içi eğitimlerin yapılmasının önemli olduğu, çalıştay, sempozyum

yapma girişimlerinin hasta güvenliğini geliştirmek için öğrenmeye istekli gruplarda sahiplenme ve bağlılık duygularını güçlendirdiği belirtilmektedir (Arslan ve ark., 2015; Hisar ve ark., 2015; Karaca ve Aslan, 2014; Rızalar ve ark., 2016; Somyürek ve Uğur, 2016; Verbakel ve ark., 2015; Vural ve ark., 2015). Bairami ve Taleghani (2016) ise çalışmasında tıbbi hataların tekrarlanmasını önlemek için ana politikalardan birinin, sağlık çalışanlarının hatanın ve kıl payı hatanın ne olduğu hakkında bilgilendirilmesi olduğunu belirtmektedir.

Literatür, olay rapor etmeye odaklanılmasını, etkili hata raporlama sistemlerinin kurulmasını ve işletilmesini önerilen önemli bir konu olarak açıklanmaktadır (Altındış, 2010; Rızalar ve ark., 2016; Somyürek ve Uğur, 2016). Jansma ve ark.'nın (2011) çalışması, hasta güvenliği eğitiminin katılımcıların bilgi, beceri ve tutumları üzerinde kısa ve uzun vadede olumlu etkilere sahip olduğunu ayrıca raporlama davranışını da orta düzeyde etkilediğini açıklamaktadır. Coyle ve ark.'nın (2005) çalışmasında ise; hasta güvenliği eğitim programına katılma ile tıbbi olayları bildirme konusundaki tutum ve davranış değişimi arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada ise istenmeyen olaylar ve güvensiz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla tasarlanan hasta güvenliği eğitimi bir kurs programı ile uygulanmış, kurs bitiminde ve altı ay sonunda katılımcıların olayları raporlama tutumları ve niyetlerinin olumlu yönde değiştiği ancak, olay raporlama davranışında önemli bir değişiklik olmadığı bulunmuştur (Jansma ve ark., 2010). Ahmed ve ark.'nın (2013) çalışmasında ise sağlık profesyonellerinin güvenlik bilgileri, tutumları ve becerileri araştırılmış ve bunlar kurs öncesi ve sonrası değerlendirilmiştir. Sonuçlar, hasta güvenliği konusunda kısa bir yarım günlük kursun, güvenlik bilgisini ve ayrıca kendi kendini raporlama beceri ve tutumlarını önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermiştir. Bununla birlikte eğitim kurslarının tek başına bir çözüm yolu olmadığı belirtilmektedir (Reason, 2000). Bu doğrultuda bu çalışmada çoklu stratejilerin uygulanması tercih edilmiş ve etkin olduğu belirlenmiştir.

5.1.2. Olay/ Hata Raporlama Sayısı ve Türleri

Yapılan çalışma sonucunda, olay/ hata raporlama sayılarının girişim sonrasında arttığı belirlenmiştir (Şekil 11). Bu çalışmada yer alan stratejilere benzer girişimleri uygulamış olan çalışmalarda da girişim sonrası olay/hata bildirim sayılarının arttığı belirlenmiştir. Literatürde olay raporlama konusu hakkında genellikle tanımlayıcı tipte araştırmalar yapıldığı, girişimsel çalışma sayısının çok az olduğu ve yapılan girişimsel çalışmaların da daha fazla oranda

bildirim sistemi geliştirme girişimlerine dayalı olduğu belirlenmiştir. Literatürde hata oluştuğunda güvenle raporlanabilmesi amacıyla cezalandırıcı olmayan beklenmedik hata ve olay rapor etmeye odaklanması, etkin bir hata bildirim sistemi kurularak olumlu tutum içerisinde işletilmesi, önerilen önemli bir konu olarak yer almaktadır (Altındış, 2010; Rızalar ve ark., 2016; Somyürek ve Uğur, 2016). Okafor ve ark.'nın (2015) çalışmasında cezalandırıcı olmayan, gönüllü, kullanıcı dostu web tabanlı raporlama sistemi ile hata raporlama oranının etkileyici bir artış gösterdiği belirtilmektedir. Basit, kısa, kullanışlı, web tabanlı, cezalandırıcı olmayan, gönüllü, kullanıcı dostu ve isimsiz raporlama sistemleri ile hata raporlama oranının etkileyici bir artış gösterdiği belirtilmektedir. (Capucho ve ark., 2013; Ilan ve ark., 2011; Okafor ve ark., 2015). Wolf ve Hughes (2008) güvenliği iyileştirmek için; hataları tanımlama, hataları kabul etme, güvensiz koşulları düzeltme ve raporlama sistemlerini kapsayan hata raporlama stratejilerinin iyileştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Çoklu stratejilerin kullanıldığı girişimsel çalışmalarda da benzer şekilde raporlamanın isimsiz, gönüllü ve web tabanlı olması, olay bildirimini hatırlatıcı faktörler, düzenli kişisel ve grup geri bildirimi, güncellemeler ve haftalık liderlik turunu içeren çok yönlü yaklaşımların raporlama oranlarında önemli ölçüde artış sağladığı sunulmaktadır (Capucho ve ark., 2013; Ilan ve ark., 2011). Evans ve ark.'nın (2007) çalışmasında rapor edilen olayların oranlarını arttırmak ve bildirilen olayların tiplerini değiştirmek için, yoğun eğitim, çeşitli raporlama seçenekleri, rapor yönetimindeki değişiklikler ve artan geri bildirim içeren bir müdahale paketinin etkinliği 10 girişim birimi üzerinde değerlendirilmiş ve kontrol grubuna göre çok daha çeşitli ve fazla sayıda olay raporlandığı saptanmıştır. Evans ve ark.'nın (2007) çalışmasında bu çalışmada uygulanmış olan yönteme benzer bir yol izlenmiştir. Önce kalitatif yöntem ile raporlama engelleri belirlenmiş ve bu sonuçlar doğrultusunda girişimler belirlenmiştir. Bildirilecek olay türlerini açıklayan posterler, ilaç hazırlama odalarına, tıbbi personel odalarına ve hemşire desklerine stratejik olarak yerleştirilmiş ve olay formları klinik alanda belirgin şekilde sergilenmiştir. Bir diğer çalışmada ise pediatri ilaç güvenliği ekibi, sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi ve klinik eczacının birimde çalışmasından oluşan çoklu stratejiler uygulanmış ve bildirim sayılarının arttığı belirtilmiştir (Costello ve ark., 2007).

Bildirimlerin zamana göre artış göstermesi, olumlu tutum ve davranışın zaman içinde devam ettiğini göstermektedir ve bu sonuç girişimlerin, güvenlik kültürünün oluşturulması ve sürdürülmesi için olumlu yönde katkı sağladığını destekler niteliktedir.

Bildirim sayılarının olay/hata türlerine göre dağılımı incelendiğinde en fazla bildirimi yapılan hata türünün hasta düşmeleri, en az bildirim yapılan hata türünün ise sırasıyla cerrahi güvenlik ile kan/kan transfüzyonu olayına ilişkin bildirimler olduğu belirlenmiştir (Şekil 12). Düşmeler hastanelerde en sık gerçekleşen istenmeyen durumlardır (Barış ve ark, 2016). JCI'nın (2015) sentinel (beklenmeyen) olaylar raporunda; ciddi yaralanmayla sonuçlanan düşmelerin, en fazla bildirim yapılan olaylar arasında yer aldığı belirtilmiştir. Ülkemizde kurulmuş olan Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) verilerine göre, 2016 yılında en sık bildirimi yapılan ilk 10 hasta güvenliği hatası sıralamasında 281 bildirim ile ilk sırayı hasta düşmeleri almıştır. Hasta düşmelerinin bildiriminin girişim öncesi ve sonrası süreçte daha yüksek oranda olmasında Sağlık Bakanlığı'nın ve kurumun hasta güvenliği hedefleri kapsamında düşmelerin önlenmesine yönelik girişimlere daha öncelikli yer vermesinin etkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca hasta düşmelerinin gerçekleşmesinde çoklu faktörlerin etkili olması (içsel, dışsal, kişisel, bilinç durumu ve kurumsal faktörler gibi), sağlık çalışanının tüm önlemleri alsa da hastaların düşebilmesi durumunun, hatanın çalışanda olmadığı algısı ile bildirim yapma davranışını artırdığı düşünülmüştür.

Bu çalışmada, girişim sonrası bir yıl içinde toplam iki tane cerrahi güvenlik olayına ilişkin olay/hata bildirimlerinin yapıldığı ve en az bildirim türünün cerrahi güvenliğe ilişkin olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı (2016) GRS raporuna göre 2016 yılında aylık bildirim hızı en düşük olan hataları, cerrahi hatalar oluşturmaktadır. Raporda bu durumun nedeni cerrahi hataların, diğer hatalara göre sağlık çalışanlarındaki algı açısından malpraktis ile daha fazla ilişkilendirilmesinin, bildirim artışındaki kısmi direnç sebep olduğu yönünde görüş iletilmiştir. Kan ve kan ürünleri transfüzyon hatalarına ilişkin, girişim sonrası ilk altı ayda yalnızca dört bildirim yapılmış ve ikinci altı ayda ise bildirim yapılmamıştır (Şekil 12). Uzmanlar hata olmadan önlendiği için özellikle kıl payı hataların bildirilmediğini aslında transfüzyon sürecinde görülen gerçek hata oranının bilinen oranlardan çok daha fazla olduğunu bildirmektedir (Dalton ve ark., 2005). Evans ve ark.'nın (2007) çalışmasında da kan ve kan ürünü hatası bildirimlerinin az olduğu belirtilmektedir. Transfüzyonun Ciddi Tehlikeleri (The Serious Hazards of Transfusion-SHOT) rapor sonuçlarına göre transfüzyon hatası riski 1:16.500 olarak tahmin edilmektedir (Vasiliki, 2011). Bu oran, diğer hata türlerine göre daha düşüktür. Konuya ilişkin hatalar daha az yapıldığı için bildirimlerin az olması da beklenen bir sonuçtur.

Girişim sonrası ilaç olay bildirimlerin türleri ve konusu incelendiğinde; ilaç hatalarına ilişkin en çok bildirim yapılan hatalı işlemlerin uygulama kapsamındaki olaylar olduğu ve ayrıca en fazla “yanlış doz ve yanlış zaman” hatasının yapıldığı saptanmıştır (Tablo 9). Pournamdar ve Zare’nin (2016) çalışmasında ilaç hataları ile ilgili en yüksek ortalama puanlar yanlış infüzyon hızı, yanlış enjeksiyon oranı olarak sıralanmıştır. Büyük ve ark.’nın (2014) çalışmasında hemşirelerin kemoterapi ilaçları ile ilgili karşılaşmış oldukları ilaç hatalarının dağılımı incelenmiş ve doğru doz ve doğru zaman ile ilgili hatalarla karşılaşma oranı %52,2 olarak belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada ise ilaç uygulamalarında yanlış zaman, yanlış doz ve uygulamanın atlanması en sık karşılaşılan problemler olarak saptanmıştır (Vural ve ark., 2014). Koçak ve Yaman’ın (2015) çalışmasında ise yapılan ilaç hataları incelendiğinde, en fazla yapılan hatanın yanlış dozda ilaç uygulaması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada yapılan uygulama hatalarının nedenleri ise; personel yetersizliği, iş yoğunluğu, uygunsuz ürün kullanımı ve ilaçların eczaneden eksik/ geç gelmesi olarak açıklanmıştır. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin gerçekleştirdikleri ilaç uygulama hataları ile bakım verilen hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Top ve Çam 2015) Literatürde de tıbbi hataların oluşma nedenleri arasında sağlık çalışanı yetersizliği ve iş yükü en önemli nedenler olarak açıklanmaktadır (Bari ve ark., 2016; Blot ve ark., 2015; Drach-Zahavy, 2014; Ehsani ve ark., 2013; Kahrman ve Öztürk, 2016; Uğur ve ark., 2016).

Girişim sonrası bildirimlerin türlerine ve hasta sonuçlarına göre dağılımı incelendiğinde bildirim yapılan ilaç hatalarının yarısından fazlasının ramak kala; düşme olaylarının ise hepsinin hastaya ulaşan/gerçekleşen hatalar olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Kuo ve ark.’nın (2013) çalışmasında bildirilen ilaç hatalarının neredeyse yarısının hastaya ulaşmadan önlenen hatalar olduğu belirlenmiştir. Literatürde kıl payı hataların çok yaygın olduğu (Elwahab ve Doherty, 2014), raporlanmasının önemli olduğu (Preston, 2004) ve tıbbi hataların tekrarlanmasını önlemek için ana politikalardan birisinin, sağlık çalışanlarının kıl payı hatanın ne olduğu hakkında bilgilendirilmesi olduğu belirtilmektedir (Bairami ve Taleghani, 2016). Kurumda hasta düşmelerinin bildirim prosedürünün yalnızca gerçekleşen düşme olaylarının bildirimine dayalı olmasına bağlı olarak, bu çalışmada düşme olaylarının hepsinin hastaya ulaşan/gerçekleşen hata bildirimleri olması beklenen bir sonuçtur. Sağlık Bakanlığı (2016) GRS raporunda da benzer olarak, hasta düşmeleri bakım, teşhis ve tedavi sürecine ilişkin hatalar sınıflaması içinde “hasta düşmesi” başlığı ile bildirilmekte ve sistemde konuya ilişkin başka herhangi bir alt başlık yer almamaktadır.

5.2. Nitel Bölüm

Bu çalışma sonucunda, tıbbi hataların bildiriminde engel konusu olan korku kültürünün ortadan kaldırılmasına yönelik sağlık çalışanlarının görüşleri araştırılmış ve “Eğitim/Bilgilendirme”, “Yöneticilerden Beklentiler” ve “Kolaylaştırıcı Girişimler” olmak üzere üç ana tema belirlenmiştir. Bu bölüm belirlenmiş olan bu üç ana tema kapsamında tartışılmıştır.

5.2.1. Eğitim/Bilgilendirme

Bu çalışmada “hukuki süreç”, “bildirim süreci” ve “mesleki/farkındalık eğitimi” kategorileri eğitim/bilgilendirme isimli temayı oluşturmuştur.

Hukuki Süreç

Çalışma sonuçlarına göre; çalışanlar hata yapıldıktan sonraki hukuki süreç, cezalar ve sınıflandırması ile disiplin süreci hakkında bilgi/eğitim almak istemekte ve bunun korkuyu azaltacağını düşünmektedirler.

Geleneksel yaklaşımda, hata yapan kişi suçlanma/cezalandırılma korkusu ile yaptığı hatayı saklar ve hatalar ortaya çıkarılamaz (Ovalı, 2010). Literatürde, hataların hastalara bildirilmesinin dava ile sonuçlanması inancı ve hukuki sorumluluk korkusu nedeni ile bildirilmediği belirtilmektedir (Almutary ve Lewis, 2012; Chiang ve Pepper, 2006; Elliot, 2010; Hashemi ve ark., 2012; Jahromi ve ark., 2014; Uribe ve ark., 2002). Liu ve ark.’nın (2013) çalışmasında hatalar için cezalandırıcı yaklaşımın hala yaygın olduğu belirtilmektedir. Cezalandırılma korkusu olmadan bildirilen hataların araştırılması ise kök neden analizi yapılarak, ilgili aksaklığın bulunarak düzeltilmesi için gereklidir (Savaş, 2013). Sağlık profesyonelleri bir hata yaptıklarında ve bildirdiklerinde ne ile karşılaşacaklarını bilmedikleri için hatayı bildirmemektedir (Hisar ve ark., 2015). Sağlık profesyonelleri aynı zamanda kendilerini ilgilendiren yasal düzenlemeleri bilmemektedir ve TCK’nın 4. maddesine göre kanunu bilmemek ise mazeret değildir. Hemşireler, hasta/hasta yakınına riske atacak hatalı uygulamaları engellemek ve aynı zamanda kendilerini hukuki açıdan güvence altına almak için malpraktis kapsamındaki olayları bilmelidir ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması önemsenmelidir (Kuğuoğlu ve ark., 2009). Son yıllarda tıbbi hatalara ilişkin açılan dava sayılarının artması ve çalışanların hataların hukuki boyutu hakkında mesleki eğitim süreci ve

hizmet içi eğitimlerde konuya ilişkin yeterli bir eğitim almamaları; hata yapıldıktan sonraki hukuki süreç, cezalar ve sınıflandırması ile disiplin süreci hakkında bilgi sahibi olmak istemesinin nedenleri olarak düşünülmüştür. Yapılan bireysel görüşmeler, çalışanların tıbbi hataların hangi durumlarda hukuki boyuta yansıtacağı hakkında hiç bilgi sahibi olmadıklarını ortaya çıkarmıştır. Hatanın, hastada zarara yol açması ile hukuki boyutta tartışılabileceği bilgisinin çalışanlar tarafından bilinmemesi, kıl payı ve hastada zarara neden olmayan birçok hatanın bildirilmesinde önemli bir engel olarak düşünülmüştür.

Bu çalışmada çalışanların hata yapıldıktan sonraki hukuki süreç hakkındaki bilgi eksikliğine bağlı korkularını azaltmak/ortadan kaldırmak için; bireysel görüşmelerde çalışanlar tarafından iletilmiş olan hukuki boyut hakkındaki endişe konularına ilişkin bir sağlık hukukçusu ile eğitim içerikleri oluşturulmuş ve çalışanlara video gösterimi ile eğitim yapılmıştır. Ayrıca kurumsal farkındalığı artırmak amacıyla yapılmış olan “Hasta Güvenliği Sempozyumu”nda tıbbi hataların hekim dışı sağlık personeli için adli boyutu adli tıp uzmanları tarafından anlatılmıştır.

Bildirim Süreci

Çalışma sonuçlarına göre; çalışanlar bildirim amacı ve önemi; bildirim sistemi, konuları ve gizliliği ile bildirim sonrası kurumsal süreç hakkında bilgi/eğitim almanın korkuyu azaltma ve bildirimleri artırmak için gerekli olduğunu düşünmektedir. Çalışanlar bildirim süreci hakkında bilgi sahibi olmadıkları için aslında genel olarak bir bilinmezlik korkusu yaşamaktadır. Yapılan kalitatif bir araştırma sonucunda çalışanların raporlama sonucunda karşılaşacakları durumlara ilişkin bir bilinmezlik korkusuna kapıldıkları, raporlama sonrasında neyle karşılaşacaklarını bilmemekten kaynaklanan bir korku duydukları belirlenmiştir. Aynı çalışmada raporlama yapılmamasının en önemli nedenlerinden birisi çalışanların bildirim sistemi hakkındaki bilgi eksikliği olarak belirlenmiştir ve sistem hakkında yeterince bilgilendirilmemiş olan çalışanlar, sistemin kullanımını bilmedikleri gibi kullandıklarında da alacakları geribildirim niteliğini bilmediklerini ifade etmişlerdir. (Soydemir ve ark., 2016). Yapılan çalışmalar etkin bildirim sistemlerinin olmaması ve raporlamayı nasıl yapacağını bilmemenin, raporlama için engel oluşturduğunu ve bildirim sonrası yöneticilerin cezalandırmasından korktuklarını sunmaktadır (Mostafaei ve ark., 2014; Poorolajal ve ark., 2015). Bu çalışmada, çalışanların bildirim sonrası kurumsal süreç hakkında bilgi almak istemesi bu açıdan önemlidir çünkü bildirim sonrası süreci bilmeme çalışanda

ceza alma korkusu algısına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar raporlamanın isimsiz ve gönüllü olmasını önermektedir (Capucho ve Arnas, 2013; Ilan ve ark., 2011; Kingston ve ark., 2004, Preston, 2004). Raporlamanın artmasında asıl etkenin korkunun azalması olduğu düşünüldüğü için bu açıdan bildirim sistemlerinin gizliliği önemlidir ve bildirim süreci hakkında çalışanların bilgi sahibi olmak istemesi ise beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada; kurumda mevcut bulunan bildirim sistemi, literatür ve çalışanların bireysel görüşmelerde iletmış oldukları görüşler doğrultusunda revize edilmiştir (gizlilik, isimsiz giriş yapma gibi). Ayrıca yapılan eğitimlerde bildirimin amacı ve önemi, bildirim sistemi, konuları ve gizliliği ile bildirim sonrası kurumsal süreç hakkında çalışanlara bilgi verilmiştir. Çalışanlar, olay/hata bildirimlerinin hatalardan öğrenme amacı ile gizlilik esasına uygun ve ceza odaklı olmayan bir anlayış ile işletildiğini bilse ve buna inansa korku yaşamadan yapıkları ya da şahit oldukları olayları rahatlıkla bildirebilirler. Bu düşünce, ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında kurulmuş olan Güvenlik Raporlama Sistemi bildirim sonuç raporları ile de desteklenmektedir. Bu sisteme 2016 yılında bildirim yapılan toplam ilaç hatası sayısı 3.485'dir. Ülkemizde yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinilmesi amacıyla oluşturulan bu sistemin bildirim sırasında IP adresi (Internet Protocol Address), lokasyon bilgisi, kişi adı vb. hiçbir kişisel bilgi veri tabanına kaydedilmeden çalışması sonucunda çok sayıda olay/hata bildiriminin yapıldığı belirlenmiştir.

Mesleki ve Farkındalık Eğitimi

Çalışma sonuçlarına göre; çalışanlar mesleki eğitim konularında ve hizmet içi eğitimlerde tıbbi hatalar /hata bildirimleri konularına yer verilmesinin, ayrıca bunlara ilişkin farkındalık (bilinç) kazanmanın, mesleki uzmanlaşmanın ve yeni başlayanlara ilaçlar konusunda eğitim yapılmasının tıbbi hataları azaltacağını/önleyeceğini düşünmektedir. Çalışanlar hataların azaldığı ya da önlendiği durumlarda ise korkunun doğrudan ortadan kalkacağına inandıkları için, hataları önlemeye ilişkin önerileri ile dolaylı olarak da korkuyu engellemeye ilişkin öneri/düşüncelerini ifade etmişlerdir.

Khammarnia ve ark.'nın (2015) çalışmasında da tıbbi hataların diğer sağlık çalışanlarının güvenli uygulamalar, değişen sistem ve teknoloji konularında eğitim alması gibi stratejilerle azaltılabileceği belirtilmiştir. Hatalı uygulamaları engellemek için, cezalandırmanın yerini ödüllendirmenin aldığı bir ortam oluşturulmalı, bunun için de sağlık çalışanlarına

eğitimler yapılmalıdır (Çakır ve Tütüncü, 2009). Serembus (2014) çalışmasında eğitilmiş hemşire oranının artırılması ve çalışan eğitim-öğretiminin yeterliliği hasta güvenliği kültürü modelinin bileşenleri olarak açıklamaktadır. Literatürde pek çok çalışma hasta güvenliği konusunda düzenli eğitimlerin, çalışan bilgilendirmelerinin, hizmet içi eğitimlerin yapılmasını önermektedir (Arslan ve ark., 2015; Hisar ve ark., 2015; Karaca ve Aslan, 2014; Rızalar ve ark., 2016; Somyürek ve Uğur, 2016; Vural ve ark., 2015).

Bu çalışmada farkındalık yaratmak amacıyla çalışmanın yürütüldüğü kurumda hasta güvenliği sempozyumu düzenlenmiştir. Sempozyum ile farkındalık yaratarak kültürel bir değişim için adım atılması amaçlanmıştır. Ayrıca kuruma yeni başlayanlar için zorunlu olan kurum uyum eğitimlerine araştırmacının tanıtımını yaptığı sistem bilgilendirme konusu aynı içerikte eklenmiştir.

5.2.2. Yöneticilerden Beklentiler

Bu çalışmada “yönetimsel yaklaşım” ve “cezalandırmama” yöneticilerden beklentiler isimli temayı oluşturmuştur.

Yönetimsel Yaklaşım

Çalışma sonuçlarına göre; görüşmeye katılan çalışanlar yönetimin yardım edici, anlayışlı ve yargılayıcı olmayan yaklaşımı ve hata ortaya çıktıktan sonra yöneticinin çalışanı uygun tarzda sorgulama/denetlemesi, uyarma şeklinin ve iletişim biçiminin korkuyu azaltma üzerinde etkili olacağını belirtmişlerdir. Hataya karşı yönetici tavrından korkma önemli bir bildirim engelidir (Bairami ve Taleghani, 2016; Blegen ve ark., 2004; Mayo ve Duncan, 2004). Kuruluşlarda hasta güvenliği kültürünün yaratılabilmesi için ilk olarak yönetici pozisyonundakilerin konuya ilişkin inanç ve tutumlarının değiştirilmesinden başlanmalıdır (Karaca ve Aslan, 2014). Yöneticilerin hastalarda oluşabilecek zarar ve hasta ölümlerini engellemede hataları basitleştirme ya da hatalı kişiye destek olma gibi bazı tutum ve davranışlarıyla önemli bir konumda oldukları belirtilmektedir (Kahriman ve Öztürk, 2016). Yöneticiden çekinme ve korkma önemli bir bildirim engeli konusu olduğu için bu çalışmada yöneticilerden yardım edici/destekleyici bir yönetimsel yaklaşımın çalışanlar tarafından önerilmesi beklenen bir sonuçtur. Bu çalışmada çalışmanın yürütüldüğü kurumdaki yöneticilere ve hasta güvenliği komitesine tıbbi hatalarda yönetimsel yaklaşım ve kök neden

analizi sürecini içeren ayrı eğitim oturumları yapılmıştır. Bu girişimler ile davranış değişikliği için bir adım atılması amaçlanmıştır.

Cezalandırmama

Çalışma sonuçlarına göre; çalışanlar bir hata yapıldığında yöneticilerin özellikle yer değişikliği ile çalışanları cezalandırdıkları, bunun ise korkuyu azaltma üzerinde olumsuz yönde etkili olduğunu iletmişlerdir. Literatürde hataların nedeni araştırılırken insan yaklaşımından çok sistem yaklaşımına odaklanması ve kişileri cezalandırmak yerine açık tartışmalarla sistemi iyileştirme olanaklarının üzerinde durulması önerilmektedir. (Korkmaz, 2015; Harris ve Peeples, 2015; Hubbeling, 2016). Çalışanlar; yeni bir birim işleyişini öğrenme, yeni bir ekip ile çalışma, yeni bir biriminde kıdemsiz olma, yeni bir uyum sürecinden geçmek zorunda kalma ve bunun gibi nedenlerden dolayı genel olarak yer değişikliği yapmanın stresli bir durum olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle kendi isteği dışında yapılan yer değişikliklerini bir ceza olarak algılamakta ve dolaylı olarak bu durumdan korkmaktadır. Geleneksel yönetim yaklaşımını kullanan yöneticiler ise çalışanların bu korkusunu bildikleri için bu yöntemi ceza olarak sık sık kullanabilmektedir. Bir tıbbi hata yapıldığında ve ortaya çıktığında yöneticilerin yer değişikliği ile çalışanı cezalandırması ülkemizde hasta güvenliği kültürünün henüz tam olarak yerleşmemesi nedeni ile yaygın bir yönetici yaklaşımıdır. Bireysel görüşmelerde çalışanlar özellikle sık karşılaşılan yer değişikliği ile cezalandırmanın bir ceza değil aslında sorun için bir çözüm önerisi olarak kullanılmasının daha uygun ve doğru olduğunu iletmiştir. Bu çalışmanın eğitim girişiminde çalışmanın yürütüldüğü kurumdaki yöneticilere “tıbbi hatalarda yönetici yaklaşımı” içeriğinde eğitime yer verilmiş ve konuya ilişkin bir farkındalık yaratılmıştır.

5.2.3. Kolaylaştırıcı Girişimler

Bu çalışmada “farkındalık yaratma”, “ekip desteği” ve “motivasyon/cesaretlendirme” kolaylaştırıcı girişimler isimli temayı oluşturmuştur.

Farkındalık Yaratma

Çalışma sonuçlarına göre çalışanlar konuya ilişkin merak/ farkındalık oluşturmak için afiş, broşür, fotoğraf ve dokümanların asılması; bildirim yapan birimlerin desteklendiği, geri bildirim içeren mesajların otomasyon üzerinde paylaşımı/duyurulmasını; kurumda gönüllüler

ile projelerin başlatılmasını; komite kurma ve sır tutacak, güvenilir kişilerin yapılan hataların anlatılması için seçilmesini içeren pek çok öneriler sunmuşlardır. Çalışanlar, hata konusunun saklanmadan sık sık konuşulması ve konunun sürekli güncel olarak gündemde yer almasının, korku kültürünü azaltacağı/ortadan kaldıracığını düşündükleri için hata bildirimlerini artırma dolaylı olarak da korkuyu azaltma düşüncesi ile bu önerileri sunmuştur. Yapılan çalışmalar olay bildirimini hatırlatıcı faktörleri içeren çok yönlü yaklaşımların, raporlama oranlarında önemli ölçüde artış sağladığını göstermektedir (İlan ve ark., 2011; Capucho ve Arnas, 2013). Bu çalışmada hatırlatıcı faktör olarak poster, afiş asma ile sosyal medyadan sayfa açma girişimleri kullanılmıştır. Yapılan bir çalışmada da bu çalışmada olduğu gibi posterler klinik alanlara ve hemşire desklerine stratejik olarak yerleştirilmiştir ve çoklu girişimler sonrasında, bildirim sayılarının arttığı belirlenmiştir (Evans ve ark.,2007).

Sosyal medyanın günümüzde çok geçerli bir araç olması nedeni ile bu çalışmada farkındalık yaratmak için ayrıca sosyal paylaşım ağlarından facebook üzerinden hasta güvenliği liderleri adında bir grup sayfası açılmıştır. Hasta güvenliği gönüllüleri, hasta güvenliği derneği, tıbbi uygulama hatası topluluğu, tıbbi hata eğitimi grubu gibi ülkemizde birçok sosyal sitenin olduğu görülmüştür. Benzer olarak yurtdışında da hasta güvenliği alanında facebook üzerinden açılmış “Healthcare Quality, Risk and Patient Safety” , “Patient Safety and Quality Healthcare” ve “National Patient Safety Foundation” gibi milyonlarca üye/takipçisi olan grup/topluluk sayfalarına rastlanmıştır. Açılmış olan sayfadan yapılan ilgi çekici, farkındalık yaratıcı mesaj ve paylaşımlar ile konunun güncelliği ve gündemde olması sağlanmıştır.

Ekip Desteği

Çalışma sonuçlarına göre çalışanlar korku engelini aşılabilmesinde ekip desteğinin önemini vurgulamışlardır. Çalışanlar; ekip üyelerinin bildirim yapmayı desteklemesi /hatırlatması, ekip anlayışının/bilincinin yerleşmesi, hatayı telafi etmede ekip tarafından yardım edici/yapıcı yaklaşımın gösterilmesi, örnek/rol model olma, hataların ekipte konuşulması, ortak çözüm üretmeyi içeren çeşitli önerilerini ifade etmişlerdir. Literatürde hata yapan kişinin ekibin diğer üyeleri tarafından yetersiz şeklinde algılanacağı düşüncesinden korkma yaygın bir bildirim engeli konusudur (Blegen ve ark., 2004; Chiang ve Pepper, 2006; Jahromi ve ark., 2014; Mayo ve Duncan, 2004; Stratton ve ark., 2004). Morello ve ark'ın (2013) sistemik inceleme çalışmasında, hastanelerde hasta güvenliği kültürünü iyileştirme

stratejileri 11 farklı başlıkta sunulmuştur ve bunlardan bir tanesi de ekip temelli stratejilerdir. Wong ve Beglaryan (2004) ise hastanelerde hasta güvenliğini iyileştirmek için ekip içi iletişimin geliştirilmesi gibi klinik düzeyde stratejiler sunmuştur. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi bir ekip işi olduğu için çalışanlar birbirlerine güvenerek çalışmak zorundadır ve çalışanlar için meslektaş ve ekibin diğer üyeleri tarafından kendilerine güven duyulduğunu hissetmesi önemli bir konudur. Sağlık çalışanı bir tıbbi hata yapığı zaman ekip tarafından kendisine karşı güvenin sarsılması, suçlanma, kınanma korkusu yaşamaktadır. Bu nedenle çalışanların ekip desteğini geliştirici öneriler sunması beklenen bir sonuçtur.

Motivasyon/Cesaretlendirme

Çalışma sonuçlarına göre çalışanlar hata bildirimlerinin korkmadan rahatlıkla yapılabilmesi için güvenilir bir ortamın oluşturulmasını bunun için konunun saklanmadan sık konuşulması, bildirim yapan birimlerin duyurulması/ödüllendirilmesi, basit hataların da bildirilmesi, yöneticiden destek mesajı ve söylenilenlerin arkasında durulması beklentisi, çalışanları sürece katma/aktif kullanma, gönüllü olarak çalışana görev verme, otomasyon üzerinde reklam tarzında cesaretlendirici bir kaç cümle yayımlanması gibi öneriler sunmuşlardır. Moffatt-Bruce ve ark.'ın (2016) çalışmasında, çalışanların güvenlikle ilgili önemli bilgiler sağlamak için teşvik edildiğı hatta ödüllendirildiğı bir güven ortamının yalnızca kültür ile yaratılabileceğı belirtilmektedir. Khammarnia ve ark.'nın (2015) çalışmasında ise hataların raporlanmasını artırmak için hataların raporlanmasından öğrenme ve ödüllendirme ile hasta güvenliği kültürünü geliştirme gibi bazı basit stratejiler sunulmuştur.

Bu çalışmada, çalışanları bildirim yapma konusunda cesaretlendirmek amacı ile Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Kalite Biriminden Sorumlu Başhekim Yardımcısı ve Genel Sekreterlik Kalite Koordinatörü ile olay/hata bildirimlerini destekleyici 1-2 dakikalık kısa mesaj içerikli video çekimleri yapılmış ve eğitim içeriğine eklenerek çalışanlara gösterilmiştir. Yöneticiler, çalışanların yasal ve etik olarak sorumlu oldukları amirleri oldukları için bazı mesajların yöneticiler tarafından iletilmesi çalışan davranış ve tutumundaki etkisi ve yaptırım gücü daha fazla olacaktır. Bu nedenle tıbbi hatalar konusuna ilişkin yönetici desteğı bu noktada çok önemlidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuç ve öneriler nicel ve nitel araştırma sonuçlarına bağlı olarak iki bölümde sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Nicel Bölüm için Sonuçlar

Bir eğitim ve araştırma hastanesinde hata raporlama kültürünün oluşturulmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın nicel bölümünden aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- THTÖ'nin "Tıbbi Hata Algısı" alt boyutuna ait maddelere çalışanların katılım oranı girişimler sonrasında artmıştır.
- THTÖ'nin "Tıbbi Hata Yaklaşımı" alt boyutunda; tıbbi hatalar ve nedenlerinin çalışanlarla ve yöneticiler arasında tartışılması, yapılan hataların bildirilmesi ve yöneticilerin hatalardan öğrenmeyi destekleyen yaklaşım sergilemesi maddelerine çalışanların katılım oranlarının girişimlerden sonra artış gösterdiği saptanmıştır.
- THTÖ'nin "Tıbbi Hata Yaklaşımı" alt boyutuna ait maddelerden "Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım" ifadesine kararsızım yanıtını verenlerin girişim sonrası artış gösterdiği belirlenmiştir.
- THTÖ'nin "Tıbbi Hata Yaklaşımı" alt boyutunda "kıl payı/ramak kala olay/hata" bildirimünün gerekliliği konusunda girişimlerden sonra çalışanların katılım oranının artış gösterdiği saptanmıştır.
- THTÖ maddeleri arasında "Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır" ifadesinin; girişim öncesi ve sonrası en fazla kararsızlık yanıtı verilen madde olduğu, girişimler sonrasında da yaşanan kararsızlığın değişmediği belirlenmiştir.
- THTÖ'nin "Tıbbi Hata Nedenleri" alt boyutunda ise, uzun çalışma saatleri, bakım verilen hasta sayısının fazla olması, tıbbi hataların önlenabilir durumlardan kaynaklanması ve bildirim hastanın güvenliğini artırması ile ilgili maddelere çalışanların katılım oranlarının, girişimlerden sonra artış gösterdiği saptanmıştır.
- THTÖ'nin "Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur", "Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır", "Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur", "Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır", "Tıbbi hataların bildirilmesi hastanın güvenliğini artırır" ve "Kurum yöneticileri hatalardan

öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler” maddelerinin puan ortalamalarının girişim öncesi ve sonrası yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.”

- THTÖ’nin “Tıbbi Hata Algısı ve “Tıbbi Hataya Yaklaşım” alt boyutları ile “Tıbbi Hata Tutum” genel ölçümü puan ortalamaları açısından girişim öncesi ile girişim sonrası yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur. “Tıbbi Hata Nedenleri” alt boyutu puan ortalamaları açısından ise girişim öncesi ile girişim sonrası yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
- Yapılan tıbbi hata bildirimlerinin, girişim sonrası ilk altı ayda 3.5 kat; bir yıl sonunda ise yaklaşık 10 kat arttığı belirlenmiştir.
- İlaç olayı bildirimlerinin; girişim öncesi altı aylık bildirimlere göre, girişim sonrası ilk altı ayda 15 kat; girişim sonrası ikinci altıncı ayda, girişim öncesine göre 30 kat artığı saptanmıştır.
- Kan ve kan ürünleri transfüzyonuna ilişkin, girişim öncesi ve girişim sonrası ikinci altı ayda olay bildirimi olmadığı, girişim sonrası ilk altı ayda 4 bildirim yapıldığı belirlenmiştir.
- Düşme olayına ilişkin girişim öncesi altı aylık bildirimlerin, girişim sonrası ilk altı ayda 1.7 kat; girişim sonrası ikinci altıncı ayda ise girişim öncesine göre 2.7 kat arttığı saptanmıştır.
- Cerrahi güvenlik olaylarında girişim öncesi ve sonrası herhangi bir değişiklik olmadığı, bildirimlerin az ve aynı sayıda olduğu belirlenmiştir.
- İlaç hatalarına ilişkin en çok bildirimi yapılan hatalı işlemlerin sırasıyla uygulama ve transfer kapsamındaki olaylar olduğu ve uygulama hatalarının personel yetersizliği, iş yoğunluğu, uygunsuz ürün kullanımı ve ilaçların eczaneden geç ve eksik gelmesi nedenleri ile en fazla “yanlış zaman” ve “yanlış doz” hatası olduğu bulunmuştur.
- Bildirimi yapılan ilaç hatalarının çoğunun ramak kala hata olduğu, bildirimi yapılan düşme olaylarının ise hepsinin hastaya ulaşan gerçekleşen hatalar olduğu saptanmıştır.

Nitel Bölüm için Sonuçlar

Araştırmanın bu bölümünde sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti vermesi esnasında karşılaştıkları ya da karşılaşma ihtimalleri olan tıbbi hataların raporlanmamasında en büyük engel olarak belirlenmiş olan "korku kültürü"nün ortadan kaldırılmasına yönelik düşünceleri,

görüşleri ve yapılması gerekenler hakkındaki önerilerini ortaya çıkarmıştır. Çalışmanın bu bölümünden aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışanlar, hataların azaldığı ya da önlendiği durumlarda korkunun ortadan kalkacağına inandıkları için, hataları önlemeye ilişkin önerileri ile dolaylı olarak da korkuyu engellemeye ilişkin öneri/düşüncelerini bildirmiştir.
- Tıbbi hataların bildiriminde korku engelinin aşılabilmesi için eğitim ve bilgilendirme önemli bir girişim olarak belirlenmiştir.
- Hata yapıldıktan sonraki hukuki süreç, cezalar ve sınıflandırması, disiplin süreci hakkında bilgi/eğitim alma korkuyu azaltmak için önerilen bir girişim olarak sunulmuştur.
- Bildirimin amacı ve önemi, bildirim sistemi, konuları ve gizliliği ile bildirim sonrası kurumsal süreç hakkında bilgi/eğitim almanın korkuyu azaltma ve bildirimleri artırmak için önemli olduğu belirlenmiştir.
- Çalışanlar; mesleki eğitim konularında eğitim almanın, kurumlarda hizmet içi eğitimlerde hata bildirimlerine yer verilmesinin, hatalar ve bildirim konusunda farkındalık (bilinç) kazanmanın, mesleki uzmanlaşmanın ayrıca yeni başlayanlara ilaçlar konusunda eğitim yapılmasının tıbbi hataları azaltacağını/önleyeceğini düşünmektedir.
- Tıbbi hataların bildiriminde korku engelini azaltmak için; yönetimin desteği, yardım edici, anlayışlı ve yargılayıcı olmayan yaklaşımının çalışanlar için önemli olduğu belirlenmiştir.
- Hata bildirimini yaptıktan ya da hata ortaya çıktıktan sonra, yöneticinin çalışanla konuşma/uyarma şekli, hata yapan kişiyi uygun tarzda sorgulaması/denetlemesi, rahatlatıcı/güven verici bir ortamın sağlanması, yönetsel yaptırımların adil olması, hata bildirimine cesaretlendirici yaklaşım tarzının uygulanmasının ve iletişim biçiminin korku engelini azaltmak için önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Çalışanlar bir hata yaptıklarında yöneticilerinin özellikle yer değişikliği ile kendilerini cezalandırmasından korkmaktadır ve bu durumun hata bildirimlerinde korkuyu azaltma üzerinde olumsuz yönde etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışanlara göre yer değişikliği tehdit edici tarzda değil bir çözüm yolu olarak düşünülmelidir.
- Çalışanlar konuya ilişkin merak/ farkındalık oluşturmak için afiş, broşür, fotoğraf ve dokümanların asılması; bildirim yapan birimlerin desteklendiği geri bildirim içeren mesajların otomasyon üzerinde paylaşımı/duyurulmasını; kurumda gönüllüler ile projelerin başlatılmasını; komite kurma; sır tutacak, güvenilir kişilerin yapılan hataların anlatılması için seçilmesini; sorumlu hemşirelerin ya da sorumlu hemşiresi ile yaptığı/tanık olduğu

hatayı paylaşamayanlar için ikinci bir alternatif kişinin (süpervizör gibi) belirlenmesini içeren önerilerin hata bildiriminde korkuyu azaltmada etkili olabileceği önünde görüşler sunmuşlardır.

- Ekip üyelerinin bildirim yapmayı desteklemesi/hatırlatması, ekip anlayışının/bilincinin yerleşmesi, hatayı telafi etmede ekip tarafından yardım edici/yapıcı yaklaşımın gösterilmesi, örnek/rol model olma, hataların ekipte konuşulması, ortak çözüm üretmeyi içeren çeşitli önerilerin korku engelinin aşılabilmesinde önemli olduğu ortaya çıkmıştır.
- Çalışanlar; hata bildirimlerinin korkmadan rahatlıkla yapılabilmesi için güvenilir bir ortamın oluşturulması bunun için de konunun saklanmadan sık konuşulması, bildirim yapan birimlerin duyurulması/ödüllendirilmesi, yöneticiden destek mesajı ve söylenenlerin arkasında durulması beklentisi, çalışanları sürece katma/aktif kullanma, gönüllü olarak çalışana görev verme gibi önerilerin korku engelinin aşılabilmesinde yardım edeceğini bildirmiştir.

6.2. Öneriler

Nicel Bölüm için Yöneticilere Yönelik Öneriler

- Yöneticiler, kurumlarında tıbbi hatalar konusundaki çalışan tutumu ve olay/hata bildirim sayılarını düzenli olarak belli sıklıkta değerlendirerek kurumlarının konu hakkındaki kültürel analizlerini yapabilirler.
- Yöneticiler, tıbbi hataların bildiriminin artması için çalışanları bildirim konusunda desteklemede /cesaretlendirmede aktif sorumluluklar üstlenebilirler.
- Çalışma konusu, kurumların “Kalite Yönetim Birimleri” ile kurumsal iyileştirme/uygulama çalışmaları olarak yürütülebilir.
- Yöneticiler farkındalık yaratmak için bu çalışma konusu kapsamında çalıştay, sempozyum ve kongreler düzenleyebilirler.
- Yöneticiler olay/hata bildirimlerini artırmak için kurumlarına özgü, yeni, farklı stratejiler geliştirerek bilimsel çalışmalar yapabilirler ya da yapılan çalışmalara destek verebilirler.
- Çalışmanın yürütüldüğü kurumda, hasta/hasta yakınlarının hataları önlemek için kendi sağlıklarına katılım göstermede sorumluluk alması sağlanabilir ayrıca yapılan hataların hasta/hasta yakını ile paylaşılması konusunda prosedürler oluşturulabilir ve çalışanlar bu konuda bilgilendirilebilir.

Nicel Bölüm için Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Aynı çalışma hekim, eczacı, teknisyen ve diğer sağlık çalışanlarını kapsayacak örneklem ile multidisipliner bir çalışma olarak yürütülebilir.
- Çalışma konusu çok merkezli, örnekleme daha geniş gruplarda tekrarlanabilir.
- Konu hakkında ülkemizde veri oluşturabilecek birikimin sağlanması için çalışma konusu farklı stratejilerle kurumlarda uygulanabilir.
- Olay/hata bildirimlerinin az sayıda olmasının altında yatan nedenleri kalitatif araştırma yöntemi ile derinlemesine çalışan araştırmalar artırılabilir.
- Kültürel Bağlamda Örgütsel Değişim Modeli’i (OC³ Model) örgüt kültürü ve örgütsel değişim ile ilgili çalışmalarda kullanılmaya devam etmelidir.

Nitel Bölüm için Yöneticilere Yönelik Öneriler

- Yöneticiler çalışanlar için; tıbbi hataların hukuki boyutu, hata bildirim sistemi/süreci ve mesleki konular hakkında hizmet içi eğitim, vaka sunumları, çalıştay/sempozyum/kongreler düzenleyebilirler.
- Bir tıbbi hata bildirildiğinde ya da ortaya çıktığında yöneticiler destekleyici, yardım edici, anlayışlı ve yargılayıcı olmayan yaklaşım gösterebilirler.
- Yöneticiler hata sonrası sürece ilişkin;
 - rahatlatıcı/güven verici bir ortam sağlayabilirler,
 - hata yapan kişiyi uygun tarzda sorgulayabilir ya da denetleyebilirler,
 - yönetsel yaptırımlarda adil olabilirler,
 - hata bildirimine cesaretlendirici yaklaşım tarzını uygulayabilirler.
- Yöneticiler yer değişikliğini tehdit edici tarzda değil bir çözüm yolu olarak kullanabilirler.
- Yöneticiler hata bildirimlerini artırmak ve korkuyu azaltmak için,
 - kurumlarında merak/ farkındalık oluşturmak için afiş, broşür, fotoğraf ve dokümanlar asılmasını sağlayabilirler,
 - konuya ilişkin bildirim yapan birimlerin desteklendiği, geri bildirim içeren mesajların otomasyon üzerinde paylaşımı/duyurulmasını sağlayabilirler,
 - kurumlarında gönüllüler ile projeler başlatabilirler,
 - çalışanların hataları bildirebileceği güvenilir kişiler seçebilirler,
 - hata konusunun güncel ve gündemde kalmasını sağlamak için sorumlu hemşire toplantılarında, çalışan/yönetici buluşmalarında, eğitim etkinliklerinde ve özel günlerde mesajlar vererek konunun sık konuşulmasını sağlayabilirler,
 - bildirim yapan birimleri duyurup/ödüllendirebilirler
 - çalışanları sürece katabilir ve gönüllü olarak çalışana görev verebilirler.

Nitel Bölüm için Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Korku engelini ortadan kaldırmaya yönelik çalışan görüşleri hakkında derinlemesine bireysel görüşmeler ile farklı kurumlarda çalışmalar yapıp sonuçları karşılaştırılabilir.
- Aynı konu; hekim, eczacı, teknisyen, yönetici ve diğer sağlık çalışanlarını kapsayan bir örneklem ile odak grup görüşmesi yöntemi ile çalışılabilir.
- Aynı konu yöneticiler ile derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile çalışılabilir.

7. KAYNAKLAR

- Aboshaiqah AE. Patients safety culture: a baseline assessment of nurses' perceptions in a saudi arabia hospital. The Graduate School of Wayne State University, 2010, Detroit, Michigan.
- Ahmadipour H, Nahid M. Medical error and related factors during internship and residency. Indian J Med Ethics, 2015; 12 (4): 215-19.
- Ahmed M, Arora S, Baker P, Hayden J et al. Building capacity and capability for patient safety education: a train-the-trainers programme for senior doctors. BMJ Quality & Safety, 2013; 22 (8): 618–25.
- Akalın HE. Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz?. ANKEM Derg, 2004; 18 (Ek 2): 12-13.
- Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 2005; 5 (3):141-146.
- Akalın HE. Enfeksiyon kontrol: Bir kalite iyileştirme ve hasta güvenliği programı. ANKEM Derg, 2011; 25: 6-8.
- Akgün S. Hasta güvenliği, beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar -sentinel olaylar-sentinel events in healthcare. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2014; 1 (2):75-82.
- Akın A, Şen Üçel A, Doğan N. Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde hasta güvenliği kültürünün algılanması ve çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının belirlenmesi. In: Kırılmaz, H. (Ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 1. Basım. Ankara: Baydan Ofset; 2010.s. 98-105.
- Alemdar DK, Aktaş YY. Türkiye'de hemşirelik hizmetlerinde tıbbi hata türleri ve nedenleri. TAF Prev Med Bull, 2013; 12 (3):307-14.
- Almutary H, Lewis PA. Nurses' willingness to report medication administration errors in Saudi Arabia. Quality Management in Health Care, 2012; 21 (3): 119-126.
- Alsafi E, Baharoon S, Ahmed A, Al-Jahdali HH et al. Physicians' knowledge and practice towards medical error reporting: a cross-sectional hospital-based study in Saudi Arabia. East Mediterr Health J, 2015; 21 (9): 655-64.

- Altındış S. Sağlık hizmetlerinde kök neden analizi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2010; 15.
- Anderson C, Dolansky M, Damato EG, Jones KR, Predictors of serious fall injury in hospitalized patients. Clinical Nursing Research, 2015; 24 (3): 269-83.
- Ardahan M, Alp FY. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; 6 (2): 85-88.
- Arslan S, Cetisli NE, Bakan G, Erkan S. Patient safety culture of health professionals. Gaziantep Med J, 2015; 21 (8): 78-83.
- Aştı T, Kıvanç M. Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi, 2003; 6: 14-19.
- Atan ŞÜ, Dönmez S, Duran ET. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. F.N. Hem. Derg, 2013; 21 (3): 172-180.
- Australian Haemovigilance Report. Data for 2013–14 published by the National Blood, 2016. <http://www.blood.gov.au/haemovigilance-reporting>. [ErişimTarihi: 16.11.2016].
- Avcı K, Aktan T. Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2015; 5 (2): 48-54.
- Ayık G, Özsoy SA, Çetinkaya A. Hemşirelik öğrencilerinin ilaç uygulama hataları. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 2010; 18 (3): 136-143.
- Bairami F, Taleghani YM. Improving medical error reporting: a successful experience from Iran. Iran J Public Health, 2016; 45 (5): 713-14.
- Barger LK, Ayas NT, Cade BE, Cronin JW et al. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. PLoS Medicine, 2006;3 (12): 2440-8.
- Barış VK, İntepeler ŞS, Yeginboy Y. İzmir ilinde bulunan üniversite ve kamu hastanelerindeki hasta düşmelerinin maliyet analizi. V. Sağlıkta Kalite Ve Güvenlik Ödülleri Kitabı, s121, Mart 01–04, 2016, Ankara.
- Bari A, Khan RA, Rathore AW. Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. Pakistan Journal of Medical Sciences, 2016; 32 (3): 523-28.

Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE prevention study group. JAMA, 1995; 274 (1): 29-34.

Bayazidi S, Zarezadeh Y, Zamanzadeh V, Parvan K. Medication error reporting rate and its barriers and facilitators among nurses. Journal of Caring Sciences, 2012; 4: 231-36.

Beg M. Views of health care providers on medical errors in Karachi, Pakistan. Value In Health, 2014; 17 (3): 184.

Bellebaum KL. The relationship between nurses' work hours, fatigue, and occurrence of medication administration errors. Dissertation Presented in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree Doctor of Philosophy in The Graduate School of The Ohio State University. 2009, The Ohio State University.

Beyea S. Wake-up-call-standardization is crucial to eliminating medication errors. AORN J, 2002; 75 (5): 1010-13.

Blegen MA, Vaughn T, Pepper G, Vojir C et al. Patient and staff safety: voluntary reporting. Amer J Med Qual, 2004; 19 (2):67-74.

Blot F, Maxime V, Beuret P, Troche G et al. The Iatref study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. Intensive Care Med, 2015; 41: 273–84.

Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. Genel Tıp Derg, 2012; 22 (2): 37-42.

Bolton-Maggs PHB, Wood EM, Wiersum-Osselton JC. Wrong blood in tube – potential for serious outcomes: can it be prevented? British Journal of Haematology, 2015; 168: 3–13.

Brennan TA, Leape LL, Hebert L, Localio R et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. The New England Journal of Medicine, 1991; 324 (6): 370-76.

Büyük ET, Güdek E, Güney Z, Yıldırım S ve ark. Pediatrik onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerin kemoterapi ilaçları ile ilgili deneyimledikleri ilaç uygulama hataları. The Journal of Pediatric Research, 2014; 1 (4): 207-11.

- Candaş B, Gursoy A. Perioperative care and operating room management. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 2016; 5: 1–6.
- Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHBD. Patient Safety: a comparison between handwritten and computerized voluntary incident reporting. *Rev Gaúcha Enfer*, 2013; 34 (1): 164-172.
- Carlton G, Blegen MA. Medication-related errors: A literature review of incidence and antecedents. *Annual Review of Nursing Research*, 2006; 24: 19-38.
- Cebeci F, Karazeybek E, Sucu Dağ G. Öğrenci hemşirelerin hastane uygulamaları sırasında tanık oldukları tıbbi hata durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3 (2): 736-78.
- Chelly JE, Canroy L, Miller G, Elliot MN et al. Risk factors and injury associated with falls in elderly hospitalized patients in a community hospital. *Patient Safety*, 2008; 4 (3): 178-183.
- Chiang H, Pepper GA. Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 2006; 392–99.
- Choo J, Hutchinson A, Bucknall T. Nurses' role in medication safety. *Journal of Nursing Management*, 2010; 18 (7): 853-61.
- Civaner M, Yürür K, Pala K. Sağlık alanında “hizmet kaynaklı zarar”: hekimler ne diyor? Birinci Baskı, Ankara, 2011: 5-14.
- Cook RI, Woods DD, Miller C. A tale of two stories: contrasting views of patient safety. Report from a workshop on assembling the scientific basis for progress on patient safety, 1998, National Patient Safety Foundation.
- Cooper MD. Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 2000; 36: 111- 136.
- Coyle YM, Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, Schneider GW et al. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care*, 2005; 14 (5): 383-88.
- Creswell, JW. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. 1998.
- Çakır A, Tütüncü Ö. İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*: s189, Mart 19–21, 2009, Antalya.

Çakır İ, Emir A, Gür A, Demirel H ve ark. Anestezi teknisyen/teknikerlerinin tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim, 2016; 14 (3): 98-105.

Çelen Ö, Teke A, Cihangiroğlu N. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeylerinin incelenmesi. Gülhane Tıp Derg, 2014; 56: 85-92.

Çırpı F, Merih YD, Kocabey YM. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2 (3): 26-34.

Dabaghzadeh F, Rashidia A, Torkamandic H, Alahyar A et al. Medication errors in an emergency department in a large teaching hospital in Tehran. Iranian Journal of Pharmaceutical Research, 2012; 12 (4): 937-942.

Dalton J, Ippolito C, Poncet I, Rossini S. Using RFID technologies to reduce blood transfusion errors. White Paper by Intel Corporation, Autentica, Cisco Systems, and San Raffaele Hospital, 2005.

Davies HT, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. Qual Health Care, 2000; 9: 111-19.

Demir-Zencirci A. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2010, 1: 67-74.

Devlet Memurları Kanunu: 23/7/1965 Sayı: 12056

<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> [Erişim Tarihi: 15.12.2016].

De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care, 2008; 17 (3): 216-23.

Dimond B. Research shows administration of medicines needs attention. British Journal of Nursing, 2003; 12 (7): 397.

Ding Q, Barker KN, Flynn EA, Westrick SC et al. Incidence of intravenous medication errors in a Chinese Hospital. Value in Health Regional, 2015; 6: 33 – 39.

Donaldson SL. (2008). Patient safety workshop learning from error. World Health Organization.

Drach-Zahavy A. (How) do we learn from errors? A prospective study of the link between the ward's learning practices and medication administration errors. *International Journal of Nursing Studies*, 2014; 51: 448–57.

Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler*, 2010; 8 (1): 1-14.

Ehsani SR, Cheraghi MA, Nejati A, Salari A et al. Medication errors of nurses in the emergency department. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 2013; 6 (11).

Elliott M, Liu Y. The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, 2010; 19 (5): 300-05.

Elwahab SA, Doherty E. What about doctors? The impact of medical errors. *The Surgeon*, 2014; 12: 297-300.

Eroğlu EK, Berk Öksüz AS, Keser N. Sağlık çalışanlarının hata bildirim alanlarında eğitilmesi ve tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, s76, Mart 19–21, 2009, Antalya.

Ersoy Y. Tıbbi hatanın hukuki ve cezai sonuçları. *TBB Dergisi*, 2004; 53: 161-189.

Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2009; 84 (1): 1-10.

Espin S, Wickson-Griffiths A, Wilson M, Lingard L. To report or not to report: A descriptive study exploring ICU nurses' perceptions of error and error reporting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2010; 26, 1-9.

European Medicines Agency- EMA. Good practice guide on recording, coding, reporting and assessment of medication errors, 2015.

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Regulatory_and_procedural_guideline/2015/11/WC500196979.pdf. [Erişim Tarihi: 05.03.2016].

Evans SM, Smith BJ, Esterman A, Runciman WB et al. Evaluation of an intervention aimed at improving voluntary incident reporting in hospitals. *Qual Saf Health Care*, 2007; 16: 169-75.

Fields J, Alturkistani T, Kumar N, Kanuri A et al. Prevalence and cost of imaging in inpatient falls: the rising cost of falling. *Clinico Economics Outcomes Research*, 2016; 3 (7): 281-86.

Filiz E. Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Konya.

Fischer ID, Krauss MJ, Claiborne Dunagan W, Birge S et al. Patterns and predictors of inpatient falls and fall-related injuries in a large academic hospital. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 2005; 26 (10): 822-27.

Gaffney TA, Hatcher BJ, Milligan R. Nurses' role in medical error recovery: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25: 906-17.

Garrouste-Orgeas M, Flaatten H, Moreno R. Understanding medical errors and adverse events in ICU patients. *Intensive Care Medicine*, 2016; 42 (1): 107-109.

Giraldo P, Sato L, Sala M, Comas M et al. A retrospective review of medical errors adjudicated in court between 2002 and 2012 in Spain. *International Journal for Quality in Health Care*, 2016; 28 (1): 33-39.

Gök D, Sarı HY. Pediyatride ilaç hataları ve hata bildirimi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 2016; 6 (3): 165-173.

Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13: 2.

Güleç D, İntepeler ŞS. Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013; 15 (3): 26-41.

Güngör P, Merih YD, Kocabey MY. Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2012; 43 (4): 128-138.

Gürbüz Z, Yıldırım HH. Hasta güvenliği kültürü ölçümü: Nazilli Devlet Hastanesi örneği. V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı, s264, Kasım 2014, Ankara.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2011, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara. <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/3747,0901guvenlicerrahipdf.pdf?0> [Erişim Tarihi: 15.03.2016].

Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) 2016 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/6483,grs2016raporr1pdf.pdf?0> [Erişim Tarihi: 15.03.2017].

Habraken MK, Schaaf TV, Jonge JD, Ruttle C. Defining near misses: Towards a sharpened definition based on empirical data about error handling processes. *Social Science and Medicine*, 2010; 70 (9): 1301-08.

Hakeri H. Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayrımı.

<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/173201492523-238.pdf> [Erişim Tarihi: 16.12.2016].

Hajibabae F, Joolae S, Peyravi H, Alijany-Renany H et al. Medication error reporting in Tehran: a survey. *Journal of Nursing Management*, 2014; 22: 304–10.

Harris CT, Peeples RA. Medical errors, medical malpractice and death cases in north carolina: the impact of demographic and system variables. *Contemporary Readings in Law & Social Justice*, 2015; 7 (2): 46.

Hashemi F, Nikbakht Nasrabadi A, Asghari F. Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study. *BMC Nursing*, 2010; 11: 20.

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, Sayı: 27897; 06 Nisan 2011. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>. [Erişim Tarihi: 11.09.2015].

Healey F, Scobie S, Oliver D, Pryce A et al. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. *Quality & Safety In Health Care*, 2008; 17 (6): 424-30.

Hisar KM, Arslan CB, Kısa S, Hisar F. Bir devlet hastanesinde çalışan personelin hasta güvenliğine ilişkin algı ve görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 4 (1): 148.

Hitcho EB. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting. *Journal of General Internal Medicine*, 2004; 19 (7) :732-39.

Horowitz AC. Medical errors disclosure. long-term living: For the Continuing Care Professional, 2016; 6 (4): 14-16.

Hoyert DL, Kochanek KD, Murphy SL. Deaths: final data for 1997. Centers for Disease Control and Prevention. National Vital Statistics Reports, 1999; 47 (19): 27.

Hubbeling D. Medical error and moral luck. HEC Forum, 2016; 28: 229-243.

Hughes RG. Nurses at the “sharp end” of patient care. In: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services: Road Rockville; 2008.p. 5-18.

Ilan R, Squires M, Panopoulos C, Day A. Increasing patient safety event reporting in 2 intensive care units: a prospective interventional study. Journal of Crit Care, 2011; 26 (4): 431.

Institute of Medicine-IOM. To err is human: building a safer health system, 1999.

Institute of Medicine-IOM. Committee on quality of health care in America. Errors in health care: a leading cause of death and injury, In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, ed. To err is human: Building a safer health system. Washington DC, National Academy Press, 2000, 26-42.

Institute for Safe Medication Practices. SMP survey helps define near miss and close call.<https://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20090924.asp>. [Erişim Tarihi:16.12.2016].

Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010; 11 (4): 421-30.

İstanbul İT, Yıldız H, Zora H. Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi’nde uygulanan güvenlik raporlama sisteminin geliştirilmesine yönelik bir araştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2012; 4.

Jahromi ZB, Parandavar N, Rahmanian S. Investigating factors associated with not reporting medical errors from the medical team’s point of view in Jahrom, Iran. Global Journal of Health Science, 2014; 6 (6): 96-104.

Jansma JD, Wagner C, ten Kate RW, Bijnen AB. Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. BMC Health Services Research, 2011; 11: 335.

Johnson J, Thomas M. Medication errors: knowledge and attitude of nurses in Ajman UAE. Reviews of Progress, 2013; 1 (4): 21-3485.

Joint Commission International –JCI. Sentinel Event Alert, 2015; 55.
<http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/> [Erişim Tarihi: 16.12.2016].

Kahriman İ, Öztürk H. Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. *J Clin Nurs*, 2016; 25 (19-20): 2884-94.

Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014; 1 (1): 9-18.

Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010; 17 (3): 233-36.

Khammarnia M, Ravangard R, Barfar E, Setoodehzadeh F. Medical errors and barriers to reporting in ten hospitals in southern Iran. *Malays J Med Sci*, 2015; 22 (4): 57-63.

Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *Western Journal of Nursing Research*, 2007; 29 (7): 827-44.

Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Medical Journal of Australia*, 2004; 181 (1): 36-39.

Koç S. Sağlık çalışanlarının yasal sorumlulukları ve malpraktis. Koç S (ed): *Tıp Hukuku Günleri "Tıbbi Uygulama Hataları"* Birinci Baskı, İstanbul, İstanbul Tabip Odası, 2012.

Koçak DY, Yaman Ş. Kadın doğum kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaptıkları ilaç hataları ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015; 12 (2): 99-104.

Koohestani HR, Baghcheghi, N. Barriers to the reporting of medication administration errors among nursing students. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2009; 27 (1): 66-74.

Korkmaz AÇ. Hasta güvenliğinde sistem hataları ve hemşirelik yaklaşımı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2015; 3 (2): 47-55.

Korkmazer F, Yıldız A, Ekingen E. Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016; 4 (2): 141-154.

Koydemir FS, Akyürek S, Topçuoğlu EM. Çalışma hayatında ve günlük yaşamda güvenlik kültürü. *Bilge Adamlar Stratejik Araştırmalar Merkezi, Bilgesam Yayınları*, 2014. Rapor No:64.

Kuğuoğlu S, Çövener Ç, Tanır MK, Aktaş E. İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2 (2): 86-93.

Kuo GM, Touchette DR, Marinac JS. Drug errors and related interventions reported by United States clinical pharmacists: The American College of Clinical Pharmacy Practice-Based Research Network Medication Error Detection, Amelioration and Prevention Study, *Pharmacotherapy*, 2013; 33 (3): 253-265.

Küçükakça G. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin yüksek riskli ilaç uygulamaları konusundaki bilgi durumlarının ve ilaç hatalarıyla ilgili tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, 2013, Erzurum.

Lan YH. Medication errors in pediatric nursing: Assessment of nurses' knowledge and analysis of the consequences of errors. *Nurse Education Today*, 2014; 34: 821-28.

Latta GF. A process model of organizational change in cultural context (OC³ Model). The impact of organizational culture on leading change. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 2009; 16 (19): 19-37.

Latta GF. Modeling the cultural dynamics of resistance and facilitation: Interaction effects in the OC³ model of organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 2015, 28 (6):1013-37.

Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Jhonson WG. Preventing medical injury, *Quality Review Bulletin*, 1993; 8: 144-48.

Lederman R, Dreyfus S, Matchan J, Knott JC et al. Electronic error-reporting systems: A case study into the impact on nurse reporting of medical errors. *Nurs Outlook*, 2013; 61: 417-426.

Lissa J, Saraswathi KN, Kumar V. A descriptive study to assess the knowledge among the nurses regarding prevention of medical error among the nurses in selected hospital at mysore. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 2015; 5 (2).

Liu C, Liu W, Wang Y, Zhang Z et al. Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing. *BMJ Qual Saf*, 2013; 0: 1–9.

Martin JA, Smith BL, Mathews TJ, Ventura SJ. Births and deaths: preliminary data for 1998. Centers for Disease Control and Prevention. National Vital Statistics Reports, 1999; 47 (25): 6.

Martowiriono K, Jansma JD, Van Liujk SJ, Wagner C. Possible solutions for barriers in incident reporting by residents. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2012; 8 (1): 76-81.

Maskens C, Downie H, Wendt A, Lima A et al. Hospital-based transfusion error tracking from 2005 to 2010: Identifying the key errors threatening patient transfusion safety. *Transfusion*, 2014; 54: 66-73.

Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: What we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual*, 2004;19 (3): 209-17.

McLennan, SR, Engel-Glatte S, Meyer AH, Schwappach DLB et al. The impact of medical errors on Swiss anaesthesiologists: A cross-sectional survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2015; 59 (8): 990-98.

Moffatt-Bruce SD, Ferdinand FD, Fann, JI. Patient safety: disclosure of medical errors and risk mitigation. *Ann Thorac Surg*, 2016; 102: 358–362.

Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R et al. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*, 2013; 22: 11-18.

Mostafaei D, Barati Marnani A, Mosavi Esfahani H, Estebsari F. Medication errors of nurses and factors in refusal to report medication errors among nurses in a teaching medical center of Iran in 2012. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2014; 16 (10).

Mulloy DF, Hughes RG. Chapter 36. Wrong-site surgery: a preventable medical error. in: R. Hughes (Ed.) *Patient Safety and Quality: An Evidence-based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD; 2008.

Mülayim Y, İntepeler ŞS. Bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığı ve kök neden analizi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011; 27 (3): 21-34.

Naessens JM, Campbell CR, Huddleston JM, Berq BP et al. A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods, *International Journal for Quality in Health Care*. 2009; 21 (4): 301–07.

National Blood Transfusion Committee Fourteenth Annual Report (2015/16).

National Patient Safety Agency-NPSA.WHO surgical safety checklist, 2009.

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59860>. [Erişim Tarihi: 15.12.2016].

National Patient Safety Agency-NPSA. How to guide' five steps to safer surgery, 2010.

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=93286> [Erişim Tarihi: 15.12.2016].

National Patient Safety Foundation-NPSF. National agenda for action: Patients and families in patient safety nothing about me, without me.

<http://www.npsf.org>. [Erişim Tarihi: 05.03.2014].

Nieva VF, Sora J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safe Health Care*, 2003; 12 (Suppl): 17-23.

Noble DJ, Pronovost PJ. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. *J Patient Saf*, 2010; 6 (4): 247-50.

Nwozichi CU. Why are chemotherapy administration errors not reported? Perceptions of oncology nurses in a Nigerian tertiary health institution. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2015; 2 (1): 26-34.

Okafor NG, Doshi PB, Miller SK, Mc Carthy JJ et al. Voluntary medical incident reporting tool to improve physician reporting of medical errors in an emergency department. *West J Emerg Med*, 2015; 16: 1073-78.

Oktay AE. Serbest olarak ya da özel sağlık kuruluşlarında alışan hekimler açısından tıbbi malpraktis ve sonuçları, 2010, İstanbul.

http://www.turkhukuksitesi.com/makale_1183.htm. [Erişim Tarihi: 04.10.2016].

Ovalı F. Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2010; 1: 33-44.

r NE, Yenicesu İ. Ulusal Hemovijilans Rehberi. Türkiye'de kan tedarik sisteminin güçlendirilmesi teknik destek projesi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya rneği, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010; 8 (2), 100-111.

Parish C. Complacency to blame for transfusion mistakes. *Nursing Standard*, 2003; 17 (45): 8.

- Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 2 (3): 119-25.
- Poorolajal J, Rezaie S, Aghighi N. Barriers to medical error reporting. Int J Prev Med, 2015; 6: 97.
- Pournamdar Z, Zare S. The survey of the rate and type of medication errors in Zahedan Medical Sciences University nursing students in 2016. IJPT, 2016; 8 (2): 12410-18.
- Preston RM. Drug errors and patient safety: the need for a change in practice. Br J Nurs, 2004; 13 (2): 72–78.
- Reason J. Understanding adverse events: human factors. Quality in Health Care, 1995; 4: 80-89.
- Reason J. Safety paradoxes and safety culture, Injury Control and Safety Promotion, 2000; 7 (1): 3-14.
- Rızalar S, Büyük ET, şahin R, As T. Hasta güvenliği kùltürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakùltesi Elektronik Dergisi, 2016; 9 (1): 9-15.
- Sağlık Bakanlığı, Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS), 2016.
- <http://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>. [Erişim Tarihi: 05.09.2016].
- Saleh AM, Awadalla NJ, El-masri YM, Sleem WF et al. Impacts of nurses' circadian rhythm sleep disorders, fatigue, and depression on medication administration errors. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 2014; 63; 145–153.
- Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. BMJ, 2007; 334: 79-83.
- Savaş H. Tıbbi müdahale hataları. 3.baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık; 2013: 43-70.
- Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N ve ark. Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2 (3): 19-25.
- Saygın T, Keklik B. Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta ili örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2014; 17 (2).

Schwendimann R, Bühler H, De Geest S, Milisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: Effects of an interdisciplinary falls prevention program. *BMC Health Services Research*, 2006; 6: 69.

Scott H. Increasing number of patients are being given wrong drugs. *British Journal of Nursing*, 2002; 11 (1):4.

Serembus JF. Improving the critical care safety culture. *Nursing Critical Care*, 2014; 9 (4): 27-29.

Shanks L, Bil K, Fernhout J. Learning without borders: A review of the implementation of medical error reporting in medecins sans frontieres. *Plos One*, 2015; 10: 9.

Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K et al. Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. AHRQ Publication, 2013. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality.

Shreve J, van Den Bos J, Gray T, Halford M. The economic measurement of medical errors. *Society of Actuaries. Milliman*, 2010; 8-36.

Sidhu M, Meenia R, Akhter N, Sawhney V et al. Report on errors in pretransfusion testing from a tertiary care center: A step toward transfusion safety. *Asian Journal of Transfusion Science*. 2016; 10 (1): 48-52.

Smorti A, Cappelli F, Zarantonello R, Tani F et al. Medical error and systems of signaling: conceptual and linguistic definition. *Internal and Emergency Medicine*, 2014; 9 (6): 681-88.

Somyürek N, Uğur E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürü oluşturma: hemşire gözüyle tıbbi hatalar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2016; 1 (3): 1-7.

Soydemir D, İntepeler ŞS, Mert H. Barriers to medical error reporting for physicians and nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 2016; 1–16.

Stags V, Mion LC, Shorr RI. Assisted and unassisted falls: different events, different outcomes, different implications for quality of hospital care. *Joint Commision Journal of Quality and Patient Safety*, 2014; 40 (8): 358-64.

Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 2004; 19 (6): 385-392.

Swanson JW, Tidwell CA. Improving the culture of patient safety through the magnet® journey, Online Journal of Issues in Nursing, 2011;16 (3).

Şen S, Er S, Sevil Ü. Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı: s24, Mart 19–21, 2009, Antalya.

Tak B. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ana unsuru olarak hasta güvenliği sistemlerinin oluşturulması: hastaneler için bir yol haritası önerisi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2010; 1: 72–113.

Tansüyer, T. Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda sağlık personelinin görüşlerini belirlemeye yönelik bir alan araştırması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara.

Taxis K, Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. BMJ, 2003; 326.

The Health Foundation. Research scan: does improving safety culture affect patient outcomes? 2011; 7–17.

The Serious Hazards of Transfusion Steering Group (2016), Annual SHOT Report 2015, Serious Hazards of Transfusion.

<https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/SHOT-2015-Annual-Report-Web-Edition-Final-bookmarked-1.pdf>. [Erişim Tarihi: 16.12.2016].

The World Alliance for Patient Safety Drafting Group. Towards an international classification for patient safety: the conceptual framework. WHO; 2009: Final Technical Report, January.

<http://www.who.int/about/copyright/en/> [Erişim Tarihi: 15.12.2015].

Thomas, EJ, Studdert DM, Newhouse JP, Zbar BIW et al. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. Inquiry, 1999; 36 (3): 255-64.

Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı, 2002. <http://www2.tbmm.gov.tr/d21/1/1-1030.pdf>. [Erişim Tarihi: 16.08.2016].

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Ve Esaslara Dair Tebliğ 21/07/2010 Sayı:27648 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/07/20100721-17-1.htm>. [Erişim Tarihi: 15.12.2016].

Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmeleri: Kocaeli ilinden bir alan çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2008; 11 (2): 161-200.

Top FÜ, Çam HH. Hastanede çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2015; 15 (3): 213-19.

Toruner EK, Uysal G. Causes, reporting, and prevention of medication errors from a pediatric nurse perspective. Australian Journal of Advanced Nursing, 2012; 29 (4).

Travaglia JF, Westbrook MT, Nugus P, Braithwaite J. An examination of the reporting culture in new south wales following the implementation of the incident information management system. University of New South Wales, Sydney, 2008: 3–132.

Türk Borçlar Kanunu, 4/2/2011 Sayı: 27836
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098-20120704.pdf>. [Erişim Tarihi: 15.12.2016].

Türk Ceza Kanunu 12/10/2004 Sayı: 25611
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> [Erişim Tarihi: 15.12.2016].

Türk Tabipleri Birliği-TTB. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri Çalıştayı Sonuç Raporları. Ankara, 2008: 25-27.

Türk Tabipleri Birliği-TTB. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, Ankara, 2010; 3-52.

Türk Tabipleri Birliği-TTB. Füsün Sayek TTB Raporları / Kitapları - 2010 Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Ankara, 2011; 11-179.

Uğur E, Kara S, Yıldırım S, Akbal E. Medical errors and patient safety in the operating room. Journal of the Pakistan Medical Association, 2016; 66 (5): 593-97.

Uribe CL, Schweikhart SB, Pathak DS, Dow M et al. Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation. J Health Care Manag, 2002, 7 (4): 263-80.

VanGeest JB, Cummins DS. An educational needs assessment for improving patient safety. Results of a national study of physicians and nurses. National Patient Safety Foundation, 2003.

Vasiliki K. Enhancing transfusion safety: Nurse's role. International Journal of Caring Sciences. 2011; 4 (3): 114-19.

Verbakel NJ, de Bont AA, Verheij TJ, Wagner C et al. Improving patient safety culture in general practice: an interview study. *Br J Gen Pract*, 2015; 65 (641): 822-28.

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 2001; 322: 517–19.

Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A ve ark. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 5 (2): 152- 57.

Vural F, Aydın A, Fil Ş, Torun S ve ark. Bir devlet hastanesinde yatan hastalarda memnuniyete etki eden iki önemli faktör: iletişim ve hasta güvenlik kültürü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015 (3): 336-346.

Wagner LM, Harkness K, Hebert PC, Gallagher TH. Nurses' perceptions of error reporting and disclosure in nursing homes. *J Nurs Care Qual*, 2012; 27 (1): 63-69.

Wakefield BJ, Uden-Holman T, Wakefield DS. Development and validation of the medication administration error reporting survey. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., eds. *Advances in patient safety: from research to implementation: Programs, tools, and products. Surveys*. AHRQ Publication, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Feb. 2005. p. 475-88.

Wang X, Liu K, You LM, Xiang JG et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2013; 12; 25.

Watersa NF, Hall WA, Brown H, Espezel H. Perceptions of Canadian labour and delivery nurses about incident reporting: A qualitative descriptive focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 2012; 49: 811–82.

Weingart SN, Ship AN, Aronson MD. Confidential clinician-reported surveillance of adverse events among medical inpatients. *J Gen Intern Med*, 2000; 15 (7): 470–77.

Weingart SN, Callanan LD, Ship AN, Aronson MD. A physician-based voluntary reporting system for adverse events and medical errors. *J Gen Intern Med*, 2001; 16(12): 809–14.

Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*, 2008; 372 (9633):139-44.

Whitney Wright W, Khatri N. Bullying among nursing staff: Relationship with psychological/behavioral responses of nurses and medical errors. *Health Care Management Review*, 2014; 3.

Wolf ZR, Hughes RG. Error reporting and disclosure: Chapter 35, Patient safety and quality. in: R. Hughes (Ed.) *Patient Safety and Quality: An Evidence-based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD; 2008; 2: 333-79.

Wong J, Beglaryan H. Strategies for hospitals to improve patient safety: A Review of the Research, 2004:1-24.

Woodman N. World Health Organization surgical safety checklist. *ATOTW* 325, 2016.

World Health Organization-WHO. Quality of care: patient safety, Report by the Secretariat, March 23, 2002.

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf. [Erişim Tarihi: 05.03.2014]

World Health Organization-WHO. Who draft guidelines for adverse event - reporting and learning systems: From information to action, Geneva, Switzerland, 2005; 7-58.

World Health Organization-WHO. Patient safety curriculum guide multi-professional edition, 2011.

https://www.jointcommission.org/npsg_presentation/ [Erişim Tarihi: 16.12.2016].

World Health Organization-WHO. Reporting and learning systems for medication errors: the role of pharmacovigilance centres, 2014.

Wu AW, Pronovost P, Morlock L. ICU incident reporting systems. *J Crit Care*. 2002;17(2):86-94.

Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2009; 31: 356-66.

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri, 8. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2011, s:72-76.

Yılmaz A. Hemşirelerin ilaç hataları bildirimini önündeki engellere ilişkin algıları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Doktora Tezi, 2009, Ankara.

Yücesan A, Alkaya SU. Bireylerin tıbbi hatalarla ilgili görüş ve deneyimleri. Dicle Medical Journal, 2017; 44 (1) : 25-34.

Zakrison T, Ruiz G, Schulman C, Namias N et al. Perceptions of understanding and medical error in the surgical, intensive care unit. Critical Care Medicine, 2014; 42 (12): 1564.





8. EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ SORU FORMU

Rumuz (TC numarasının ilk üç hanesi+isim (büyük harf ilk iki harf)+doğum tarihi gün olarak iki haneli). Ör: 417EC30 ya da 418MA09 gibi)

RUMUZ:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:.....

3. Mesleğiniz:

4. Eğitim durumunuz:

Lise() Ön lisans() Lisans() Lisans üstü/uzman() Diğer()

5. Mesleğinizde çalışma süreniz:.....

6. Aynı kurumda çalışma yılınız:.....

7. Çalıştığınız birim:

8. Aynı birimde çalışma yılınız:

9. Çalışma şekliniz: Gündüz() Gündüz/gece() Gece()

10. Haftalık çalışma saatiniz:

11. Tıbbi hatalar konusunda herhangi bir eğitim alma durumu: Evet() Hayır()

EK 2. TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda tıbbi hatalarda tutumunuzu değerlendirmek üzere bazı ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere katılma durumunuzu “X” işareti kullanarak belirtiniz.

Tıbbi Hatalarda Tutum	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.					
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.					
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.					
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.					
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.					
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.					
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.					
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır					

EK 3. NİTEL AŞAMA İÇİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER SORU FORMU

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:

Lise() Ön lisans() Lisans() Lisans üstü/uzman() Diğer()

3. Mesleğinizde çalışma süreniz:.....

4. Çalıştığınız birim:



EK 4. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. Hataların raporlanması konusunda korku engeli nasıl aşılabılır?
2. Korku kültürünü ortadan kaldırmak için sizce neler yapılabilir?
3. Bir hata yaptığınızda hatayı rahatlıkla bildirebilmeniz için nasıl bir sistem gereklidir?



EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMLARI

Niceliksel Veriler için;

Sayın Katılımcı,

Sağlık hizmetleri oldukça karmaşık, birçok sağlık profesyoneli, farklı işleri ve uygulamaları içinde barındıran bir hizmet sektörüdür ve bu alanda hataların görülmesi olasıdır. Ancak hataların en aza indirilmesi etik bir zorunluluktur. Günümüzde tıbbi hataların, hasta ve çalışan açısından neden olduğu olumsuz sonuçlar ise hepimiz tarafından bilinmektedir. Bu soruna çözüm bulmak amacıyla kurumunuzdaki sağlık çalışanlarının tıbbi hata tutumlarını değerlendirmek, üzere aşağıda anketini bulacağınız çalışma planlanmıştır. Araştırmanın ismi “**Hata Raporlama Kültürünün Oluşturulmasına Yönelik Stratejilerin Geliştirilmesi ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi**”dir.

Araştırmanın sonraki aşamalarında aynı kişilerden verilerin toplanması gerektiği için soru formunun en başında yer alan **Rumuz bölümüne TC numaranızın ilk üç hanesi, isminizin ilk iki harfi, doğum tarihinizin gün olarak iki hanesini yan yana yazmanız önemlidir.** Soruları açıklık ve içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Yanıtlarınız sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Kurumsal anlamda önemli bir soruna ışık tutacağını düşündüğümüz bu çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.

Sayın Ecem AYDENİZ tarafından bu araştırma ile ilgili bilgiler bana anlatıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

Bu araştırmaya katılırsam bilgilerimin benim ve araştırmacı arasında kalacağına inanıyorum. Araştırma sonucunda kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili parasal sorumluluk kabul etmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim katılmayabilirim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunmaktayım.

Kendi başıma adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük ile kabul ediyorum.

Gönüllünün; Adı:

Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının; Adı:

Soyadı:

İmzası:

Niteliksel Veriler için;

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu araştırma İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde siz sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti vermeniz esnasında karşılaştığınız ya da karşılaşma ihtimaliniz olan tıbbi hataların raporlanmasında en büyük engel olarak belirlenmiş olan "korku kültürü"nü ortadan kaldırmaya yönelik görüşlerinizi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmada sizinle bireysel görüşme yapılarak sadece sorular sorulacaktır. Size her hangi bir müdahalede bulunulmayacaktır. Görüşme sonrasında verilerin analizi amacıyla ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınacak olan bu görüşme için yaklaşık 1-1,5 saatlik bir zaman ayırmanız gerekmektedir. Üç ay boyunca devam edecek olan bu araştırmadan elde edilen bilgilerin istatistiksel analizleri sonucunda tıbbi hata raporlamada korku engelinin aşılması için stratejiler planlanması ve bu stratejiler doğrultusunda tıbbi hata raporlamalarının artırılmasını hedeflemekteyiz.

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

Sayın Ecem AYDENİZ tarafından İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler bana anlatıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılırsam bilgilerimin benim ve araştırmacı arasında kalacağına inanıyorum. Araştırma sonucunda kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili parasal sorumluluk kabul etmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim katılmayabilirim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunmaktayım.

Kendi başıma adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük ile kabul ediyorum.

Gönüllünün; Adı:

Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının; Adı:

Soyadı:

İmzası:

EK 6. STRATEJİ PLANI

Tablo 1. Girişim Öncesi Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Yanıtların Dağılımı
(n=652)

	Madde	Katılma		Kararsızlık		Katılmama	
		n	%	n	%	n	%
Tıbbi Hata Algısı	1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	59	9	113	17,3	480	73,6
	2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	429	65,8	119	18,3	104	16
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	Çalışma sonucu yapılan hatanın kişinin suçu olduğu inancının yaygın olduğunu ve hata yapıldığında anlayışlı davranılması gerektiğine ilişkin beklenen algının gelişmediğini göstermektedir.					
	8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.						
	10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum.	54	8,2	79	12,1	519	79,6
	11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	528	80,9	50	7,7	74	11,3
	12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	625	95,9	13	2,0	14	2,2
	13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	274	42	135	20,7	243	37,2
Tıbbi Hata Nedenleri	14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	176	27	302	46,3	174	26,7
	4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	220	33,7	166	25,5	266	40,8
	5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	385	59,1	147	22,5	120	18,4
	6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	383	58,7	137	21,0	132	20,3
	7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	613	94	15	2,3	24	3,7
	9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	621	95,2	19	2,9	12	1,8
	15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	500	76,7	105	16,1	47	7,3
	16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	562	86,2	52	8	38	5,8

Çalışmaya katılanların %42'si kıl payı hataların bildirilmemesi gerektiğini düşünmektedir ve yaklaşık olarak yarısı yapılan hatanın hastaya/hasta yakınına açıklanması konusunda kararsızlık yaşadıklarını bildirmiştir.

Çalışanlar, sistem yetersizliği, bilgi eksikliği ve hata yapan kişinin iletişim eksikliği olması durumlarına tıbbi hata nedeni olarak %60'ın altında katılım göstermiştir ve çalışanların yapılan birçok tıbbi hatanın aslında önenebilir durumlardan kaynaklanmakta olduğu yönündeki algısı tam olarak gelişmemiştir.

Korku Engelini Ortadan Kaldırmak için Stratejiler

Çalışan Algısı;

- * Hata yapanın kendisini yetersiz algılaması,
- kişinin kendine güvenini kaybetmesi,
- *Vicdani yük
- * Utanma

Bilmemeye bağlı korku

- * Başına ne geleceğini bilmeme, *İdareye konuyu nasıl anlatacağını bilememe, *Bilgi eksikliği, *
- Hukuki süreç hakkında bilgi sahibi olmama, * İdarenin nasıl davranacağını bilmeme,*Bildirim sonrası yasal süreci bilmeme

STRATEJİ

Çalışanlara tıbbi hatalar konusunda eğitim planlandı.

Eğitim içeriği;

- Tıbbi hata bildirimi sonrasında kurumsal işleyişe ilişkin bilgilendirme

Cezalandırılma ve yasal boyut

- *Yasal boyut, * Hukuki yaptırım * Yargılanma korkusu, * Para kesilme cezası/maddi ceza,* Disiplin cezası,*Kıdem durdurma cezası,* İşini kaybetme *Meslekten men edilme*Soruşturma açılması*Tutanak tutulması.

STRATEJİ

Çalışanlara tıbbi hatalar konusunda eğitim planlandı.

Eğitim içeriği

➤ Tıbbi hataların yasal boyutu

Etiketlenme ve Güven Kaybı

- * Hata yapan hemşirenin yetersiz olarak algılanması ve bunun konuşulması, *
- Etiketlenme korkusu
- *Kötü imaj bırakma*Dışlanma korkusu*Önyargı oluşması*Sorumlu hemşirenin ve doktorların yargılanması (yorumu), *
- Ekip arkadaşlarının tutumu, *
- Ekip dinamiklerinin bozulması *
- Ekip arkadaşlarının güveninin sarsılacağı korkusu, *
- Doktorlar tarafından suçlanma, *
- Ekip tarafından ön yargı oluşması/ Doktor ya da diğer sağlık ekibinin ve yöneticinin güveninin sarsılacağı korkusu, *
- İdareden çekinme ve arkadaş çevresinden tepki almaktan korkma (bilmiyor denilmesi). *
- Sorumlu hemşire, arkadaş ve yöneticilerin güvenini kaybetme.

STRATEJİ

Çalışanlara tıbbi hatalar konusunda eğitim planlandı.

Eğitim içeriği;

- Tıbbi hata nedenleri

STRATEJİ

- *Bildirim siseminde kıl payı/ramak kala bildirimlere yer verilmesi (sisemin revize edilmesi)

STRATEJİ

Çalışanlara “Tıbbi Hatalar ve Bildirimi” konusunda eğitim verme

Eğitim içeriği maddelere göre planlanmalı

STRATEJİ

- *Mevcut algının değişmesi için farkındalık yaratma: afiş/poser asma

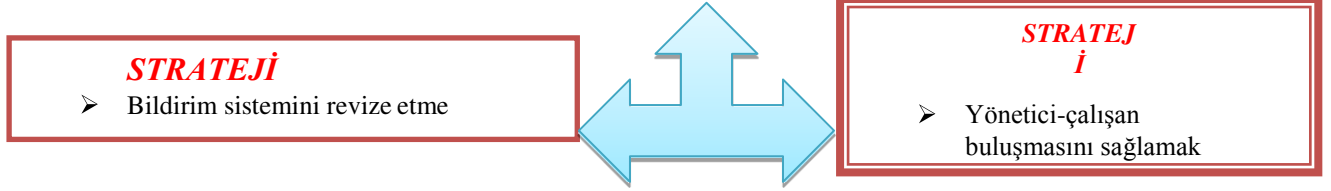
STRATEJİ

- *Mevcut algının değişmesi için farkındalık yaratma: Sempozyum düzenlenmesi

Diğer

*Yer değiştirme korkusu

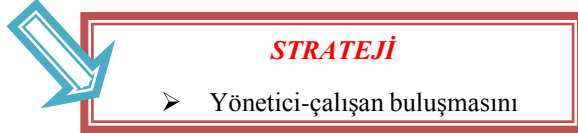
*Formda isim yazılması (bildirimde maruz kalanın isminin kullanılması)



***Ekip bilincini yaratma/ Motivasyonu sağlama/artırma** (Yöneticiden destek mesajı ve söylenenlerin arkasında durulması beklentisi, Çalışanları sürece katma/aktif kullanma, Gönüllü olarak çalışana görev verme, İdarecilerin eşitsizlikleri gidermesi, Birim sorumlu hemşiresinin hataya ve bildirimine yaklaşımında cesaretlendirici tutumu, Ödüllendirme (bildirim yapanların ödüllendirilmesi))

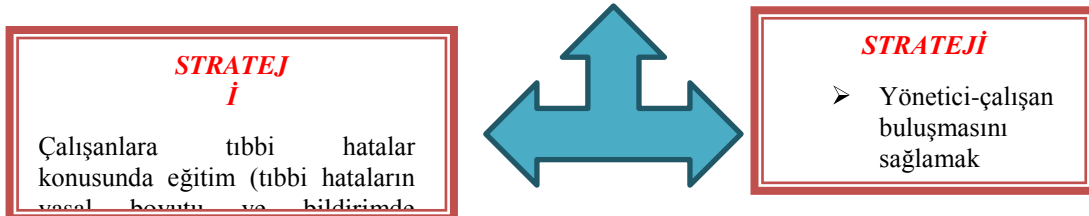


Etiketlenme korkusu için öneriler *Ekip anlayışının yerleşmesi/Ekip desteği (Hatayı telafi etmede ekipçe yardım edici yaklaşım, Örnek/rol model olma, Sosyal ortamlarda buluşma) * Yargılayıcı ifade kullanmama *Sorumlu hemşire desteği (çalışanların arkasında durma) *Ortak çözüm getirme*Yapıcı yaklaşım*Güven ortamı oluşturma (Olayın yayılmaması, Sorumlu hemşire ile paylaşma)



Ceza korkusu için öneriler

*Örneklemelerle hataların cezaları hakkında bilgilendirme *Ceza tekniğinin uygulanmayacağını bilme (yer değişikliği, başka yerlere verilme (birim içi), fazla nöbet yazılması gibi) *Meslekten men edilme kriterlerinin anlatılması *Yönetim tarafından kurallar hazırlanması ve buna göre yaptırımların yapılması*Sözlü teminat* Yer değişikliğini tehdit edici tarzda kullanmama, bu şekilde çalışanı korkutmama ve lanse etmeme. (yer değişikliğini bir çözüm olarak görmek ve çalışan için daha iyi olacağı yönde bir yaklaşım olarak algılamak ve bu şekilde çalışanlara yansıtmak/ifade etmek).



Diğer

*Yeni başlayanları etkilemek

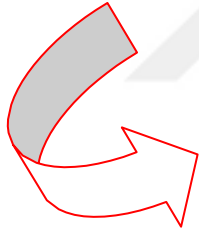
*Basit hatalarında bildirilmesi

STRATEJİ

- Bildirim sistemini revize etme

Yönetimin yapabilecekleri

*Yönetimin bilgilendirmesi/egitim (Yöneticinin; tutanak tutulmayacağı, idareye çağrılmayacağı, hataların nedeninin çalışanın yetersizliği olmadığı, amacın önlem almak olduğu bilgisini vermesi) *Kurumda oryantasyon programında ve belli aralıklarla, otomasyon ortamında ve diğer tüm ulaşım araçlarında, sorumlu hemşirelere söylenerek, hemşire odalarında doküman asılması ve destek verileceğine dair güzel şekiller ile duyurma. *İdare tarafından bildirim yapıldığı takdirde bir şey yapılmayacağı güvencesinin verilmesi (güven ortamı sağlama) *Yönetim tarafından çağrılmama (Kalite biriminin olay yerine gelmesi ve sorunu konuşması/İdarenin değil kalite biriminin ön planda olması)*Demoralize eden ve özgüveni sarsan tarzda sorgulama yapılmaması (Rahatlatıcı, anlayışlı yaklaşım, İstenmeden ve kasıtlı yapılmadığının vurgulanması, Koruma altına alma.



STRATEJİ

- Araştırmacı-Yöneticiler Toplantısı

STRATEJİ

- Yönetici-çalışan buluşmasını sağlamak



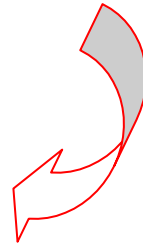
*Konuya ilişkin merak, farkındalık oluşturma *

(Afiş, broşür), *Otomasyon üzerinde reklam tarzında motive edici (cesartelendirici) bir kaç flash cümle, *Resim, *Bildirim yapan kişilerin onure edilmesi (Yönetimin teşekkür etmesi (Aferin, tebrik ederim denilmesi), Elektronik ortamdan bildirim yapan birimlerin duyurulması, Ekip üyelerinin bildirim yapmayı desteklemesi, hatırlatması *Yönetimin manevi desteği (sözel taktir, geri bildirim)* Bildirim yapan birimin desteklendiği, geri bildirim içeren bir kartvizit hazırlayıp hemşire odasına asma*Bildirim yapan birimin desteklendiği, geri bildirim içeren mesajın otomasyon üzerinde paylaşımı/duyurulması (elektronik ortamdan paylaşma, duyurma).

STRATEJİ

Kolaylaştırıcı Girişimler

- Farkındalık yaratıcı uyaralanlar hazırlama ve asma (afiş, broşür vb)
- Hatırlatıcı mesajlar otomasyon üzerinden yayınlama
- Ekipler kurma
- Bildirim yapan birimlerin duyurulması
- Watsaptan grup kurma
- Hasta güvenliği bildirim şampiyonları seçmek



Utanma /Yetersizlik korkusu /Vicdani yükü azaltmak için öneriler

yapılabilecekler*Konu çok konuşulabilir *Hata yapılabilir demek *Hataların yapılabileceğini hissettirmek* Doktor ve yöneticilerin hata yapan kişiye kendisini iyi hissettirecek ifadeler kullanarak konuşması. *Sorumlu hemşire, idareci, doktor ve arkadaşların(meslektaşların) hata yapan kişinin kendisini iyi hissetmesini sağlayacak şekilde konuşması*Hata yapan kişinin kendi kendini yeterli algılaması*Konunun çok konuşulması*İçlerinde psikologun bulunduğu, gönüllülerden oluşan (mecburi durumda zorunlu olabilir), psikolojik desteğin verilebileceği bir komite kurulması,* Hayali örnek ile anlatma

Uzun vadeli

* Malpraktis ile ilgili sigorta oluşturulması (maaştan kesilmesi) *Yasaların sağlık çalışanlarının çalışma koşulları düşünülerek daha yapıcı yapılması*Yeni ceza kanunu 280. madde değişikliği için hukuksal mücadele

STRATEJİ

- Tezin Sağlık Bakanlığına Sunulması

EK 7. ÇALIŞANLAR İÇİN EĞİTİM İÇERİĞİ

(Çalışanlar İçin) 20dk Tarih:, Saat:Yer:Salonu

a. Tıbbi hatalar (Eğitmen: Ecem AYDENİZ)

- *Tıbbi hata nedir? Örnek olaylar
- *Tıbbi hata nedenleri nelerdir?
- *Tıbbi hataların görülme sıklığı
- *Ramak kala/Kıl payı/Neredeyse hata (Near miss) nedir ve bildirimi
- *Bildirimi yapılması gereken Tıbbi hata vaka örnekleri
- *Tıbbi hatalar neden bildirilmelidir?
- *Tıbbi hataya yaklaşım

b. Tıbbi hataların bildirimi ve kurumsal işleyiş ile örnek kök neden analizi (Sağlıkta Kalite Standartları ilkeleri doğrultusunda) Eğitmen: Ecem AYDENİZ

c. Sağlık hukukçusu *Yakup Gökhan Doğramacı'nın* video ile tıbbi hataların hukuki boyutu hakkında 10dk'lık eğitim

d. Kurum yöneticilerinin video üzerinden mesajları (bildirim sisteminin gizlilik ve güvenliği hakkında, bildirimlerin yapılmasının önemi hk)

- SBHM' nün mesajı (Zehra EFE)
- Kalite Biriminden Sorumlu Başhekim Yardımcısının Mesajı
- Genel Sekreterlik Kalite Koordinatörünün mesajı (Uzm. Demet HAYALİ YILDIRIM)

a)Tıbbi hatalar

Tıbbi hata nedir? Tıp Enstitüsü'nün (IOM, 1999) tıbbi hata (medical error) tanımı: “Planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması.”

“Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır.” (JCAHO, 2006).

Örnek: Alicia Coleman



Alicia Coleman, santral venöz kateteri ve gastrostomisi olan bir hastadır. Hemşire gastrostomiden verilecek bir ilacı yanlışlıkla santral venöz kateterden verir ve hasta hayatını kaybeder.

Hata: Santral venöz kateter ve gastrostomi bağlantılarının karıştırılması

Neden: Santral venöz kateter ve gastrostomi bağlantılarının ve giriş kısımlarının birbirine çok benzemesi

Sonuçlar: İlaç uygulamada yanlış yol seçimi

Önleme: Bu tür benzer olan tüp, gastrostomi, santral kateter vb. girişlerinin üretimini durdurmak ve bu giriş yerlerinin biçimini değiştirerek farkındalık oluşturmak.

Örnek: Malyia Jeffers



Acil serviste izlenerek klinik yatışı için bekleyen Malyia'nın hızlı yayılan bakterili bir enfeksiyonu mevcuttur. Acil servis hemşiresi Jeffers'ın durumunu yanlış bir şekilde daha az ciddi bir virüs enfeksiyonu olarak değerlendirdi. Malyia acil serviste neredeyse 5 saat beklemiştir. Bu sürede durumu iyice ağırlaşan Malyia'nın enfeksiyon nedeniyle tüm sol el ve iki bacağı, sağ el parmakları ampute edilmiştir.

Hata: Acil Serviste bekleme süresi

Neden: Aşırı kalabalık hastanelerde yeterli yatak olmadığı zaman acil servislerde hastaların beklemesi

Sonuçlar: Bakım ve tedavi için beklerken hastaların zarar görmesi.

Önleme: Sevk zinciri için protokoller oluşturulması ve birimler arası etkili iletişimin sağlanmasıdır.

Tıbbi hata nedenleri nelerdir?

Tıbbi hatalar süreçlere bağlı sistemdeki yetersizlikler nedeniyle ortaya çıkmaktadır ve çoklu faktörler nedeni ile oluşmaktadır (Beyea, 2002; Ertem ve ark., 2009; Karataş ve Yakıncı, 2010; Preston, 2004; TTB, 2011).

Hataların oluşum nedenlerine ilişkin yapılan çalışmalar göstermektedir ki

- iş yükü (Drach-Zahavy, 2014; Özata ve Altuncan, 2010; Top ve ark., 2008; TTB, 2011);
- düzensiz vardiya çalışması, düzensiz gece uykusu, gece vardiyası sayısı, depresyon ve hemşirenin doğrudan bakımından sorumlu olduğu hasta sayısı (Saleh ve ark., 2014);
- uzun süreli vardiya çalışmaları (Barger ve ark., 2006; Demir Zencirci, 2010; Işık ve ark., 2012; Kılıçarslan Toruner ve Uysal, 2012);
- iş stresinin fazla olması (Işık ve ark., 2012; Özata ve Altuncan, 2010; Top ve ark., 2008);
- hizmete kıyasla az ücret, rol karmaşası, otonominin yetersizliği (Demir Zencirci, 2010);
- dikkat dağınıklığı ve işte bölünme/kesintilerin olması, hasta başına düşen hemşire oranı, uygulanan ilacın yoğunluğu ve çift kontrolün olmaması (Stratton ve ark., 2004);
- yetersiz bilgi ve karmaşık reçeteler (Lan ve ark., 2013); tükenmişlik (Demir Zencirci, 2010),
- yanlış teşhis ve mevzuat boşluğu (Top ve ark., 2008);
- yüksek hasta/hemşire oranı (Işık ve ark., 2012; Kılıçarslan Toruner ve Uysal, 2012);
- hemşire /personel yetersizliği (Aştı ve Kıvanç, 2003; Ehsani ve ark., 2013; Işık ve ark., 2012; Özata ve Altuncan, 2010; Top ve ark., 2008; TTB, 2011);
- yeterli farmakoloji bilgisinin olmaması (Ehsani ve ark., 2013);
- tıp eğitiminin ve sağlık çalışanlarının eğitiminin yetersiz olması (TTB, 2011; Yıldırım ve ark., 2009);

- dedikodu yapma ve yayma, hataların sürekli eleştirilmesi, kişilik, tutum ya da özel hayat hakkında rahatsız edici açıklamalar yapılması ya da hakaret edilmesini kapsayan kişisel taciz (Whitney ve Khatri, 2014)

gibi faktörler hatalarla ilişkilidir, hataya neden olmaktadır ya da hatanın oluşmasına katkı sağlamaktadır.

Tıbbi hataların görülme sıklığı

Tıpta hatalı uygulamalar oldukça fazla, hatta çağdaş tıbbi girişimlerin bir parçası şeklinde düşünülecek boyutta fazla görülmektedir. Tıbbi hatalar ile karşılaşma (hatayı yapma, hataya tanık olma) sıklığı Türkiye'de %20-69 arasında değişmektedir (Aştı ve Kıvanç, 2003; Bodur ve ark., 2012; Cebeci ve ark., 2010; Filiz, 2009; Tansüyer, 2010; Türk Tabipleri Birliği, 2011). Konuya ilişkin yurtdışı literatür sonuçları incelendiğinde gelişmiş dünyada her hastaneye kabulde %5-15 oranında tıbbi hata olduğu belirtilmektedir (Donaldson, 2009).

Ramak kala/Kıl payı/Neredeyse hata (Near miss) nedir? ve bildirimi

“Hastaya ulaşmadan önce yakalanan bir olay, durum ya da hata.”

Zamanında hareket etme ile hastaya ulaşmadan, zarar ortaya çıkmadan engellenen hatalardır (WHO, 2011). Bir diğer ifade ile hastada zarara neden olmayan ancak tekrarlandığı durumlarda güvenliği tehdit edebilecek, istenmeyen bir olaya neden olabilecek, potansiyeli olan beklenmeyen durumlardır (Institute for Safe Medication Practices, 2009).

" Olay hastaya şans eseri ulaşmadı".

Örnek:

**Hemşirenin ilacı 2 cc yerine 3 cc çekmesi ve hastaya uygulamadan hemen önce doğru dozu hazırlayarak uygulaması.*

**Hastanın duş almak için girdiği klinik banyosunda ıslak zemine bağlı ayağının kayması ve son anda refakatçisinin hastayı tutarak düşmenin gerçekleşmemesi.*

Bildirimi yapılması gereken tıbbi hata vaka örnekleri

- **İlaç Güvenliği**
- Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu
- Yanlış ilaç istemi
- Yanlış tedavi yazılmasıKontrendike ilaç yazılması

- İlaç adında kısaltma kullanımı
- Hatalı doz istemi
- Sözel istemin yanlış anlaşılması
- Sözel istemin yazılı hale getirilmemesi
- Doktor isteminin yanlış yorumlanması
- Yanlış ilaç hazırlanması
- İlaç geçimsizliği
- İlacın yanlış teknikle hazırlanması
- Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
- Doktor istemi dışında ilaç uygulanması
- Yetki dışında ilaç uygulanması
- Hasta başında ilaç bulundurulması
- Yanlış zamanda ilaç dağıtılması
- Yanlış hasta
- Yanlış ilaç
- Yanlış doz (Aşırı)
- Yanlış doz (Yetersiz)
- Yanlış farmasötik form
- Yanlış zaman
- Yanlış teknik
- Geçimsiz ilaçların aynı anda uygulaması
- ☐ Doz atlama
- Mükerrer ilaç verme
- Yanlış uygulama süresi (Enjeksiyon)
- Yanlış uygulama süresi (İnfüzyon)
- İlaç uygulamasının kayıt altına alınmaması
- İlaç uygulanması sonrasında gözlem yapılmaması
- Advers etki (Bildirim yapılmaması)

Hemşire Hatası Oldürüyordu



62 okunma

0 yorum

30 Aralık 2014 17:30

Sakarya'da özel bir hastanede 5 miligram yerine 11 miligram ilaç enjekte edilen 45 günlük bebek, 15 gün süren yaşam savaşını kazandı. Aile, bebeklerine fazla dozda ilaç uygulayan hemşireye karşı hukuk mücadelesi başlattı. Yaklaşık 2 ay önce Begüm adın...

• Cerrahi Güvenlik

- ❖ Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi
- ❖ Pre-op açlık gerekliliğinin teyit edilmemesi
- ❖ Ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması
- ❖ Hasta rızasının alınmaması
- ❖ Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
- ❖ Hasta transferine sağlık çalışının eşlik etmemesi
- ❖ Ameliyat odasının ve ameliyat masasının temizliğinin uygun olmaması
- ❖ Anestezi cihaz ve ekipmanlarının kontrol edilmemesi
- ❖ Partikül ölçümlerinin yapılmaması/ kontrol edilmemesi
- ❖ Oda sıcaklığı/nemin uygunsuzluğu/ kontrol edilmemesi
- ❖ Tıbbi gaz sisteminin kontrol edilmemesi
- ❖ Pulse oksimetre cihazının hasta üzerinde olmaması/kontrol edilmemesi
- ❖ Alerji durumunun değerlendirilmemesi
- ❖ Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi
- ❖ Antikoagülan kullanımının sorgulanmaması
- ❖ Frozen gerektiği durumda numunenin uygun şekilde etiketlenmemesi
- ❖ Kullanılan alet, spanç, kompres ve iğne sayımlarının kontrol edilmemesi
- ❖ Hasta kimliği, cerrahi işlem ve hastanın transfer edileceği bölümün doğrulanmaması
- ❖ Hastanın sağlık çalışına teslim edilmemesi

Yuh artık! Yanlış dizini ameliyat ettiler...



Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde sağ dizindeki rahatsızlığı nedeniyle menisküs ameliyatına giren 52 yaşındaki Nazmiye Varol, önce sağlam olan sol dizinden ameliyat edildi. Narkozun etkisi geçince Nazmiye Varol'un hatayı fark edip söylemesi üzerine

- **Transfüzyon Güvenliği**

- ❖ Yanlış hastadan alınan kan örneğine göre kan verilmesi
- ❖ Kan ürünü üzerindeki hastaya ait bilgilerin hatalı olması
- ❖ Kan bankasından yanlış ürünün alınması
- ❖ Kan komponentinin hatalı olması
- ❖ Kan ve kan ürünü transfüzyonu sırasında hemolitik transfüzyon reaksiyonu görülmesi
- ❖ Yanlış kan transfüzyonu
- ❖ Kanın zamanında verilmemesi

Radikal.com.tr > Türkiye > Genç anneyi yanlış kan öldürmüş

Genç anneyi yanlış kan öldürmüş

18/11/2013 02:00 | A+ A-

Sezaryen sonrası ölen Pervin Çoksüer'e yanlış kan verildiği anlaşıldı. Ölüm nedeni gizlendi, daha sonra 'kimliği belirsiz bir hekim' aileye gerçeği söyledi.

Haber: İSMAİL SAYMAZ -
ismail.saymaz@radikal.com.tr / Arşivi



- **Düşmeler**



Tıbbi hatalar neden bildirilmelidir?

Yapılan çalışmalar ve literatür bilgisi doğrultusunda, hataların raporlanması ile tıbbi hataların önlenilebileceği ve azaltılabileceği sonucuna ulaşılmaktadır (Çakır ve Tütüncü, 2009; Özata ve Altunkan, 2010; Travaglia ve ark., 2008; Wang ve ark, 2013).

Ancak hastanelerde meydana gelen hataların ise yetersiz raporlandığı ya da raporlanmadığı görülmektedir (Akın ve ark., 2010; Cebeci ve ark., 2010; Çakır ve Tütüncü, 2009; Hajibabae ve ark., 2014; Liu ve ark., 2013; Parish, 2003; Tansüyer, 2010; Yılmaz, 2009).

Tıbbi hataya yaklaşım

Hataların açıklanması, araştırılması, kök nedenine inilmesi böylece herkesin hatalardan öğrenmesi ve yeni hataların önüne geçilmesi sağlanmalıdır. Bu tarz yaklaşımlarla hatalardan öğrenme gerçekleşebilir. Hatanın kaynağının sistem mi kişisel mi olduğu açıklığa kavuşturulmalıdır. Sonrasında kaynağa yönelik düzenlemeler yapılmalıdır (Ovalı, 2010).

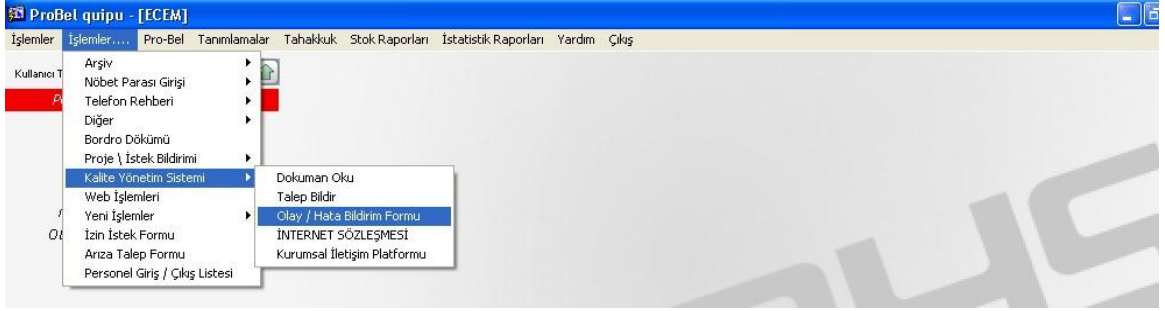
“Yöneticilerin ya da amirlerin, hataların geribildirimi konusunda yapıcı, destekleyici ve açıklayıcı olmaları gerekmektedir. Bunun aksi bir durum bireyin yaptığı hatayı gizlemesine,

aleyhine kullanılabileceği hissine kapılmasına ve sonuçta hastaların daha büyük boyutta zararlara dönüşebilmesine yol açabilecektir.” (Birgili ve ark., 2010).

b) Tıbbi hataların bildirimi ve kurumsal işleyiş ile örnek kök neden analizi (SKS ilkeleri doğrultusunda) (Eğitmen: Ecem AYDENİZ

Hastanemizde Olay ve Hataları bildirmek için Probel Programında (otomasyon ortamında) kullanabileceğiniz **OLAY/ HATA BİLDİRİM FORMU** mevcuttur. Bu form sistemi ile olay ve hata bildirimleri yapılabilmektedir. Bu formun otomasyon ortamında doldurularak kaydedilmesi durumunda ekrandaki bilgiler Kalite ve Performans Birimine iletilecektir ve bildiriminiz kayıt altına alınacaktır.





Olay Bildirim

Doldurulması Zorunlu Alanları Gösterir

Maruz Kalan ☒ Çalışan ☐ Hasta ☐ Diğer

Olay Tarihi: 14/11/2012 06:27
Adı Soyadı: ECEM YAPRAK
Olay Yeri: BAŞHEMŞİRELİK
Cinsiyeti: ☒ Erkek ☐ Kadın Yaş:
Görevi:
Protokol:
Servis:
Tanı:
Hasta Tipi: --- Oda:

Olay Oluş Bilgileri

Olay Grubu:
Olay Tipi:
Olay Detay:

Gözlem Bilgileri

Uygunuz Ürün Tipi: ☐ İlaç ☐ Tıbbi Malzeme ☐ Demirbaş ☐ Diğer
İlaç:
Tıbbi Malzeme:
Tıbbi Olmayan Malzeme:
Demirbaş:
Diğer Ürün:
Koruyucu Ekipman Varmıydı? (Eldiven Vb..) ☐ Evet ☒ Hayır

Açıklama

Özet & Talep:
Bildiren: ECEM YAPRAK

Değerlendirme

Tarih: Değerlendiren:
Sonuçlandırma:
Tarih: Sonuçlandıran:

Kayıt: 1/1 <DBG>

Windows Taskbar: Başlat, ProBel..., teo..., 1. T..., Belg..., Türk..., adsız..., 06:27

Maruz Kalan ☒ Çalışan ☒ Hasta ☐ Diğer

Olay Tarihi: 14/11/2012 06:31
Adı Soyadı: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Olay Yeri: NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM
Cinsiyeti: ☒ Erkek ☐ Kadın Yaş:
Görevi:
Protokol:
Servis:
Tanı:
Hasta Tipi: --- Oda:

Olay Oluş Bilgileri

Olay Grubu: Hasta Güvenliği
Olay Tipi: Transfüzyon Güvenliği
Olay Detay: Kan merkezinden yanlış kan ürününün gelmesi

Düşme olaylarının bildirimi ise Kalite Dökümanları içerisinde yer alan 577 nolu “Düşme Olayı Bildirim Formu” ile elden doldurularak yapılmaktadır. Bu formun çıktısı alınarak doldurulduktan sonra hastanemizin Kalite ve Performans Birimine iletilmesi gerekmektedir.

Güvenlik Raporlama Sistemi, hasta güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde bildirim için açıktır. Sistemde bildirimi yapan kişinin bilgileri görülmemektedir, bildirim konusu odak alınmaktadır, suçlu aranmamaktadır.

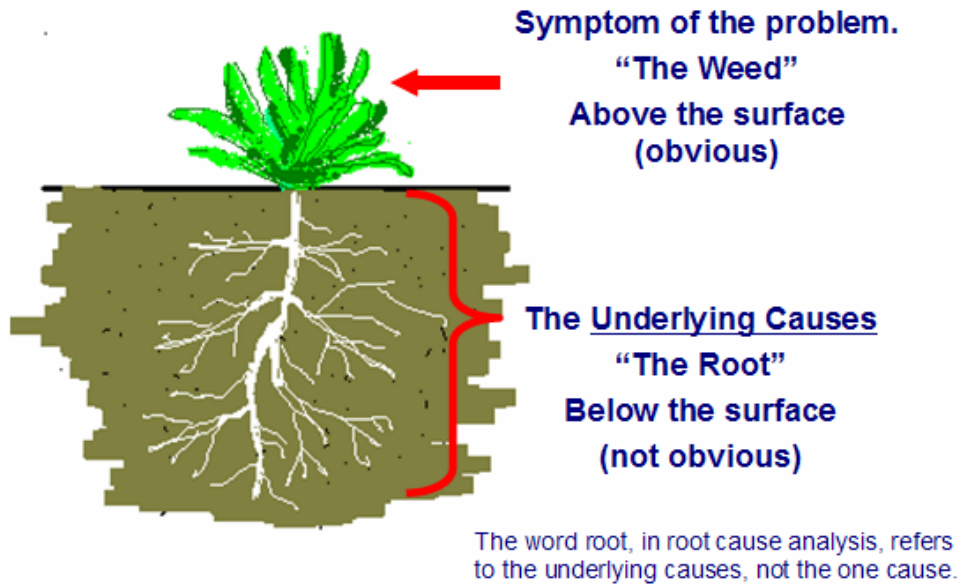
Güvenlik Raporlama Sistemine yapılan bildirimler değerlendirilmekte ve olay bazında kök neden analizi yapılmaktadır. Mevcut sistem revize edilerek gizli ya da gönüllülük esaslı kapsamda çalışılmaktadır.

Kök Neden Analizi: Kök nedenler, sorunun altında yatan asıl ekenlerdir. Kök neden analizi ise, soruna neden olan esas faktörlerin belirlenmesi için yapılan çalışmalardır. Ortaya çıkan sorunun görünen sebepleri değil kalıcı çözümlerle altta yatan nedenleri ortadan kaldırmaya temelli süreç uygulaması yöntemidir.

Kök Neden Analizi Örneği:

Örnek Kök Neden Analizi: Kalite Biriminden 1123 nolu bildirim gösterilecek.

Root Cause Analysis Basics



Sağlık hukukçusu **Yakup Gökhan Doğramacı**'nın video ile tıbbi hataların hukuki boyutu hakkında 10dk'lık eğitimi.

Eğitimin içeriği;

- Ciddi durumlardaki cezai yaptırımlar nelerdir? (örneğin yanlış kan transfüzyonu, yanlış taraf cerrahisi gibi hastada ölüm ya da kalıcı sakatlığa neden olan durumlar, örneklerle açıklanabilir).
- Ramak kala bildirimin yasal boyutu olmadığı vurgusu ve ramak kala bildirim örnekleri:

Ramak kala hata örnekleri:

- ❖ Penisilin alerjisi olan bir hastaya Penisilin istemi yapıldı. Ancak eczacı bilgisayar istem ekranında allerji için uyarıldı. Reçeteyi yazan arandı/çağrıldı ve ilaç dağıtılmadı ve uygulanmadı (Institute for Safe Medication Practices, 2009).
- ❖ Yanlış ilaç eczacı tarafından dağıtıldı ve bir hemşire hatayı hastaya uygulamadan önce yakaladı (Institute for Safe Medication Practices, 2009).
- ❖ Hemşirenin ilacı 2 cc yerine 3 cc çekmesi ve hastaya uygulamadan hemen önce doğru dozu hazırlayarak uygulaması.
- ❖ Hastanın düş almak için girdiği klinik banyosunda ıslak zemine bağlı ayağının kayması ve son anda refakatçisinin hastayı tutarak düşmenin gerçekleşmemesi.
 - Tıbbi hataların hukuki boyutuna ilişkin çalışanların merak ettiği (para kesilme cezası/maddi ceza alma, disiplin cezası, kıdem durdurma cezası, meslekten men edilme cezası) konulara ilişkin kısa bir bilgilendirme.
 - Hangi durumda hukuki sürecin başladığı bilgisi (Hasta/hasta yakını şikayet edince mi, hastane yönetimi kararı ile mi?)

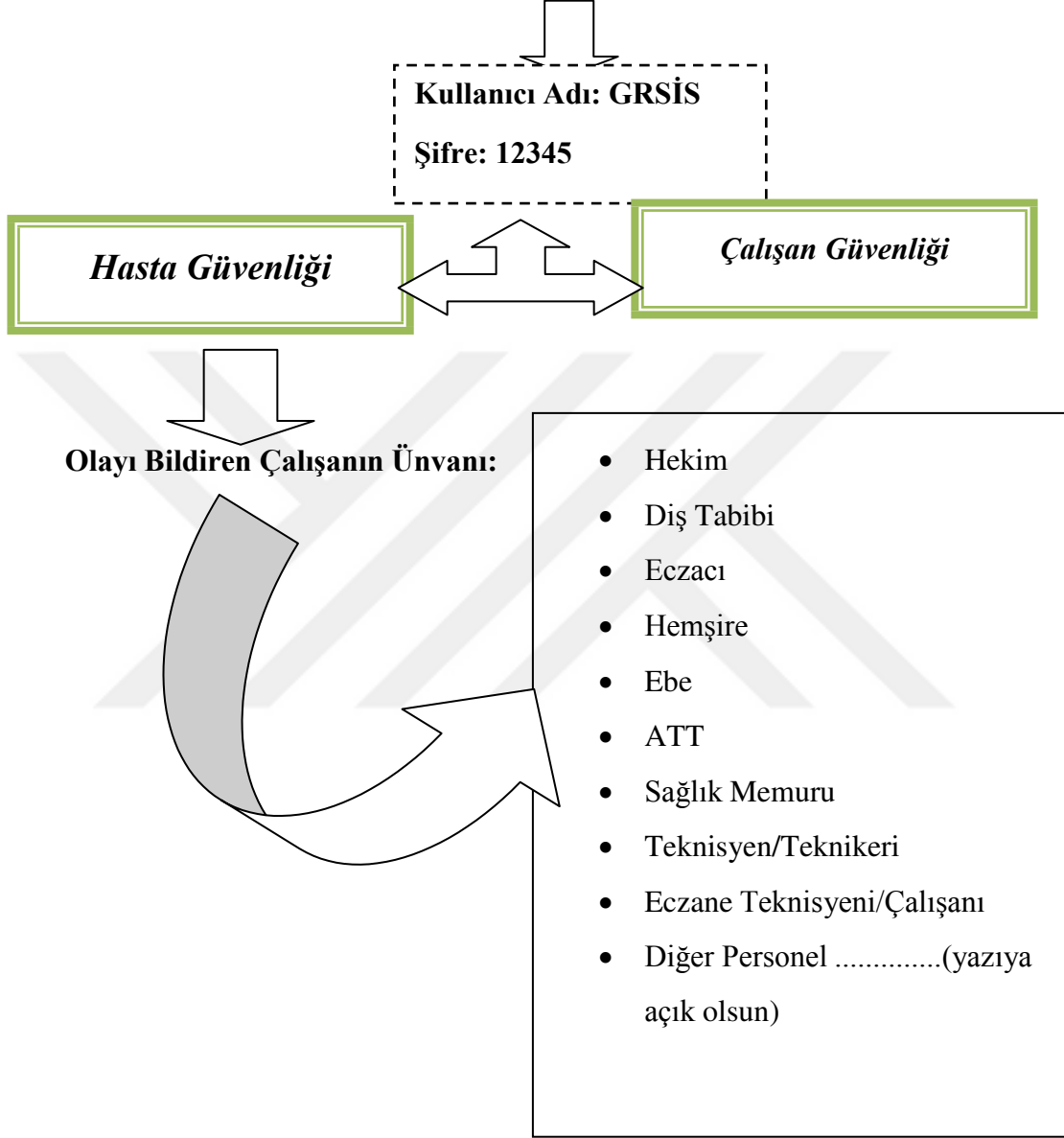
d) Kurum yöneticilerinin video üzerinden mesajları (bildirim sisteminin gizlilik ve güvenliği hakkında, bildirimlerin yapılmasının önemi hk)

- *SBHM' nün mesajı (Zehra EFE)*
- *Kalite Biriminden Sorumlu Başhekim Yardımcısının Mesajı*
- *Genel Sekreterlik Kalite Koordinatörünün mesajı (Uzm. Demet HAYALİ YILDIRIM)*

EK 8. BİLDİRİM SİSTEMİ REVİZYON ÇALIŞMASI

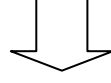
İntranet ortamda (Probel HBYS)

İsim: Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)



Rapor gönderme tipi (birisini seçiniz)

- a) Hata oldu ve hastaya ulaştı (istenmeyen gerçekleşen olay)
- b) Hata oldu ancak hastaya şans eseri ulaşmadı (ramak kala olay)
- c) Tehlikeli/Güvenli olmayan durum (hata yok ama kesinlikle endişe yaratabilecek durumlar) (ramak kala olay)



Olayın Konusu

- İlaç Güvenliği
- Cerrahi Güvenlik
- Transfüzyon Güvenliği
- Tesis Güvenliği
- Düşmeler*
- Radyasyon Güvenliği
- Bilgi Güvenliği
- Diğer

*Düşmeler sadece yetkili kişilerin kök-neden analizi yapabilmesi için tanımlanacak, bildirimine açık olmayacak. Kurumumuzda düşmelerin form ile bildirimi için yerleşmiş bir kültür vardır, değişiklik yapılmaması daha uygundur.

• **İlaç Güvenliği (tıklandığında)**

I. Muhafaza

- a) Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu
- b) İlk gelen ilk çıkar(FİFO) kuralı ihlali
- c) Işık maruziyeti
- d) Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
- e) Pediatrik dozdaki ilaçların aynı rafta olması
- f) Kritik stok seviyesinin hatalı kontrolü
- g) Miat ve kritik stok seviyesi uyarı sisteminin hatalı olması
- h) Yüksek riskli ilaçların tanımlanmaması
- i) Psikotrop ve narkotik ilaçların tanımlanmaması
- j) İlacın çalınması
- k) İlacın kaybolması
- l) Miad dolmuş ilaç

II. İstem

- a) Yanlış ilaç istemi
- b) Elektronik ortamda yanlış ilaç seçimi
- c) Yanlış tedavi yazılması
- d) Kontrendike ilaç yazılması
- e) İlaç adında kısaltma kullanımı
- f) Okunaksız el yazısı
- g) Hatalı doz istemi
- h) Sözel istemin yanlış anlaşılması
- i) Sözel istemin yazılı hale getirilmemesi
- j) İletişim eksikliği

III. Hazırlama

- a) Doktor isteminin yanlış yorumlanması
- b) Yanlış ilaç hazırlanması
- c) İlaçların yanlış paketlenmesi
- d) İlaçların yanlış etiketlenmesi
- e) Hastanın yanında getirdiği ilaçların tanımlanmaması
- f) El hijyeni uygulanmaması
- g) İlaç geçimsizliği
- h) İlacın yanlış teknikle hazırlanması
- i) Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
- j) Hazırlanan ilaçların yanlış etiketlenmesi
- k) Doktor istemi dışında ilaç uygulanması
- l) Yetki dışında ilaç uygulanması
- m) Bozulmuş ilaç uygulanması
- n) Hasta başında ilaç bulundurulması
- o) İlacın kullanımı hakkında hastaya yanlış bilgi verilmesi
- p) İlacın kullanımı hakkında hastaya bilgi verilmemesi

IV. Transfer

- a) Hazır ilaçların yanlış hastaya gönderilmesi
- b) Yanlış zamanda ilaç dağıtılması
- c) Eczaneden yanlış ilaç transferi

V. Uygulama

- a) El hijyeni uygulanmaması
- b) Sterilizasyon/dezenfeksiyon kurallarına uyulmaması
- c) Yanlış hasta
- d) Yanlış ilaç
- e) Yanlış doz (Aşırı)
- f) Yanlış doz (Yetersiz)
- g) Yanlış farmasötik form
- h) Yanlış zaman
- i) Yanlış teknik
- j) Geçimsiz ilaçların aynı anda uygulaması
- k) Doz atlama
- l) Mükerrer ilaç verme
- m) Yanlış uygulama süresi (Enjeksiyon)
- n) Yanlış uygulama süresi (İnfüzyon)

VI. Uygulama Sonrası

- a) İlaç uygulama sonrası el hijyeni uygulanmaması
- b) İlaç uygulamasının kayıt altına alınmaması
- c) İlaç uygulama sonrası atıkların ortamdaki uzaklaştırılmaması
- d) İlaç uygulanması sonrasında gözlem yapılmaması
- e) Advers etki (Yönetiminin tanımlanmaması)
- f) Advers etki (Bildirim yapılmaması)
- g) İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşiminin gözlememesi

VII. Diğer.....**VIII. (açıklama yazılabilir olsun)**

- **Cerrahi Güvenlik (tıklandığında)**

I. Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı

- a) Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi
- b) Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi
- c) Pre-op açlık gerekliliğinin teyit edilmemesi
- d) Ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması
- e) Makyaj, protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığıının teyit edilmemesi
- f) Ameliyat öncesi özel işlemin (lavman uygulaması vb.) atlanması
- g) Ameliyat için gerekli malzeme, kan/kan ürünlerinin tedarik kontrolünün yapılmaması
- h) Tetkik ve tahlillerin hasta yanında olduğunun kontrol edilmemesi
- i) Hasta rızasının alınmaması
- j) Hasta rızasının kontrol edilmemesi

II. Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü

- a) Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
- b) Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi
- c) Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi
- d) Teslim sırasında ameliyat sürecine ait bilgilerin iletilmemesi

II. Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı

- a) Ameliyat odasının ve ameliyat masasının temizliğinin uygun olmaması
- b) Anestezi cihaz ve ekipmanlarının kontrol edilmemesi
- c) Kalibrasyon/bakım eksikliğinden kaynaklanan ekipman arızası
- d) Prizlerin kesintisiz güç kaynağına bağlı olduğunun kontrol edilmemesi
- e) Partikül ölçümlerinin yapılmaması/ kontrol edilmemesi
- f) Oda sıcaklığı/nemin uygunsuzluğu/ kontrol edilmemesi
- g) Tıbbi gaz sisteminin kontrol edilmemesi

IV. Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller

- a) Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
- b) Hasta rızasının kontrol edilmemesi
- c) Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi
- d) Pulse oksimetre cihazının hasta üzerinde olmaması/kontrol edilmemesi
- e) Alerji durumunun değerlendirilmemesi
- f) Kan transfüzyonu gerekliliğinin değerlendirilmemesi
- g) İhtiyaç duyulabilecek görüntüleme cihazlarının kontrol edilmemesi
- h) Anestezi risklerinin değerlendirilmemesi

V. Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller

- a) Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
- b) Ekip üyelerinin kendini tanıtmaması
- c) Cerrahi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi
- d) Anestezi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi
- e) Malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrol edilmemesi
- f) Gerekli cerrahi profilaksinin uygulanmaması
- g) Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi
- h) Antikoagülan kullanımının sorgulanmaması
- i) Gerekli DVT-profilaksisinin uygulanmaması

VI. Ameliyat Sürecindeki Takip ve Kontroller

- a) Kan/kan ürünü kullanımı gerektiğinde hastaya uygunluk kontrolünün yapılmaması
- b) Frozen gerektiği durumda numunenin uygun şekilde etiketlenmemesi

VII. Ameliyat Sonu Kontrolleri

- a) Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
- b) Kullanılan alet, spanç, kompres ve iğne sayımlarının kontrol edilmemesi
- c) Alınan numunelerin uygun şekilde etiketlenmemesi
- d) Olası cerrahi kritik bakım gereksinimlerin değerlendirilmemesi
- e) Olası anestezi kritik bakım gereksinimlerin değerlendirilmemesi
- f) Post-op hastanın transfer edileceği bölümün belirtilmemesi

VIII. Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi

- a) Cerrahi kritik bakım gereksinimlerinin hastayı teslim alan sağlık personeline iletilmemesi
- b) Hasta kimliği, cerrahi işlem ve hastanın transfer edileceği bölümün doğrulanmaması
- c) Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi
- d) Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi

IX. Diğer..... (açıklama yazılabilir olsun)

- **Transfüzyon Güvenliği (tıklandığında)**

- a) Yanlış hastadan alınan kan örneğine göre kan verilmesi
- b) Kan ürünü üzerindeki hastaya ait bilgilerin hatalı olması
- c) Kan bankasından yanlış ürünün alınması
- d) Kan komponentinin hatalı olması
- e) Kan ve kan ürünü transfüzyonu sırasında hemolitik transfüzyon reaksiyonu görülmesi
- f) Yanlış kan transfüzyonu
- g) Kanın zamanında verilmemesi
- h) Diğer.....(açıklama yazılabilir)

- **Tesis Güvenliği (tıklandığında)**

- a) Tesis kaynaklı düşmeler
- b) Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olmaması
- c) Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenleme eksikliği/olmaması
- d) Hastanede su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmemesi
- e) Asansörlerin güvenli kullanılmaması
- f) Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına ilişkin sorunlar
- g) Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik sorunlar
- h) Su depolarının güvenli kullanımına yönelik sorunlar
- i) Medikal gaz sistemlerine yönelik sorunlar
- j) Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik sorunlar
- k) Atık yönetiminde uygunsuzluk
- l) Tehlikeli maddelerin yönetiminde uygunsuzluk
- m) Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarının yapılmaması
- n) Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakım ve kontrolüne ilişkin sorunlar
- o) Diğer(açıklama yazılabilir)

- **Bilgi Güvenliği (tıklandığında)**

- a) Bilgi güvenliği, gizlilik ve mahremiyeti sağlamaya yönelik gerekli tedbirlerin olmaması
- b) HBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik sorunlar
- c) Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliğinin sağlanmaması
- d) Bilgisayarları virüslerden ve saldırılardan korumak için gerekli alt yapının sağlanmaması
- e) Kişisel verilerin depolandığı sistemlerin yetkisiz erişime karşı korunması sorunları
- f) Hastalara ait bilgilerin doğru olarak toplanmasına ilişkin sorunlar
- g) Hastalara ait bilgilerin depolanmasına ilişkin sorunlar
- h) Hastalara ait bilgilerin güvenliği sağlanmış bilgisayar sisteminde ve arşivlerde uygun koşullarda saklanmasına ilişkin sorunlar
- i) Diğer(açıklama yazılabilir)

Olayın Anlatılması (Ramak kala olay ise sorunun çözümünde kolaylaştırıcı olarak kullanılmak üzere olayın tarihi, hatayı yapan kişinin ünvanı ve diğer detaylar isteğe bağlı detaylı anlatılabilir)

Olaya İlişkin Varsa Görüş ve Öneriler

Çalışana Geri Bildirim Ekranı

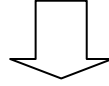
Hukuka yansımış istenmeyen olayların analizi (döküman ekle şeklinde tasarlanabilir ya da manuel yazmaya açık)

Ramak Kala Olay Olarak Tıklandığında

Rapor gönderme tipi (birisini seçiniz)

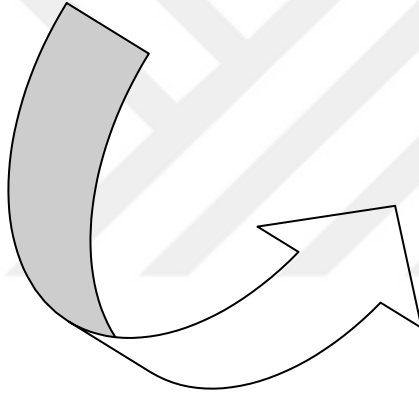
b) Hata oldu ancak hastaya şans eseri ulaşmadı (ramak kala olay)

c) Tehlikeli/Güvenli olmayan durum (hata yok ama kesinlikle endişe yaratabilecek durumlar) (ramak kala olay)



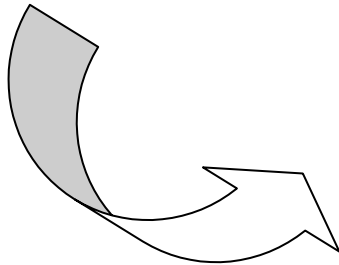
Diğerlerine ek olarak aşağıdaki bilgiler yer alacak

Ramak Kala Olayın Gerçekleşme Yeri:



- Klinik (Cerrahi)
- Klinik(Dahili)
- Yoğun Bakım
- Acil Servis
- Poliklinik
- Ameliyathane
- Eczane
- Diğer alanlar(yazıya açık olsun)

Ramak Kala Olayın Gerçekleşme Saati :



- 00:00-04:00
- 04:00-08:00
- 08:00-12:00
- 12:00-16:00
- 16:00-20:00
- 20:00-23:59
- Bilinmiyor

Var ise hatayı gösteren doküman (fotoğrafi, tedavi istemi vb) ekleyiniz. (Yüklemeye açık alan olsun)

EK 9. HEMŞİRELİK VE HASTA GÜVENLİĞİ SEMPOZYUM PROGRAMI



HEMŞİRELİK VE HASTA GÜVENLİĞİ SEMPOZYUMU

11- 12 NİSAN 2016

İZMİR KÇÜ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AMELİYATHANE KONFERANS SALONU, İZMİR



"Bu Hasta Birisinin Ailesi/Çocuğudur. Güvenli Olmayan Tıbbi Uygulamalar Nedeni İle Hastanın Yaralanmasına ya da Ölmesine İzin Verme"

Gör	Söyle	Onar
-----	-------	------



Katılım
ücretsiz ve
250 kişi ile
sınırlıdır.

Sempozyum Başkanları: Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER, Dr. Zehra GENÇEL EFE

Sempozyum Sekreteri: Uzm. Hemş. Ecem YAPRAK

Kayıt ve iletişim: Tel: 0505 561 06 93

Kayıt için aşağıdaki bilgilerin doldurulup en son 05/04/2016 tarihine kadar
ecemyaprak2010@gmail.com adresine gönderilmesi gereklidir.

Ad-Soyad	Kurum	Telefon	E-mail

Türk Hemşireler Derneği İzmir Şube Desteği ile

“HEMŞİRELİK VE HASTA GÜVENLİĞİ SEMPOZYUMU” PROGRAMI

11- 12 NİSAN 2016

İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane Konferans Salonu, İzmir

HEMŞİRELİK VE HASTA GÜVENLİĞİ SEMPOZYUMU

11.04.2016 Pazartesi

09:00-09:40	Açılış Konuşmaları	
	Yrd. Doç.Dr. Fatma VURAL	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalı/THD İzmir Şube Başkanı
	Dr. Zehra GENÇEL EFE	İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
	Doç.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı
	Prof. Dr. Enver ALTAŞ	İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi
	Prof. Dr. Behzat ÖZKAN	İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri
1. OTURUM	Oturum Başkanları: <i>Prof. Dr. Behzat ÖZKAN İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri</i> <i>Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN Emekli Öğretim Üyesi</i> Oturum Konusu: Hasta Güvenliği ve Önemi	
09:40-10:40	*Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata Kavramları	
	Doç.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı	
	*Cerrahide Hasta Güvenliği	
	Yrd. Doç.Dr. Fatma VURAL DEÜ Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalı/THD İzmir Şube Başkanı	
	*Riskli Alanlarda Hasta Güvenliği	
	Doç.Dr. Hatice YILDIRIM SARI İzmir KÇÜ SBF Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	
10:40-10:50	Tartışma	
10:50-11:05	Ara	
2. OTURUM	Oturum Başkanları: <i>Yrd. Doç.Dr. Fatma VURAL DEÜ Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalı/THD İzmir Şube Başkanı</i> <i>Dr.Zehra GENÇEL EFE İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi SBHM</i> Oturum Konusu: Hasta Güvenliği Alanında Yürütülen İyi Uygulama Örnekleri	
11:05-12:05	*Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Bundle Yaklaşımı	

	Klinik Kaynak Danışmanı Hemş. Meltem DİRLİK BD (Becton Dickinson) Firması/ THD İzmir Şube Yönetim Kurulu Üyesi *Yoğun Bakım Ünitelerinde Santral Venöz Kateter İlişkili Enfeksiyonları Azaltma: İyi Uygulama Örneği 1 Öğr. Gör. Deniz ŞANLI İKÇÜ SBF Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği *Hata Raporlama Kültürünün Oluşturulmasına Yönelik Stratejilerin Geliştirilmesi ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi: İyi Uygulama Örneği 2 Uzm. Hemş. Ecem AYDENİZ İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Hemşiresi / THD İzmir Şube Yönetim Kurulu Üyesi
12:05-12:15	Tartışma
12:15-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ ARASI
3. OTURUM	<i>Oturum Başkanları:</i> <i>Prof. Dr. Enver ALTAŞ İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi</i> <i>Ecz. Burak KAYNARSOY İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eczane Hizmetleri</i> <i>Oturum Konusu: İlaç Güvenliği</i>
13:30-14:30	*Güvenli İlaç Uygulamaları Dr. Nurgül KOCAKOÇ İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Hastane Hizmetleri Birimi *İlaç Güvenliği Kapsamında Neler Yapıldı ve Yapılabilecekler? Doç.Dr. Yusuf Cem KAPLAN İzmir KÇÜ Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı Başkanı * Güvenli İlaç Uygulamada Girişimsel Hemşirelik Çalışmaları Örnekleri Öğr. Gör. Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI İzmir KÇÜ SBF Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
14:30-14:40	Tartışma
14:40-15:00	Ara
4. OTURUM	<i>Oturum Başkanları:</i> <i>Doç.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı</i> <i>Uzm. Hemş. Semra MERT HAYDARI İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve AR-GE Birimi</i> <i>Oturum Konusu: Tıbbi Hataların Mali Boyutu ve Hatayı Önleyici Yaklaşımlar</i>
15:00-16:00	*Tıbbi Hatalar ve Mali Boyutu Araş. Gör. Veysel KARANİ BARIŞ DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı *Hasta Düşmelerinde Kanıta Dayalı Önleme Stratejileri Araş. Gör. Yasemin AYHAN DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı *Tıbbi Hataları Azaltma Stratejileri

	Uzm. Hemş. Aysun ÜNAL DEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniği Sorumlu Hemşire
16:00-16:00	Tartışma
HEMŞİRELİK VE HASTA GÜVENLİĞİ SEMPOZYUMU	
12.04.2016 Salı	
1. OTURUM	<i>Oturum Başkanları:</i> <i>Uzm. Demet HAYALİ YILDIRIM İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kalite ve Akreditasyon Koordinatörlüğü</i> <i>Uzm. Serap YAŞAROĞLU TOKSOY İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı Eğitim Koordinatörlüğü</i> <i>Oturum Konusu: Tıbbi Hataların Bildirimi</i>
09:00-10:00	<i>*Tıbbi Hata Bildirimleri ve Önemi</i> Hemş. Şefika YİĞİT İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kalite ve Akreditasyon Birimi <i>* Tıbbi Hata Bildirim Süreci ve Örnek Kök Neden Analizi</i> Hemş. Berrin KOÇAK İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kalite ve Akreditasyon Birimi <i>*Literatüre Dayalı Tıbbi Hata Bildirim Örnekleri</i> Hemş. Selma KOÇ İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kalite ve Akreditasyon Birimi
10:00-10:10	Tartışma
10:10-10:25	Ara
2. OTURUM	<i>Oturum Başkanları:</i> <i>Dr.Zehra GENCEL EFE İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi SBHM</i> <i>Dr. Seydi YÜCE İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve AR-GE Birimi Koordinatörü</i> <i>Oturum Konusu: Tıbbi Hatalar Neden Bildirilmiyor? Yönetici Yaklaşımı Nasıl Olmalı?</i>
10:25-11:35	<i>*Tıbbi Hataların Bildirim Engelleri</i> Doç. Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı

	*Tıbbi Hataların Bildiriminde Yönetici Yaklaşımı Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN Emekli Öğretim Üyesi
11:35-11:45	Tartışma
12:00-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ ARASI
3. OTURUM	<i>Oturum Başkanları:</i> <i>Uzm. Dr. Doğu Barış Kılıççioğlu İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Tıp Birimi</i> <i>Uzm. Hemş. Sevda KIYANÇİÇEK AKÇA İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği Sorumlu Hemşiresi</i> <i>Hemş. Zeynep KÜÇÜK İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Tıp Birimi</i> <i>Oturum Konusu: Tıbbi Hataların Hukuki Boyutu</i>
13:30-14:10	* Tıbbi Hataların Hekim Dışı Sağlık Personeli İçin Adli Boyutu Doç.Dr. İsmail Özgür CAN DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Adli Tıp Anabilim Dalı ve Dr Dilek Sunmaz Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı
14:10-14:20	Tartışma
14:20-14:35	Ara
4. OTURUM	<i>Oturum Başkan: Uzm. Hemş. Ecem AYDENİZ İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Hemşiresi/THD İzmir Şube Yönetim Kurulu Üyesi</i> <i>Oturum Konusu: Tıbbi Hatalar ve Örgütlenme</i>
14:35-15:35	*Mesleki Uygulama Hataları ve Örgütlenme Prof. Dr. Saadet ÜLKER Emekli Öğretim Üyesi/ 2005-2015 THD Genel Başkanı/2016 THD Genel Merkez Yedek Yönetim Kurulu Üyesi
15:35-15:45	Tartışma
16:00-17:00	Değerlendirme ve Katılım Belgelerinin Dağıtılması

EK 10. OLAY/HATA BİLDİRİMİ ANALİZ FORMU

Olay No	
Olay/Hata Türü	
Hatalı İşlem	
Bildirim Konusu	
Hasta Sonucu	Ramak kala: Gerçekleşen hata:
Bildirilen Ay	Bildirim sayısı

EK 11. KURUM İZİNİ

*Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Araştırmalar Etik Kurulu
Başvuru Formu*

EK.15 Kurum İzin Yazısı:



T.C.
İzmir Valiliği
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

SAYI : B104ISM4359403/003-

Yazı İşleri

KONU Çalışma Hk.

30.05.2011 016920

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 27.05.2011 tarih ve 749 sayılı yazınız.

Yüksekokulunuzda Hemşirelik Yönetim Anabilim Dalı Doktora Projesi olarak planlanan "Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Algılarının Belirlenmesi ve Raporlama Sisteminin oluşturulması" konulu hakkındaki çalışma Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr.Dr. Bahaddin AYILI
Başhekim yardımcısı
Başhekim

EK 12. ETİK KURUL ONAYI

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2012/11-10	Tarih: 22.03.2012
	Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER'in sorumlusu olduğu "Hata Raporlama Kültürünün Oluşturulmasına Yönelik Stratejilerin Geliştirilmesi ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

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>Banu</i>
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Besti</i>
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Osman</i>
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Mehtap</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Adnan MENDERES	Plastik Cerrahi	DEU Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Adnan</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Ece</i>
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Hüseyin</i>
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>M. Güneli</i>
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Ayşe</i>
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	<i>İhsan</i>

EK 13. BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ KOORDİNASYON BİRİMİ KARARI



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi

Sayı : B.08.6.YÖK.2.DE.0.06.0.01.00/332
Konu : Proje Kabul Bildirimi

22 -04- 2013

Sayın Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

"Hata Raporlama Kültürünün Oluşturulmasına Yönelik Stratejilerin Geliştirilmesi ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi" adlı ve 2012/350 talep numaralı proje başvurunuz, 01.04.2013 tarih ve 2013/2 sayılı toplantısı ile uygun bulunmuş olup, Sayın Rektörümüz'ün 19.04.2013 tarihli Olur'u ile kabul edilmiştir.

2013.KB.SAĞ.016 nolu projenizin yürütülmesinde "Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projelerinin Seçimi, Kabulü, Değerlendirilmesi, Desteklenmesi Ve İzlenmesine İlişkin Yönerge" esas alınmakta olup, projeniz işlemlerinin nasıl gerçekleşeceğine yönelik olarak <http://web.deu.edu.tr/bap> internet sayfamızdan yararlanabilirsiniz.

Başarılı çalışmalarınızın devamını dilerim.


Prof.Dr.Murat ÖZGÖREN
Rektör Yardımcısı

EK 14. TEZDEN YAYINLANMIŞ MAKALE

Original Article

Factors Affecting the Attitudes of Health Care Professionals toward Medical Errors in a Public Hospital in Turkey

Ecem Yaprak, MSN, RN

Nurse, Department of Quality Management, Izmir Katip Celebi University Ataturk Training and Research Hospital, Karabaglar, Izmir, Turkey

Seyda Seren Intepeler, PhD

Associate Professor Dr, School of Nursing, Dokuz Eylul University, The Department of Nursing Management, Narlidere, Izmir- Turkey. E-mail: seydaseren@gmail.com

Corresponding author: Ecem Yaprak, Izmir Katip Celebi University Ataturk Training and Research Hospital, Department of Quality Management, 35360 Karabaglar, Izmir-Turkey
E-mail: ecemyaprak2010@gmail.com

Abstract

Background: Previous studies have shown that the incidence of patient impairment and preventable death due to medical errors is inadmissibly high.

Aim: This study primarily aims to determine the attitudes of health professionals in a public hospital towards medical errors and related factors.

Methodology: This study was designed as a descriptive and cross-sectional study and the sample included 652 healthcare employees in a public hospital in Turkey. The study data were collected with a Sociodemographic and Working Characteristics Questionnaire Form and Medical Errors Attitude Scale. The data were analyzed with descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results: The participants' perception of medical error was found to be negative, and some variables were defined as effective (lack of knowledge, administrative approach that supports learning from mistakes, higher numbers of patients, longer working hours, age, medical error education, and educational status.), in the ratio of 25%, for explaining attitudes towards medical error.

Conclusion: That managers at all levels and health care professionals should be encouraged to participate in education programs, which should also be included in school curricula as well as in-service training programs to be conducted in health institutions. Research and development studies are recommended to be based on a scientific methodology in order to improve patient safety in health institutions.

Keywords: Nursing, medical error, attitudes towards medical errors

Introduction

Ensuring patient safety and preventing medical errors are key elements of quality health care. For medical institutions to provide appropriate health services, it is necessary to fulfill these key requirements; processes that are necessary for patient safety should be applied accurately, without errors, and in accordance with

institutional procedures (Sen, Er&Sevil, 2009). The complex combination of processes, technologies, and human interactions that constitutes the modern healthcare delivery system can offer significant benefits. Healthcare interventions are intended to benefit patients, but they can also cause harm (Sen, Er&Sevil, 2009; World Health Organization, 2002). Medical

errors resulting in injury (adverse events) might result in prolonged hospitalization, the emergence of disability after discharge, or death. The increased hospital costs alone of preventable adverse drug events affecting inpatients are about \$2 billion for the nation as a whole (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Background

According to the literature on frequently encountered medical errors throughout the world medical errors occur in 5–15% of all hospital admissions (WHO, 2008). The frequency of encountering medical errors (making the error or witnessing the error) ranged from 20% to 69% in Turkey (Astrı & Kivanc, 2003; Cebeci, Karazeybek & Sucu, 2010; Filiz, 2008; Gunes, Gurlek & Sonmez, 2014; Tansuyur, 2010; Turkish Medical Association, 2010). However, errors occurring in hospitals were observed to be reported inadequately or not reported at all (Akın, Sen, Dogan, 2010; Cakir & Tutuncu, 2009; Cebeci, Karazeybek & Sucu, 2010; Gunes, Gurlek & Sonmez, 2014; Hajibabae et al., 2014; Liu et al., 2013; Parish, 2003; Tansuyur, 2010; Yilmaz, 2009). In Turkey, error reporting rates are quite lower (Filiz, 2009; Karaca & Arslan, 2014). According to Istanbul et al.'s (2012) study, 62% of health care professionals stated that they did not report the medical events they encountered. A study by Martowirono et al. (2012) showed that participants had negative attitudes concerning reporting because of the absence of a culture that encourages them to do so. A safety culture reflects the shared beliefs, perceptions, value and attitudes of professionals towards safety (The Health Foundation, 2011). Accordingly, it is necessary to examine patient safety within the context of perception, attitudes, and behaviors (Tak, 2010). An attitude study by Jaykare et al. (2013) in their study at a rural tertiary care teaching hospital in India demonstrated that most healthcare professionals (doctor, nurse and pharmacist) considered drug errors to be an important and preventable problem, and saw errors as a crime. In Hand and Barber's (2000) study, most nurses stated that they held themselves responsible for errors. In the same study, it was stated that errors injurious to the patient and having serious side effects need to be reported. It was found that there was

difference of opinion on the explanation of errors to the patients when they are not injurious. In Chakravarty's study (2013), attitudes of participants towards adverse events were examined, and fear of punishment was emphasized as an obstacle to reporting. Moreover, Sarvadikar et al. (2010) stated that healthcare professionals exhibit varying attitudes towards reporting. In order to increase reporting and enhance patient safety, primary evaluation of health care professionals' attitudes toward medical errors and improvement of strategies (e.g. technical or behavioral intervention) for this were emphasized (Gulec & SerenIntepeler, 2013; The Health Foundation, 2011; Tak, 2010).

The aim of this study is to determine the attitudes of healthcare professionals in a public hospital toward medical errors and factors affecting them.

Research Questions

1. What are the attitudes of healthcare professionals in a public hospital toward medical errors?
2. Do the sociodemographic and working characteristics of health care professionals affect their attitudes toward medical errors?

Methodology

Design and sample

This descriptive and cross-sectional study was conducted in a public hospital in Izmir with a capacity of 1,100 beds between December 2013 and March 2014. A total of 38 reports were filed in the last six months (December 2013 and March 2014) on the institution's reporting system. Among the errors that had been reported, 26 were related to falls 68.4% (fall in hospital corridor and fall beds), 11 had to do with surgical safety 29% (about the physical conditions of the environment such as temperature) and one report involved drug safety 2.6% (sending the wrong medicine from the pharmacy). During this period, no reports about transfusion safety, laboratory services, or inappropriate products were filed.

The population of the study consisted of all nurses, health officers/public health personnel/dialysis technicians, midwives, and emergency medical technicians who worked in a public hospital (n=741). 71 nurses were excluded

from the study sample due to annual leaves and sick leaves, medical problems and other problems. The questionnaire was handed out to 670 nurses and 18 nurses refused to participate in the study. The study sample therefore contained 652 nurses. The sample convenience was 88%. Among the employees, 91.9% were women, 44.9% were bachelors degrees, and 81.7% were nurses. The average duration of employment was 15.8 (± 9.1) years and the average working duration at the hospital was 9.5 (± 7.7) years. Among the employees, 20.9% worked on surgical units, 50% did day/night shift work, 62.3% worked for 41 hours or more per week, and 53.4% had not received training about medical errors.

Medical doctors weren't included in the study sample since nurses in management services who were also working in patient services unit already participated in the study.

Data collection tools

In this study, the "Sociodemographic and Working Characteristics Questionnaire Form" and the "Medical Errors Attitude Scale (MEAS)" were used as data collection tools. On the Sociodemographic and Working Characteristics Questionnaire Form, there were 10 questions on the topics of sociodemographic and working characteristics and level of education about medical errors. The Medical Errors Attitude Scale was developed by Gülec and SerenIntepeler (2013); it is a 16-item Likert-type scale that consists of three sub-dimensions, namely the perception of medical errors, the approach to medical errors and causes of medical errors.

Responses were given in the following form: 1=completely disagree, 2=disagree, 3=undecided, 4=agree, and 5=completely agree. The total scale score ranged between 16 and 80. Two items on the scale (the 10th and 13th items) were scored reversely. The scale score was calculated by dividing the raw score by the number of items. Employees who received below 3 points on average from the scale were evaluated as having negative attitudes, while who received a score of 3 or more points were seen as having positive attitudes.

A negative attitude means that awareness of the employee concerning medical errors and

reporting of errors is low, whereas positive attitude means that the employee's awareness concerning medical errors and the reporting of errors is high. The scoring and evaluation specified for the overall scale was also accepted to be the same for all sub-dimensions of the scale. The Cronbach's alpha reliability coefficient of the MEAS has been reported as .75; in this study, it was found to be .66.

Data analysis

Data were evaluated through coding SPSS 16.0 Packet Software (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Results for each item and sub-dimension on the scale were calculated as numbers, percentages, and arithmetic averages. The effects of variables on attitudes toward medical error were evaluated through multiple regression analysis. The study data were analyzed with regression analysis since there was one dependent variable and multiple independent variables in the study. The study data were further analyzed with ANOVA and Tukey's Additivity Test to investigate the additivity of the scale and the significance of the participant answers. It was finally concluded that the scale was additive and there was no significant difference between scale scores. The least squares method was used to estimate parameters in linear regression analysis. However, prior to linear regression analysis, the data were analyzed with correlation test in order to look into the correlations between dependent variables and independent variables as well as correlations between multiple independent variables. Certain variables such as age, years spent in professional service, years spent in the current institution, years spent in the current unit weren't included in the study model since they were not totally independent from each other. The significance of the model was tested with ANOVA and T test and it was found significant. Three items of the scale (number 7, 9, and 11) were found to include the most commonly accentuated variables in recent literature and they were incorporated into the model. The statistical significance value was specified as $<.05$ in all tests.

Research ethics

Written permission was received from the Dokuz Eylül University Non-Interventional Research

Ethics Board (Date: 23/02/2012, No. 2012/06-02) and from the public hospital in which the study was conducted.

Results

Employees' attitudes toward medical error

Lower scale point averages regarding employees' attitudes toward medical errors were as follows: "the perception of medical errors" was substantially lower than the medium level (2.89, SD=.75), while "the approach to medical errors" (3.81, SD=.42) and "causes of medical errors" were higher than the medium level (3.82, SD=.42). The total medical error attitude score of the employees was found to be higher than the medium level, at 3.70 (SD=.32). The employees' perception of medical error was found to be negative, whereas their attitudes in the measurements of approach to medical errors, causes of medical errors, and general attitude were found to be positive (Table 1).

Distribution of responses regarding sub-dimensions of the attitude scale related to medical errors is shown in Table 2. Tables 2 were evaluated through agreement status, as the sum of responses of "agree" and "completely agree," while disagreement was determined through the sum of responses of "disagree" and "completely disagree. When the distribution of the responses regarding medical error perception was examined, only 9% of the employees agreed with the statement "The person who committed the medical error is not guilty," whereas 65.8% agreed with the statement, "Understanding should be shown in case of medical error." When

the responses given to the items that included the lower dimensions of approach to medical errors were examined from the special one, 42% agreed with the statement, "If the medical error was prevented before it happened, there is no need to report it"; and 8.2% agreed with the statement, "I avoid reporting the medical errors I committed." Among employees, 46.3% responded "I'm uncertain" to the item, "Committed errors should be explained to the patient/patient's relative." This was the item that received the most "uncertainty" responses among the scale items. When the answers given to the clauses regarding sub-dimensions of the causes of medical errors were examined, 33.7% agreed with the statement, "Medical errors arise from the lack of communication of the person who committed the error". This item except employees mostly agreed with all items (Table 2).

Factors affecting attitudes toward medical errors

As a result of the analysis regarding the attitudes to medical errors of the participants, seven variables remained in the regression model. These explained 25%. The most significant variables were lack of knowledge, administrative approach that supports learning from mistakes, higher numbers of patients, longer working hours, age, medical error education, and educational status, in that order. Only from this variables age and medical error education negatively influenced the attitudes toward medical errors (Table 3).

Table 1. Employees' attitudes toward medical error

Subdimension	X	SD	Median	min	max
the perception of medical errors	2.89	.75	3.00	1	5
the approach to medical errors	3.81	.42	3.85	2.14	5
causes of medical errors	3.82	.42	3.85	2.14	5
medical error attitude (total)	3.70	.32	3.68	2.44	4.69

Table 2. Distribution of responses regarding sub-dimensions of the attitude scale related to medical errors (n=652)

	items	agree		uncertainty		disagree	
		n	%	n	%	n	%
perception of medical errors	1. The person who committed the medical error is not guilty	59	9	113	17.3	480	73.6
	2. Understanding should be shown in case of medical error	429	65.8	119	18.3	104	16
approach to medical errors	3. Medical errors and their causes should be openly discussed with the employees	629	96.5	8	1.2	15	3.3
	8. I'm of the opinion that all committed errors should be reported	561	86	59	9	32	5
	10. I avoid reporting the medical errors I committed	54	8.2	79	12.1	519	79.6
	11. Institute administrators should display an approach that supports learning from mistakes	528	80.9	50	7.7	74	11.3
	12. Committed medical errors and their causes should be discussed between administrators	625	95.9	13	2.0	14	2.2
	13. If the medical error was prevented before it happened, there is no need to report it	274	42	135	20.7	243	37.2
	14. Committed errors should be explained to the patient/patient's relative	176	27	302	46.3	174	26.7
causes of medical errors	4. Medical errors arise from the lack of communication of the person who committed the error	220	33.7	166	25.5	266	40.8
	5. Medical errors arise from system defects	385	59.1	147	22.5	120	18.4
	6. Medical errors arise from the lack of knowledge of the person who committed the error	383	58.7	137	21.0	132	20.3
	7. A higher number of patients under care increases the number of medical errors	613	94	15	2.3	24	3.7
	9. Longer daily working hours increase the number of medical errors	621	95.2	19	2.9	12	1.8
	15. Most of the committed medical errors actually arise from preventable conditions	500	76.7	105	16.1	47	7.3
	16. Reporting medical errors increases patient safety	562	86.2	52	8	38	5.8

Table 3. Factors affecting attitudes toward medical errors

	B	Standart Error	Standart Beta (β)	t	p
Constant	51.938	1.589		32.677	.000
Lack of knowledge	2.768	.364	.262	7.605	.000
An administrative approach that supports learning from mistakes	3.365	.458	.254	7.346	.000
High numbers of patients	3.505	.773	.160	4.536	.000
Long working hours	3.158	.856	.129	3.689	.000
Age	-.072	.023	-.112	-3.181	.002
Medical error education	-.976	.361	-.094	-2.704	.007
Educational status	.327	.222	.051	1.474	.141
R=0.498 R²=0.248 F= 30.349 p= 0.000 DW=1.880					

Discussion

Employees' attitudes toward medical errors

In this study, although employees' attitudes toward medical error are generally considered as positive, the number of reported errors was low in the institution where the study was conducted.

The result indicates that although the employees' attitudes toward medical errors were positive, the anticipated behavior did not take place, which means that errors were not reported sufficiently.

The scale used in this study hasn't been previously used in another study. Therefore, discussion chapter was extended so as to compare the sub dimensions of the scale and items in these sub dimensions with the results of different scales used in relevant studies.

It was determined in Yılmaz's (2009) study that 25.1% of cases were reported, although the overall error rate was 20.8% and the rate of witnessing an error was 60.1%. This situation might be correlated to an underdeveloped culture of patient safety in Turkey. When lower-scale medical error point averages of employees were analyzed, the lowest averages were found in the

medical error perception sub-dimension. Responses indicating a belief that the committed error is the fault of the committing person were common, and the view that understanding should be shown when an error is committed demonstrated that the expected perception did not develop. The results of several other studies in the literature similarly indicate that the person committing the error was held responsible and punished (Filiz, 2009; Hashemi, Nikbakht & Asghari, 2012). Among participants of the study, 42% thought that near errors should be reported.

Haw et al. (2014) stated that nurses are not yet fully convinced of the necessity of reporting all errors and near errors. Almost half of the participants stated that they experienced indecision about explaining the error to the patient/patient's relatives.

In Bodur et al.'s (2012) study, it was stated that participants did not want to explain the error in cases where the medical error was noticed and corrected quickly or had no potential to harm the patient.

In Flotta et al.'s (2012) study, doctors stated that they experienced indecision about explaining the committed error to the patient.

According to the literature, ethical follow-up in the case of a medical error involves, first, giving the patient a sufficient explanation about the error, then apologizing for the error and compensating him or her if possible (Crigger, 2004). In this study, employees were reluctant to explain the error to the patient/patient's relatives, since they thought that the patient/patient's relatives would not be sympathetic towards them and might have problems understanding the explanation, as well as because they wanted to avoid legal processes.

The results of this study demonstrated that employees are able to define the causes of medical error correctly and consistently with the literature and the results of other studies, and are aware of the causes of error, but cannot change its effects in practice. This situation indicates that errors are mostly due to institutional and operational system insufficiencies, and that individuals cannot have an influence on the system even if they are aware of the causes of error.

Factors affecting the attitude toward medical errors

The most important variables affecting these attitudes were the lack of knowledge of employees (Table 2). Similarly, in other studies, lack of knowledge was found to be related to medical errors (Ehsani et al., 2013; Gunes, Gurlek & Sonmez, 2014; Lan, 2014; Johnson & Thomas, 2013; Tansuyer, 2010). The fact that some events were reported on the reporting system as medical errors even though they were not medical errors in the hospital where the study was conducted shows that employees cannot distinguish medical errors.

In addition, the paucity of reports indicates employees' lack of knowledge about the reporting system, including its usage and necessity. Coyle et al. (2005) emphasized a positive correlation between participation in education programs on case reporting and attitudes and perceptions regarding such case reporting.

This study's contribution involves its characterization of employees' attitudes before applying initiatives regarding patient safety and medical errors in health institutions. It can be concluded that employees have positive attitudes to approaching medical errors and the causes of medical errors, but negative attitudes related to medical error perception. The variables were determined to be effective in 25% of medical error attitudes. Researchers in future studies might be advised to examine variables such as awareness of the error, which can affect attitudes toward medical errors, legal dimensions regarding errors, workloads, patient/nurse ratios, error reporting ratios, and administrator and colleague support.

Limitations

It was demonstrated in this study that variables could effectively account for 25% of medical error attitudes, which eventually suggested that variables that influenced medical error attitude were related to other reliable rather than sociodemographic characteristics of the nurses and workplace conditions. It may be concluded that the further studies might yield different results with new variables concerning systematic approaches and management approaches to medical errors.

References

- Akın, A., Sen Ucel, A. & Dogan, N. (2010) Perception of patient safety culture and physicians, assistants physician and nurses to determine attitudes towards patient safety culture in Goztepe Training and Research Hospital. In: Kırılmaz H, (Editors).II. International Health Performance and Quality Congress Proceedings Book, Performance Management and Quality Improvement Departments, Antalya, Turkey,98-104.
- Astı, T & Kivanc, M. (2003) Nurses' knowledge and practices related to oral drug administering. Journal of Ataturk University School of Nursing 6: 14-19.
- Bodur, S., Filiz, E., Cimen, A & Kapci, C. (2012) Attitude of final year students of midwifery and nursing school on patient safety and medical errors. Journal of General Medicine 22 (2): 37-42.
- Cakir, A & Tutuncu, O. (2009) Perception of patient safety in hospital at Izmir province. In: Kırılmaz H, (Editors) International Health Performance and Quality Congress Proceedings Book. Performance

- Management and Quality Improvement Departments, Antalya, Turkey, 189–204.
- Cebeci, F., Karazeybek, E. & Sucu, G. (2010) Student nurses have witnessed medical errors situations during hospital practices. In: Kırılmaz H, (Editors) II. International
- Chakravarty, B.A. (2013) A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. *Medical Journal Armed Forces India* 69: 335–340.
- Coyle, Y.M. (2005) Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, Schneider GW, Hynan LS. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care* 14(5):383–388.
- Crigger, N.J. (2004) Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice. *Nursing Ethics* 11:568–76.
- Ehsani, S.R., Cheraghi, M.A., Nejati, A., Salari, A., Esmailpoor, A.H. & Nejad, E.M. (2013) Medication errors of nurses in the emergency department. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*; 6: 2–7.
- Filiz, E. (2009) Determination of perception of patient safety culture in hospitals and of health staff and patient attitudes about patient safety. Master Thesis, Selcuk University Institute of Health Sciences The Department of Public Health, Konya, Turkey.
- Flotta, D., Rizza, P., Bianco, A., Pileggi, C. & Pavia, M. (2012) Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians. *International Journal for Quality in Health Care* 1–8.
- Gulec, D & SerenIntepeler, S. (2013) Development of the medical errors attitude scale. *Journal of Nursing Research Development* 15: 26–41.
- Gunes, U.Y., Gurlek, O. & Sonmez, M. (2014) Factors contributing to medication errors in Turkey: nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management* 22: 295–303.
- Hajibabaei, F., Joolaei, S., Peyravi, H., Alijany-Renani, H., Bahrani, N. & Haghani, H. (2014) Medication error reporting in Tehran: a survey. *Journal of Nursing Management* 22: 304–310.
- Hand, K & Barber N. (2000) Nurses' attitudes and beliefs about medication errors in a UK hospital. *Int J Pharm Pract* 8: 128–134.
- Haw, C., Stubbs, J. & Dickens, G.L. (2014) Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs* Mar 20.
- Istanbulu, I.T., Yıldız, H. & Zora, H. (2012) A study for the development of safety reporting system which is applied at Kartal Yavuz Selim State Hospital. *Journal of Health Performance and Quality* 4: 1–17.
- Jaykare, S.C. (2013) Medication errors, what healthcare providers think? A knowledge, attitude and practice survey. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research* 6: 57–59.
- Johnson, J & Thomas, M. (2013) Medication errors: knowledge and attitude of nurses in Ajman UAE. *Reviews of Progress* 1(4): 2321–3485.
- Karaca, A & Arslan, H. (2014) A study for evaluation of patient safety culture in nursing services. *Journal of Health and Nursing Management* 1: 9–18.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. (2000) *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press, America.
- Lan, Y.H. (2014) Medication errors in pediatric nursing: Assessment of nurses' knowledge and analysis of the consequences of errors. *Nurse Education Today* 34: 821–828.
- Liu, C., Liu, W., Wang, Y., Zhang, Z. & Wang, P. (2013) Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing. *BMJ Qual Saf* 0: 1–9.
- Martowirono, K., Jansma, J.D., Luijk, S.J. van., Wagner, C. & Bijnen, A.B. (2012) Possible solutions for barriers in incident reporting by residents. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 8: 76–81.
- Parish, C. (2003) Complacency to blame for transfusion mistakes. *Nursing Standard* 17: 8.
- Sarvadikar, A., Prescott, G. & Williams D. (2010) Attitudes to reporting medication error among differing healthcare professionals. *Eur J Clin Pharmacol* 66: 843–853.
- Sen, S., Er, S. & Sevil, U. (2009) Patient safety and medical errors. In: Kırılmaz H, (Editors) *International Health Performance and Quality Congress Proceedings Book. Performance Management and Quality Improvement Departments, Antalya, Turkey*, 24–33.
- Tak, B. (2010) The creation of patient safety system in health care system as the main element of the quality of health services: a road map for hospitals. *Journal of Health Performance and Quality* 1: 72–113.
- Tansuvar, T. (2010) Field research to determine the views of health care staff in patient safety and medical errors. Master Thesis, Gazi University Social Sciences Institute of Hospital Management Program, Ankara, Turkey.
- The Health Foundation. (2011) Research scan: does improving safety culture affect patient outcomes? 7–17.

- Turkish Medical Association (TMA) .Fusun Sayek
TMA Reports / Books (2010) Patient safety:
Turkey and world. Turkish Medical Association
Publication, Ankara, Turkey.
- Yılmaz, A. (2009) Perception of nurses regarding
barrier on medication administration error
reporting. PhD, Hacettepe University Health
Institute, Health Institution Management Program,
Ankara, Turkey.
- World Health Organization (WHO).Donaldson, S.L.
(2008) Patient safety and the world health
organization. Patient Safety Workshop Learning
From Error. Switzerland.
- World Health Organization (WHO).Quality of care:
patient safety, Report by the Secretariat; 2002.
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/a5513.pdf. Accessed May 3, 2014.

EK 15. ÖZGEÇMİŞ**ÖZGEÇMİŞ****Ecem AYDENİZ**

TC Kimlik No / Pasaport No:	41794731602
Doğum Yılı:	1981
Yazışma Adresi :	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Karabağlar/İzmir
Telefon :	0232 244 44 44 0505 561 06 93
Faks :	
e-posta :	ecemyaprak2010@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	HEMŞİRELİKTE YÖNETİM	Yüksek Lisans	2009
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	HEMŞİRELİK Y.O.	HEMŞİRELİK	Lisans	2005

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Türkiye	İzmir	Acil Dahiliye Gözlem Birimi	Klinik Hemşiresi	2016-....
İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Türkiye	İzmir	Eğitim ve AR-GE Birimi	Eğitim Hemşiresi	2015-2016
İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Türkiye	İzmir	Kalite Yönetim Birimi	Kalite Birimi Çalışanı	2015
İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Türkiye	İzmir	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü/Başhemşirelik	Süpervizör Hemşire	2010-2015

YAYINLARI

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Yaprak E., Seren Ş. Hemşirelerin işten ayrılma niyetleri ve örgüt ikliminin hemşire istihdamına etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2010; 7(1):28-33. (Kapak konusu)

Yaprak E., Seren İntepeler Ş. Factors Affecting the Attitudes of Health Care Professionals toward Medical Errors in a Public Hospital in Turkey. International Journal of Caring Sciences, 2015; 8(3): 647-655.

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Yaprak E., Seren Ş. Factors Affecting the Attitudes of Healthcare Professionals toward Medical Errors in a Public Hospital in Turkey. 6. Uluslararası Hemşirelik Yönetim Kongresi, 2014 Bodrum/Muğla.

Yaprak E., Seren Ş. Hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini belirleyen faktörler: örgüt iklimi, sosyodemografik ve çalışma özellikleri. Uluslar Arası Katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 2009, Sivas.

Çimen S., Aslan G., Yaprak E. Hastanede yatan 0-24 aylık bebeklerde pişik görülme durumu ve etkileyen etmenlerin incelenmesi.I. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 2007, İzmir.