

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEKİM VE HEMŞİRELERİN GÜVENLİK
RAPORLAMA SİSTEMİNE KATILIMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

İLKAY YILDIZ

SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR 2015

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970164

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEKİM VE HEMŞİRELERİN GÜVENLİK
RAPORLAMA SİSTEMİNE KATILIMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLKAY YILDIZ

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

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970164

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans programı öğrencisi İlkay YILDIZ 'HEKİM VE HEMŞİRELERİN GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİNE KATILIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ ' konulu Yüksek Lisans tezini 28 Eylül 2015 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Prof. Dr. A. Hüseyin BASKIN

BAŞKAN


Prof. Dr. Tonay İNCEBOZ

ÜYE


Yard. Doc. Dr. Nevciyan GÜLDAŞ

ÜYE

Prof. Dr. Mete EDİZER

ÜYE

Öğr. Gör. Dr. Biyo. Vahide BAYRAKAL

ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	1
TABLolar DİZİNİ	3
KISALTMALAR	5
TEŞEKKÜR	6
ÖZET	7
ABSTRACT	9
1. GİRİŞ VE AMAÇ	11
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	11
1.2. Araştırmanın Amacı	13
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	13
2. GENEL BİLGİLER	14
2.1. Tıbbi Hata	14
2.1.1. Tıbbi Hata İle İlgili Kavramlar	15
2.1.2. Tıbbi Hataların Bildirilmesi	16
2.2. Güvenlik Raporlama Sistemleri	17
2.2.1. Dünyada Güvenlik Raporlama Sistemleri	19
2.2.2. Türkiye’de Güvenlik Raporlama Sistemi	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Çalışma Materyali	25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.6. Veri Toplama Araçları	26
3.8. Verilerin değerlendirilmesi	27
3.9. Araştırmanın sınırlılıkları	28
3.10. Etik kurul onayı	28
4. BULGULAR	28
4.1. Demografik özelliklere ilişkin bulgular	28
4.2. Sorulara göre frekans dağılımları	30

4.3. Karşılaştırmalı istatistik bulguları.....	37
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
7. KAYNAKLAR.....	58
EK 1 - ANKET FORMU	63
EK 2 – KURUM İZNİ.....	65
EK 3 – ETİK KURUL KARARI.....	66
EK 4 – BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	68
ÖZGEÇMİŞ.....	69

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma planı ve takvimi tablosu.....	27
Tablo 2. Demografik verilere göre frekans dağılım tablosu	29
Tablo 3. "Kurumumda olay bildirimini yapabileceğim bir güvenlik raporlama sistemi var" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu	30
Tablo 4. "Kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay bildirimini yaparım" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu	30
Tablo 5. "Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yaparım" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu.....	31
Tablo 6. "Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yaparım" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu.....	31
Tablo 7. "Eczaneden hastaya doğru ilaç gelmediğinde olay bildirimini yaparım" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu	32
Tablo 8. "Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yaparım" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu	32
Tablo 9. "Güvenli cerrahi uygulaması kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimini yaparım" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu.....	33
Tablo 10. "Hasta güvenliği ile ilgili konularda olay bildirimini yaptığımda yönetim tarafından suçlanacağımı düşünürüm" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılımı. 33	
Tablo 11. "Olay bildirimini yaptığımda yönetim tarafından suçlanmayacağımı bilsem olay bildirimini yaparım" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu.....	34
Tablo 12. "Kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu.....	34
Tablo 13. "Kurumumda hasta güvenliğini tehdit eden konularla ilgili olaylar zamanında raporlandığında birimlere ödüllendirme programı uygulanır" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılımı	35
Tablo 14. "Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek risklerde olay bildirimini yapmam için yönetim beni cesaretlendirir" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu	35

Tablo 15. "Olay bildirimi yaparken olay bildirim formuna olay yeri yazılmalıdır" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu	36
Tablo 16. "Kurumumda bildirilen olaylarla ilgili olayın tekrarlanmaması için kök-neden analizi yapıldığını düşünüyorum" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu	36
Tablo 17. "Kurumum bildirimi yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekler" ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu	37
Tablo 17. "Kurumumda olay bildirimi yapabileceğim bir güvenlik raporlama sistemi var" ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtların dağılım tablosu	38
Tablo 18. "Kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay bildirimi yaparım" ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtların dağılım tablosu	39
Tablo 19. "Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimi yaparım" ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtların dağılımı.....	40
Tablo 20. "Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimi yaparım" ifadesinin cinsiyete göre dağılımı	41
Tablo 21. "Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimi yaparım" ifadesinin cinsiyete göre dağılımı	42
Tablo 22. "Olay bildirimi yaparken olay bildirim formuna olay yeri yazılmalıdır" ifadesinin cinsiyete göre dağılımı	43
Tablo 23. "Kurumum bildirimi yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekler" ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtların dağılımı.....	44
Tablo 24. "Kurumum bildirimi yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekler" ifadesinin eğitim durumuna göre dağılımı	45
Tablo 25. Kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır ifadesinin toplam çalışma yılına göre dağılımı	46
Tablo 26. "Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek risklerde olay bildirimi yapmam için yönetim beni cesaretlendirir" ifadesinin toplam çalışma yılına göre dağılımı.....	47

KISALTMALAR

IOM	The Institute of Medicine
WHO	World Health Organization
TTB	Türk Tabipler Birliği
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
NPSA	National Patient Safety Agency
NRLS	National Reporting and Learning System
NHS	National Health Service
CIS	Clinical Indemnity Scheme
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
NBHW	National Board of Health and Welfare
AIMS	The Australian Incident Monitoring System
ISMP	Institute For Safe Medication Practices
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
DÖF	Düzeltici Önleyici Faaliyet
ECRI	Emergency Care Research Institute
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SBE	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

Araştırmamı yürütürken bilimsel gerçekler, dünyada ve Türkiye’de güncel kalite çalışmaları hakkında geleceğe yönelik öngörülerini ile bana her zaman destek olan danışman hocam Sayın Prof. Dr. A. Hüseyin Baskın’ a, yapıcı eleştirileri ile destek olan Öğr. Gör. Dr. Biyo. Vahide Bayrakal’ a, araştırmamın yürütülmesi için gerekli izinlerin verilmesi hususunda desteğini esirgemeyen Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi Prof. Dr. Gökhan Köylüoğlu’ na, araştırmamda anket sorularını yanıtlamak için gönüllü olan ve değerli zamanlarını ayıran Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi hekim ve hemşirelerine, yüksek lisans eğitimim süresince bilgisini ve deneyimini benimle paylaşan, manevi desteğini esirgemeyen Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Üyesi Dr. Fatih Sürenkök’ e, bana sonsuz güven duyan ve inanan canım aileme gönülden teşekkür ederim.

İlkay YILDIZ

HEKİM VE HEMŞİRELERİN GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİNE KATILIMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

İlkay Yıldız

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı

İlkay.yildiz@hotmail.com

ÖZET

Amaç

Araştırmamızda amaç eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin güvenlik raporlama sistemine katılımını ve hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların bildirimi konusunda yönetimin yaklaşımının çalışanlardaki algısını değerlendirmektir.

Yöntem

Araştırma İzmir'in en büyük eğitim ve araştırma hastanelerinden biri olan Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hekim ve hemşire olarak çalışan 440 personele anket uygulanmıştır. Anket formu "Agency to Healthcare Research and Quality"nin hasta güvenliği iklimi anketinden uyarlanmıştır. Anketler SPSS Statistic 21. 0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular

Sonuçlar araştırmaya katılanların çoğunluğunun kurumda güvenlik raporlama sisteminin varlığının farkında olduğunu göstermektedir. Verilen yanıtlar hemşirelerin hekimlere göre bu konuda farkındalıklarının yüksek olduğunu yansıtmaktadır. Araştırmamıza katılan erkek nüfusun ilaç istemi ile ilgili hatalarda duyarlı davrandıkları ancak ilaç uygulaması ile ilgili hatalarda kadın nüfusun erkeklere göre daha duyarlı oldukları görülmüştür. Güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında bildirim yapma konusunda araştırmaya katılanların yarısı katılıyorum yanıtı vermiş olsa da katılımcıların üçte birinin kararsız olması bu konuda eksikler olduğunu göstermektedir.

Sonuç

Meslek grubu ayırmaksızın kurumda çalışanların tümüne güvenlik raporlama sistemi konusunda eğitim verilmesi gerekmektedir. Eğitim verilirken öncelikle dikkat

edilecek konular: 1. Bilimsel etkinlik, 2. Maliyet, zaman ve malzemede verimlilik, 3. Hasta verilerinde emniyet ve çalışan güvenliği, 4. Herhangi bir meslek gurubunu ve/veya bireyi suçlamadan-taraf tutmadan bilgileri eşitlemek, 5. Hasta ve yakınları ile empati kurmaya dikkat etmek, 6. Söz verilen zamanda, söz verilen işlemi gerçekleştirmek esaslarını göz önünde tutmak olacaktır. Sağlık kurumlarında lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunları birlikte çalışırlar. Bu gurupların, birlikte ve uyum içinde çalışmaları için "karma ve hedefe odaklı" bir eğitim uygulaması gereklidir. Ayrıca kurumda süreçlerin tanımlanması ve takip edilmesi, bildirim yapılırken süreçlerin başladığı ve bittiği noktaların göz önünde bulundurularak geri bildirim alınması büyük önem taşımaktadır. Güvenli cerrahi uygulamaları kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanımı ve eksiksiz doldurulması ameliyathanelerde oluşabilecek önlenebilir hataların büyük oranda önüne geçmiş olacak, önemli bir kontrol mekanizması oluşturacaktır. Yönetimin çalışanları bildirim yapma konusunda cesaretlendiren, suçlamadan uzak durarak teşvik eden, ikna edici olumlu bir yaklaşım sergilemesi güvenlik raporlama sistemine katılımı artıracaktır. Bildirimi yapılan olayların analiz sonuçlarının da çalışanlarla paylaşılması, güvenlik raporlama sistemine katılımı ve inandırıcılığı artıracaktır.

Anahtar kelimeler: tıbbi hata, olay bildirimi, güvenlik raporlama sistemi

EVALUATION OF ATTENDING DOCTORS AND NURSES TO EVENT REPORTING
SYSTEM EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL CASE

İlkay Yıldız

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı

İlkay.yildiz@hotmail.com

ABSTRACT

Objective

Our research aims evaluating the participation of doctors and nurses working in an education and research hospital to the safety reporting system and to evaluate the perception of the employees of the administration's approach to reporting medical errors that threaten patient safety.

Method:

Research was conducted in one of the largest teaching and research hospitals of İzmir, Tepecik Training and Research Hospital. The questionnaire was given to 440 staff working as doctors and nurses in Tepecik Training and Research Hospital. The questionnaire was adapted from patient safety climate survey of "Agency to Healthcare Research and Quality". Surveys were analyzed using SPSS Statistic 21.0 software package.

Results:

The results indicate that the majority of participants in the research are aware of the existence of the event reporting system in the organization. Results have shown that nurses have higher awareness comparing to doctors. The male population who participated in our study is relatively more sensitive in asking for medication while women participants are seen to be more sensitive in medication practice than men. Although half of the participants said they would report if the safe surgery checklist was not properly filled, one-third of respondents were unclear which indicates there are some defects on this issue.

Conclusion:

Disregarding the occupational groups every employee in the association should be educated about the event reporting system. Important issues that should be

taken into consideration are: 1. Scientific efficiency 2. Cost, time and material productivity 3. Security on patient data and employees security 4. Obtaining adequate information before taking sides of a person or employee group. 5. Taken into consideration to feel empathy with patients and relatives. 6. And also to complete the promised process on time. The educational level of the employees in health institutions presents variety from highschool to high license. To enable these groups with different educational levels to work collaboratively and together " mix and goal oriented" education must be applied. Besides, it is very important to consider the definition, preceding, timing of the processes and also to take feedbacks. The efficient utilization of surgical safety checklist and complete reports not only allow control of preventable medical error to happen but also present as an important control mechanism in the operation units. The management must encourage the employees to make reports by presenting persuading and positive attitude. Also incriminating attitudes should be abandon to increase contributions. Sharing information with the employees about the analysis of the reports will provide the participation and cogency of event reporting system.

Key words: medical error, event reporting, event reporting system

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Güvenlik kavramı insan yaşamının her döneminde önemli bir yere sahiptir. Güvenlik toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi ve emniyet anlamına gelmektedir (1). Sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğinin sağlanması tüm dünyada üzerinde çalışılan konuların başında gelmektedir. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) hasta güvenliğini "sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılması" olarak tanımlamıştır. IOM hasta güvenliğini "hastalara olan zararın önlenilmesi" olarak tanımlamış ve kaliteli sağlık bakımının elde edilmesinde ayırt edilmez bir olgu olarak görmüştür (2,4). Aynı zamanda güvenlik kültürünün tüm sağlık bakım organizasyonlarında oluşmasını desteklemiştir (3,4).

Hasta güvenliğini sağlamada ana unsur kurumda ya da kuruluştaki güvenlik kültürünün oluşturulmasıdır. Güvenlik kültürü bireylerin yapılan yanlışlardan öğrenme ve yanlışın yerine doğrusunu koymalarını sağlayan bir ortamı tasvir etmektedir(5). Naveh ve arkadaşları (2005) hasta güvenliğini "tedavi hatalarının olmaması, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan yaralanma ve advers sonuçlardan sakınılması ve önlenmesi" şeklinde tanımlamaktadırlar (6). Hasta bakım hizmeti süreçlerinde oluşan istenmeyen durumlar, tanı ve tedavi hataları, ekipman arızalarından kaynaklanan olaylar, cerrahi girişim planlanan bir faaliyetin istenen şekilde sonuçlanmaması gibi olaylar hasta güvenliğini tehdit eden olaylar olarak sıralanmaktadır. Hasta güvenliğini sağlamak için yatan hastalar ulusal ya da uluslararası düşme riski ölçekleri kullanılarak değerlendirilmeli ve riskli olan hastalarda yeşil yapraklı yonca figürü kullanılmalıdır. Enfekte veya kolonize hastalarda ilgili Bakanlıkça belirlenen izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır:

- Solunum izolasyonunda sarı yaprak
- Damlacık izolasyonunda mavi çiçek
- Temas izolasyonunda kırmızı yıldız

Sağlık hizmeti sunumunda hastalar ve sağlık çalışanları çeşitli tıbbi hatalarla karşı karşıya kalırlar. Tıbbi hataların oluşmadan önlenmesi ve/veya oluşan hataların gerçek nedenlerinin kök-neden analizi ile tespit edilerek değerlendirilmesi için hata bildirimini önemli bir unsurdur. Sağlık kurum/kuruluşunda hata bildirimini sağlayan raporlama sisteminin oluşturulması öğrenme kültürüne dayalı hasta güvenliği kültürü oluşturmada temel araçtır. Hasta güvenliğine ilişkin ortaya çıkan sorunların kaynaklarını ve nedenlerini tam ve açık olarak tanımlama, riskli süreç ve uygulamaları belirleme hasta güvenliğinin gelişmesi için gereklidir (7,8). Kurum içindeki mevcut suçlama ve cezalandırma anlayışının olay raporlamaların ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasını engelleyeceği de unutulmamalıdır (9).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nın çalışmaları ile birlikte sağlık kurumlarında hasta güvenliği konusunda farkındalık artmıştır. Sağlıkta Kalite ve Performans Yönergesi (2008) ve Çalışan Sağlığı ve Hasta Güvenliği Tebliği'nin (2009) yayınlanması ile birlikte hasta güvenliği sağlık hizmeti sunumunda önem kazanan ve üzerinde çalışılan konuların başına taşınmıştır. Bununla ilgili yapılan kongre, toplantı ve seminerlerin sayısı artmış, hasta güvenliği konusu daha fazla tartışılmaya başlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından oluşturulan Sağlık Hizmet Kalite Standartları Rehberi'nde bildirim yapılacak olaylar asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik olarak tanımlandığından araştırmada güvenlik raporlama sistemi kapsamında bu üç konu incelenmiştir (10)

Yönetim bilimci ve sosyoloji profesörü olan Perrow (1984) güvenliği, çalışanların ve müşteriler başta olmak üzere bir kuruluşun paydaşlarının "kazayla yaralanmaya maruz kalmamaları" olarak tanımlamaktadır. Perrow'a göre bazı kuruluşlarda hata yapılması normaldir. Perrow (1984) bazı sistemlerin yapıları gereği hataya yatkın olduklarını ve kuruluşlarda oluşan hataların normal hata/kaza olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Karmaşık yapı karşılıklı etkileşim içinde olan ve karşılıklı olarak birbirine bağımlı çok sayıda alt sistemi içermektedir (6). Alt sistemlerde oluşan hatalar sistemin genelinde büyük sorunlara yol açmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumunda tıbbi hatalara karşı son yıllarda hasta güvenliği kavramı önem kazanmış, bu yönde çalışmalar artmıştır. Hasta güvenliği sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılmasıdır (11).

1.2. Araştırmanın Amacı

Hasta güvenliği kapsamında bir tıbbi hata öngörüldüğünde veya oluştuğunda sağlık çalışanlarının bildirim yapmaları büyük önem taşımaktadır. Araştırmada hekim ve hemşirelerin güvenlik raporlama sistemi algıları, güvenlik raporlama sistemine katılımları ve yönetimin davranışının güvenlik raporlama sistemine katılıma etkisi incelenecektir.

Araştırmanın bildirim yapılan olay sayısının artırılarak gerekli önlemlerin alınması ve tıbbi hataların önlenmesi, güvenlik raporlama sistemi kullanımının yaygınlaştırılmasında fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- H 1. Kurumda güvenlik raporlama sistemi var
- H 2. Çalışan kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay bildirimini yapıyor
- H 3. Çalışan bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yapıyor
- H 4. Çalışan yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yapıyor
- H 5. Çalışan eczaneden doğru ilaç gelmediğinde olay bildirimini yapıyor
- H 6. Çalışan hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yapıyor
- H 7. Güvenli cerrahi uygulaması kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimini yapıyor
- H 8. Çalışanlar yönetim tarafından suçlandığını düşünüyor
- H 9. Tıbbi olaylar zamanında raporlandığında birimlere ödüllendirme uygulanıyor
- H 10. Kurumum bildirim yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekliyor
- H 11. Olay bildirimini yapmam için yönetim beni cesaretlendirir
- H 12. Kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır

H 13. Olay bildirimi formuna olay yeri yazılmalı

H 14. Çalışan yönetim tarafından suçlanmayacağını bilse olay bildirimi yapar

H 15. Çalışan kurumda bildirilen olaylarla ilgili olayın tekrarlanmaması için kök-neden analizi yapıldığını düşünüyor

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Hata

Hata (failure) bir eylemin uygulama veya planlama sorunu nedeniyle maksadına ve ya amacına uygun şekilde yapılamamasıdır. Bu hataların ihmal sonucu ve kasıtlı olarak yapılması mümkündür. Reason'a (1990) göre hata belirli bir sonuca ulaşmak amacıyla planlanmış ardışık zihinsel veya fiziksel aktivitede başarısız olunmasıdır (6,12).

Tıbbi hatalar "önlenebilir (aksi) tıbbi olaylar" olarak düşünülmüşlerdir. Hastalar ya kendilerine yapılan uygulama (hatalı uygulama) sonucunda veya bir yan etkinin önlenmesi için gerektiği halde yapıl(a)mayan (ihmal edilen) uygulamanın sonucunda zarara uğramalarıdır (13,14)

Leaple hataların üç düzey olduğunu öne sürmüştür. Bunlar:

- a) Beceri temelli (Ability-Based) hatalar: Beceriye dayalı hatalara "yanlışlıklar" (slip) adı verilir. Bu hatalar otomatik aktivitedeki blingsizce uygulanan geçici aksaklıklardır. Yanlışlıklar uygulama hatalarıdır.
- b) Kural temelli (Rule-Based) hatalar: Kural temelli hatalar ve bilgi temelli hatalar bilinçli şekilde düşünülen hatalardır ve bu hatalar (mistake) olarak adlandırılırlar. Kurallara dayalı hatalar yanlış uygulanan uzmanlıktan kaynaklanırlar.
- c) Bilgi temelli (Knowledge-Based) hatalar: Bilgiye dayalı hatalar daha karmaşıktır ve birçok değişkeni içinde bulundurur. Bilgiye dayalı hataya örnek olarak hafızanın geçmişte çoğunlukla iyi sonuçlar veren tanıdık modelleri (örnekleri) hatırlama eğiliminde olmasını veya "abartılmış-duygusal-taraf tutan anlamın, istatistiksel önemin çok ötesinde ağırlığa sahip olduğu" çelişkili tecrübeleri hatırlama eğiliminde olan önyargılı hafızayı kapsar.

Diğer bir bilgiye dayalı hata mekanizması olan “kullanılabilirlik buluşsallığı” ise “akla gelen ilk bilginin kullanılması eğilimidir”. Zor bir tanı ile yüzleşen bir hekimi düşünelim. Bildiklerini, önüne ilk çıkan bulgular ile eşleştirme çabası içindedir. Bu durum bir tanı koyma sürecidir. Ancak yargının atlamaları ya da gerçeği gözden kaçırmaları hatalara yol açabilir (13,15).

2.1.1. Tıbbi Hata İle İlgili Kavramlar

Olay (Tıbbi hata): Olağan medikal bakımdan herhangi bir sapma olarak tanımlanmaktadır. Hastada yaralanmaya sebep olan ya da zarar görme riski teşkil eden olaylardır. Hataları, önlenabilir advers olayları ve tehlikeleri içermektedir (16).

Sentinel Olay: Hastaya ulaşan ve hastayı ölüm, fiziksel ve fonksiyonel kayıp gibi ciddi zararlara uğratan tıbbi hatalardır (17).

İstenmeyen olay: Leape vd, 1991 “Harvard Medical Practice Study II” adlı çalışmalarında; istenmeyen olayları tıbbi uygulamalardan kaynaklanan ve ölçülebilen bir sakatlığa, maluliyete neden olan kasıtsız yaralanmalar olarak tanımlamaktadırlar (18,19).

Hata: Gerçekleşecek olan planlanmış bir eylemi kasıtlı olarak yapmama veya bir hedefe ulaşmak için yanlış plan yapma olarak tanımlanmaktadır. Hatalar, yetkilendirme hataları veya ihmal olabilir ve bakım sistemlerindeki eksiklikleri yansıtabilir (8).

Neredeyse hata: Önlendiği için veya şans eseri gerçekleşmeyen ters bir etkiye yol açması olası ciddi hata veya kazadır. Olası advers olay olarak da adlandırılır (8).

Neredeyse hatayı klinisyenler erken dönemde fark edebilmektedirler. Çünkü bu hatalar gerçek hata ve yan etkilerden daha sık oluşmaktadır. Neredeyse hatalar kantitatif analiz için imkan sağlamakta, hataların tipi, sıklığı çeşidi hakkında yardımcı verilere ulaşmada yardımcı olmaktadır. Klinisyenlerin neredeyse hata hakkında deneyimlerini anlatması klinik bilgi paylaşımı için güçlü bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Bu veriler zararlardan nasıl sakınılması gerektiği hakkında da güçlü veriler sağlamaktadır (19).

Zarar: Güvenliği tehdit eden herhangi bir uygulama, yönetim, ekipman, etiket, isim olarak tanımlanmaktadır (8).

Geçici zarar: Düşük düzeyde hastaya zarar veren olaylar olarak tanımlanmaktadır (19,20)

Advers olay: Hastalığa ilişkin komplikasyonlar dışında sunulan tıbbi hizmet yönetimi ile ilişkili yaralanmaları (zarar görmeleri) ifade eder. Glencross ve arkadaşları (21) ise advers olay tanımını hastalıktan değil bakım yönetiminden kaynaklanan ve ölümler, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla, taburcu olamama veya hastanede daha uzun süre kalma ile sonuçlanan istenmeyen zarar görmeler olarak açmaktadırlar.

2.1.2. Tıbbi Hataların Bildirilmesi

Tıbbi hata bildirimleri oluşan hataların ya da neredeyse hataların nedenlerinin tartışıldığı, tıbbi hizmet süreçlerinin gözden geçirildiği ve incelendiği bir yöntem oluşturur.

Reason'a (22) göre sağlık kurumlarında iki tür ihmal vardır; aktif ve gizli ihmal. Aktif ihmaller hafıza yanlışları, prosedürlerdeki bilişsel hatalarla ilgili olabilir. Gizli ihmaller de genel olarak çalışma şartları ile ilgilidir. Ağır çalışma şartları, stresli çalışma ortamı ve zayıf iletişim gizli ihmallerin oluşması için bir alt yapı yaratabilir (23). Bu ihmaller sonucu oluşan birçok hatanın bildirilmemesinin yanında (24), hatalar oluşmadan önce de bildirilmemektedir. Sağlık bakım profesyonelleri ciddi hataların ardından endişeli, suçlu ve üzgün hissettiklerini ayrıca disiplin işlerinden korktuklarını, aynı zamanda da hatalardan direkt olarak sorumlu olduklarının farkında olduklarını belirtmişlerdir (25,26)

Hataların bildirilmesi yapılan hataların tartışılmasını destekler ve hatanın önlenilmesi için kuram geliştirilmesine yardımcı olur (4,27). Aynı zamanda çözümlerin sınıflandırılması, hatalardan ders alınması ve hasta güvenliğinin geliştirilmesi ile sonuçlanan güvenlik konularının tespit edilmesi için önemli bir araçtır (28). Hataların kabul edildiği ve neden oluştuğunu anlamaya çalışan bir çevre birçok organizasyon tarafından desteklenmiştir (2,4).

Hala çoğu sağlık çalışanı hata bildiriminde isteksiz davranmaktadır. Yaptıkları tıbbi hataların bilinmesinden çekinirler, utanırlar. Bir sağlık çalışanı olarak bireysel ya da kurumsal açıdan hukuksal çekinceler taşırlar. Yapılan çalışmalar hata bildirimlerini destekleyerek sağlık alanında güvenlik kültürü oluşturmayı amaç edinmektedir.

Bildirimi yapılmayan tıbbi hatalar hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla yapılan çalışmalara ket vurmakta ve sağlık hizmeti sürecinde iyileşmelere engel olmaktadır.

2.2. Güvenlik Raporlama Sistemleri

“Tıbbi hatalar neden geliyor?” sorusunun cevabını verebilmek ve hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapabilmek için “AHRQ” eski Direktörü JM Eisenberg’in belirttiği gibi öncelikli olarak sistemik bir yaklaşım içine girmek gerekir. Bu yaklaşım içinde kanıt toplama ve araştırma sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır (11)

Hasta güvenliğini riske eden potansiyel ve gerçek olayların bildirimi, kayıt altına alınması ve sınıflandırılarak istatistiksel verilere dönüştürülmesini sağlayacak bir raporlama sisteminin kurulması, hasta güvenliğini sağlamanın olmazsa olmazıdır. Raporlama sistemi veri toplayan ve raporlayan teknik bir sistem olmanın ötesinde hasta güvenliği kültürünün inşa edilmesi açısından çok kritik bir işleve sahiptir (6).

Sağlık hizmeti sunumunda oluşan hatalar hastada ölüm ya da sakatlık gibi geri dönüşü olmayan durumlar yarattığı gibi sağlık çalışanları için de istenmeyen sonuçlar doğurmaktadır.

Reason (1998) sistemlerde hataların veya advers olayların çok sıklıkla oluşmaması nedeniyle güvenlik sorununun çalışanlar tarafından algılanma, önemsenme ve güvenlik önlemlerini dikkate alarak rutin işlerini yapmalarını sağlama açısından yetersiz kaldığını ifade etmektedir (29). Bu doğrultuda raporlama sisteminin güvenlik kültürünün oluşumunda hem bir raporlama kültürü hem de advers olayları toplama, analiz etme ve sonuçların kuruluşa yayılımını sağlayarak enformasyona dayalı bir kültür (informed culture) yarattığını ifade etmektedir. Reason raporlama kültürünün güvenliği riske eden potansiyel ve gerçekleşmiş olayların bildirimi yoluyla kişilerin kendi kusur ve hatalarının farkına varmalarını sağladığını ve bu nedenle de “bedelsiz ders” fırsatı sunduğunu vurgulamaktadır. Enformasyona dayalı kültürün ise “korkmayı unutmamayı” mümkün kıldığını belirtmektedir. Bu noktada, sağlık kurumunun aynı zamanda da bir “eğitim kurumu” olduğu gerçeğini göz önünde tutmak gerekir.

Tıbbi hata bildirimleri sunulan planlanmış sağlık hizmeti sũreçlerinin gözden geçirilmesi, kontrol edilmesi ve değerlendirilmesi, riskli sũreçlerin gözden geçirilmesine olanak sağlamaktadır.

Çalışanlar tarafından bildirilmeyen tıbbi hatalar sağlık hizmeti sunum sũrecinde tekrarlamakta ve hastalar zarar görmeye devam etmektedir. Hekimler ve diğer hastane profesyonelleri açısından bakıldığında hataların gizlenmesinin en önemli nedeni hasta veya hasta yakınları tarafından mahkemeye verilme korkusudur. Ayrıca imaj kaybı, meslektaşların suçlamasına ve ayıplamasına maruz kalma korkusu da eşlik etmektedir. Bu nedenle tıp hataları konusunda amaç cezalandırma değil, bozuk olan sistemlerin tamiri olmalıdır (11). Hatalar (failure) suçlamadan değerlendirilmeli ve adlandırılmalı, suç-yanlış (error) olarak değerlendirilmemelidir.

Hasta güvenliğinde güvenlik raporlama sistemleri organizasyonların kendi bünyeleri içerisinde, hasta güvenliğine ilişkin sorunlarının tanımlanmasına yardımcı olacak bir uygulamadır. Bu uygulama ile organizasyonların, ortaya çıkan olaylardan elde edilecek bilgilerle hem kurumsal hem de sistematik bir öğrenme sũrecini gerçekleştirmesi mümkün olabilecektir. Çoğunlukla sağlık hizmeti organizasyonları kendi hatalarından öğrenme konusunda başarısız olmaktadırlar (30,31).

Hasta güvenliğini tehdit ederek aynı hatalar çoğu alanda tekrarlayarak meydana gelmekte ve hastalar önlenabilir hatalar nedeniyle zarar görmeye devam etmektedir. Bu problemin çözümlerinden biri bölgesel ya da ulusal raporlama sistemlerinin oluşturulması ve hekimlerin, hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarının hataları raporlamalarıdır. Raporlamanın temel amacı deneyimlerden öğrenmektir (8).

Waring (2009) hasta güvenliğini tehdit eden olayları raporlama sistemlerinin hastanede hasta güvenliği kavramının sosyal bir gerçeklik olarak inşa edilmesinde önemli rol üstlendiğini vurgulamakta, bildirim amacıyla kullanılan standart formlara yapılan kayıtların hasta güvenliği gibi kapsamlı sorunlar bũtũnũnũn yeniden yapılandırıldığını ve o hastaneye ait özet, kategorik bir bilgiye dũnüştürũldũęüne dikkat çekmektedir. Bu nedenle advers olay bildirim ve raporlama sistemi aynı zamanda hasta güvenliği kũltũrũnũn oluşumu açısından da vazgeçilmez bir unsurdur. Sonuç olarak raporlama sisteminin "hasta güvenliği tehdidini" yönetimin ve çalışanların ajandasında tutarak, dikkatleri güvenlik konusunda çekerek hastanede

herkesin algıladığı objektif bir gerçekliğe dönüştürüldüğünü (6,32) söylemek mümkündür.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) raporlama ile ilgili tavsiyelerini yayınladığı bildiride 4 temel prensibin var olması gerektiğini açıklamıştır:

1. Hasta güvenliğinde temel role sahip olan raporlama sistemleri sağlık bakım sisteminin hatalarından öğrenilerek hasta güvenliğini geliştirir.
2. Raporlama güvenilir olmalıdır. Rapor eden bireyler cezalandırılmamalıdır.
3. Raporlar eğer yapıcı tepkilere yol açıyorsa değerlidir. En azından veri analizinden elde edilen bulguların geri bildirilmesi gerekir. Üstelik raporlar sağlık bakım sistemi ve prosesindeki değişiklikler için tavsiyeler içerir.
4. Analizlerin anlaşılması, öğrenilmesi ve ders çıkartılmasıyla uzmanlık, insan ve finansal kaynak gereksinimleri öğrenilir (8).

IOM 1999 yayınladığı bildiride raporlarla ilgili tavsiyeler sunmuştur (19). Bunlar;

- Raporlar öncelikle hastanelerde sonra ambulans hizmetlerinde ve diğer sağlık organizasyonlarında uygulanmalıdır.
- Sağlık kalitesi ölçümleri ve raporlamalar için genel bir tanım oluşturulmalıdır.
- Tüm sağlık organizasyonlarına istenmeyen olayların listesi ve tanımlama ile ilgili bilgiler standardize edilerek verilmelidir.
- Resmi hükümetler tarafından maddi kaynak ve teknik uzmanlar sağlanarak kullandıkları hata bildirim sistemleri toplanmalı, analiz edilmelidir.

2.2.1. Dünyada Güvenlik Raporlama Sistemleri

Dünyada kullanılan güvenlik raporlama sistemlerinde olay raporlama farklı şekillerde uygulanmaktadır. Ulusal raporlama sistemleri olduğu gibi devlete bağlı olmayan raporlama sistemleri de bulunmaktadır. Kullanılan raporlama sistemleri ülkelere göre çeşitlilik göstermekte, bazı ülkelerde gönüllülük esasına dayandırılmakta, bazı ülkelerde zorunlu raporlama kullanılmakta, bazılarında da hem gönüllü hem zorunlu sistemler işletilmektedir.

Ulusal raporlama sistemlerini kullanan ülkelerden Çek Cumhuriyeti'nde zorunlu bir raporlama sistemi mevcuttur. Ulusal pilot bir uygulama ile 50 hastanede iki yıldır gönüllü raporlama sistemine de başlanmıştır. Çek Cumhuriyeti raporlanacak olayları

hastane ilişkili enfeksiyonlar, ilaç yan etkileri, transfüzyon reaksiyonları ve tıbbi ekipman hataları olarak belirlemiştir. Bu bildirimleri sağlık profesyonellerinin yapması beklenmektedir.

Danimarka öğrenmeye dayalı zorunlu raporlama sistemi kullanmaktadır. Raporlama sağlık profesyonelleri tarafından yapılmaktadır. Yasalar sağlık profesyonellerini ulusal veritabanına tanımlanmış advers etkileri bildirmeyi zorunlu kılmaktadır. Cerrahi olaylar, ilaç hataları, ramak kala olaylar bildirilmek zorundadır. Hastanın hastanede yatışından veya tedavisi ile ilişkili advers olayları farkına varan sağlık bakım profesyonellerinin bildirim yapması gerekmektedir.

İngiltere ve Galler 'de advers olaylardan öğrenme yöntemi ve serbest raporlama kültürünü desteklemek için Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA) tarafından ulusal raporlama ve öğrenme sistemi NRLS geliştirilmiştir. NRLS'nin amacı hasta güvenliğine ait kaza raporlarını aydınlatmak, onları tanımlamak, majör sistem yanlışlarını içeren raporlanmış kazaları örnek almak, çözüm uygulamalarını desteklemek ve geliştirmektir. İngiltere' deki toplam sağlık kuruluşlarının %90'ı bu sisteme üyedir. Raporlanması gereken olaylar NHS'den hizmet alan bir veya daha fazla hastada zarara neden olmuş olan istenmeyen veya beklenmeyen olaylar olarak tanımlanır. Raporlamayı herhangi bir sağlık çalışanı yapabilir. Analiz sonucunda NRLS'den öğrenilen dersler ve çözüm hakkında geribildirim yapılır.

Hollanda'da cezalandırıcı olmayan, gönüllü raporlama sistemi mevcuttur. Ancak kalıcı hasar veya ölümlle sonuçlanan olayların raporlanması zorunludur. Gönüllü raporlama anonim kaynaklar, hastane veya sağlık bakım örgütleri, hastalar, sağlık çalışanları ve kamu üyeleri tarafından yönetilir. Raporlar mail, faks veya telefon yoluyla sunulur.

İrlanda Cumhuriyeti davaların sayısını düşürmek, hasta bakımında güvenliği artırmak için 2002 yılında CIS'i kurdu. Tüm advers olaylar ve neredeyse hataların bildirimi zorunludur.

Slovenya'da 2002'de Amerika'daki JCAHO tarafından geliştirilen sisteme benzer sentinel olaylar için gönüllü ulusal raporlama sistemi kuruldu. Raporlanan sentinel olaylar beklenmeyen ölümler, önemli kalıcı fonksiyon kayıpları, hastanede gerçekleşen hasta intiharları, kan transfüzyon reaksiyonları, yanlış hastaya veya

yanlış vücut bölgesine yapılan ameliyatlar ve suça olanak tanıyan ihmalleri içermektedir.

İsveç'te 1997 yılından beri her tıbbi kuruluşun bir kalite sistemini bulunmaktadır. Çoğu tıbbi kuruluş NBHW tarafından düzenlenmiş farklı kalite sistemi modellerini uygulamaktadır. Bildirimi yapılan konular beklenmeyen ciddi kazalar, hastalıklar, üstü kapatılan advers olaylar, neredeyse hatalar, ekipman hataları, intiharlar ve diğer zararlı olaylardır.

Amerika karma bir sistem kullanmaktadır, 50 eyaletin 21'i zorunlu bir raporlama sistemine sahiptir. Zorunlu olarak bildirilmesi beklenen olaylar beklenmeyen ölümler, yanlış taraf cerrahisi gibi olaylardır.

Özel raporlama sistemlerini kullanan ülkelerden Avustralya 'da 1993'de AIMS, Anesthesia AIMS'in bir uzantısı olarak kuruldu. "AIMS" in amaçları yeni riskleri, eğilimleri, risk faktörlerini ve buna katkıda bulunan faktörleri öğrenmeyi desteklemektir. Bu sistemde sentinel olaylar, tüm advers olaylar, neredeyse hatalar, ekipman hataları, yeni riskler, intihar ve adam kaçırmaya gibi özel olaylar bildirilmektedir. Suistimal, kasıtlı olarak yapılan olaylar ve suç içeren olaylar raporlanmaz, bu tür olaylar sadece zorunlu raporlama acentalarına raporlanır. Ayakta tedavi gören hastalar, acil servisler, yaşlı bakım üniteleri, sağlık çalışanları, hastalar ve aileleri, anonim kaynaklar, hastaneleri de içeren tüm kaynaklardan rapor kabul edilir. Raporlar kâğıt olarak, elektronik ortamda veya telefonla sunulur.

Japonya'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı internal bir raporlama sistemi bulunmaktadır. Japonya Kalite Konseyi 2004 yılında gönüllü olay raporlarını bir araya getirdi ve ulusal bir raporlama sistemini uygulamaya başladı. Bu yeni sistemde raporlama eğitim hastanelerinde zorunlu, diğer hastanelerde gönüllüdür. Hasta yaralanmaları ve ekipman hataları bildirim kapsamındadır. Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları raporlama yapabilir.

Amerika'da ayrıca ISMP, JCAHO, "United States Pharmacopoeia MedMARxsm" raporlama sistemleri kullanılmaktadır. "ISMP" ulusal, gizli bir tıbbi hata raporlama sistemidir. Daha çok ilacın advers etkilerinin ve zararlarının bildirildiği bir sistemdir. Raporlama sağlık çalışanları ve hastalar tarafından yapılır. Raporlar online, elektronik ortamda, telefonla, mail yoluyla veya faks ile yapılabilir. "JCAHO" 1996'da bir sentinel

olay raporlama sistemi uyguladı. Sistem sentinel olayların ve bunlar için önlem stratejilerinin sağlık kuruluşları arasında tanınmasını ve öğrenmesini kolaylaştırmak için tasarlandı. Sistem gönüllüdür ve gizlilik esasına dayanmaktadır. Beklenmeyen ölümler veya önemli kalıcı fonksiyon kayıpları, adam kaçırmaya, tecavüz, kan transfüzyonu, yanlış taraf cerrahisi, kasıtlı olmadan ameliyat sonrası vücutta yabancı cisim bırakma gibi olaylar bildirim kapsamındadır. "United States Pharmacopoeia MedMARxsm" gönüllülük esasına dayalı bir sistem olarak tasarlanmıştır. Advers ilaç olayları, neredeyse hatalar ve hatalar raporlama kapsamındadır. Raporlar web tabanlı olarak, elektronik ortamda, telefonla, mail yoluyla veya faks ile kabul edilir.

2.2.2. Türkiye’de Güvenlik Raporlama Sistemi

Yapılan araştırmalar ve elde edilen bilgiler ışığında ülkemizde hasta güvenliğini tehdit eden olaylara ilişkin bir bildirim sisteminin geliştirilmesine yönelik bir dizi çalışma yapılmış ve 01 Temmuz 2011 tarihinden itibaren sağlık kurumlarında "Güvenlik Raporlama Sistemi" adıyla bir bildirim sistemi kurulmasına karar verilmiş idi. 01 Nisan 2012 tarihinden geçerli olmak üzere bu sisteme ilişkin sağlıkta hizmet kalite standardında bazı değişiklikler yapılmış olup sadece hasta güvenliği ile ilgili 3 konuya yer verilmiştir.

01 Nisan 2012 tarihinden geçerli olan bu sistem hastaya zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin oluşmasını engellemeyi ve bildirim yapılan olaylardan bir eğitim materyali oluşturulmasını öngörmektedir. Bunun yanı sıra sağlık kurumlarında raporlama kültürü oluşturmayı, bu olaylardan ders çıkarılmasını sağlamayı, öğrenme süreci ve çözüm yolları geliştirmeyi ve çözümlerin uygulanmasını teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

SKS kapsamında kurumlar asgari;

- İlaç Güvenliği
- Cerrahi Güvenlik
- Transfüzyon Güvenliği olmak üzere üç konuya ilişkin hastaya zarar verebilecek veya veren olaylar üzerinden bildirim yapılmasına yönelik sistem kurmalıdır. Bu başlıklar hasta güvenliğini tehdit eden olayların en çok görüldüğü konulardır.

Kurumlar hasta güvenliği ile ilgili olması kaydıyla belirleyeceği konu başlıklarına bu sistemde ayrıca yer verebilecektir (10).

01 Temmuz 2015 tarihinde yayımlanan SKS-Hastane Versiyon 5'de güvenlik raporlama sistemine ilişkin standartta değişiklik yapılmıştır (33). Yeni yayımlanan standarda göre güvenlik raporlama sistemi hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmalıdır. Sistem "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmalıdır. Sistem web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir.

- Bildirim için kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçimli kutucuklar şeklinde ya da her iki yöntemi içerecek şekilde de kurgulanabilir.
- Ana modüllerin altında alt modüller yer alabilir. Örneğin "İlaç Güvenliği, Düşmeler, Cerrahi Güvenlik, Kesici Delici Alet Yaralanmaları" gibi. Bildirim analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır.

Bildirim formları asgari aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenlenmelidir:

- Olayın konusu
- Olayın anlatılması
- Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler

Bildirim analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.

Sistem bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır. Sistem çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır. Raporlama sürecinde ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmalıdır.

Güvenlik Raporlama Sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir. Güvenlik raporlama sistemi ile ilgili eğitimler tüm kurum çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Eğitimler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- Güvenlik Raporlama Sistemi'nin amacı, önemi ve sorumluluklar
- Sistemin, çalışanların kendilerini güvende hissetmelerine yönelik kurgulanmış yapısı

- Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme amacının vurgulanması
- Güvenlik Raporlama Sisteminde hangi olayların bildirim kapsamında ele alınacağı
- Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar ve gizlilik
- Örnek olaylar üzerinden, bildirim formlarını nasıl doldurulacağı
- Bildirimlerin nasıl değerlendirildiği ve analiz edildiğine ilişkin genel bilgi

Güvenlik raporlama sistemine ilişkin yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay bazında kök neden analizi yapılmalıdır. Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir. Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli DÖF'ler gerçekleştirilmelidir.

Gerçekleştirilen DÖF' ler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.

Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarla çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma İzmir’de bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin güvenlik raporlama sistemine katılımını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir İli Kuzey Genel Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan hekim ve hemşirelerin katılımı ile yapılmıştır.

Araştırma 15 Ocak 2015 - 15 Haziran 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir İli Kuzey Genel Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan hekim, hemşire ve yöneticiler oluşturmuştur.

Araştırmada rasgele örnek seçme yöntemi kullanılarak ve gönüllülük esas alınarak 440 kişiye anket uygulanmıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Anket formu hazırlanırken hasta güvenliği iklimi anketinden (AHRQ: Agency to Healthcare Research and Quality. The Safety Climate Survey. U.S. Department of Health and Human Services. 2004) ve Acil Bakım Araştırma Enstitüsü (Emergency Care Research Institute -ECRI) tarafından geliştirilmiş olan “Self-Assessment Questionnaire” (Öz Değerlendirme) anketinden yararlanılmıştır.

Preliminer (Öncül) Çalışma Yöntemi: Anketin hedefini hasta güvenliği kapsamında özellikle güvenlik raporlama konusuna yöneltmek için ankete araştırmacı tarafından soru eklenmiştir. Soruların anlaşılabilirliği, ortalama doldurulma süresi, geçerliliği öncül bir grupta değerlendirildi ve geçerli kabul edildikten sonra uygulandı. Bu değerlendirmelerde anketin doldurulma süresi 10 dakika olarak tespit edildi.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni yönetimin güvenlik raporlama sistemi konusundaki olumlu ve/veya olumsuz davranışı, araştırmanın bağımlı değişkeni çalışanların güvenlik raporlama sistemine katılımı olarak belirlenmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler anket veri toplama yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan ve uzman görüşü ile desteklenen anket formu hazırlanırken hasta güvenliği iklimi anketinden (AHRQ -The Safety Climate Survey) ve Acil Bakım Araştırma Enstitüsü (ECRI) tarafından geliştirilmiş olan Self-Assessment Questionnaire anketinden yararlanılmıştır.

Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kurumdaki güvenlik raporlama sistemi varlığı ve algısı, kişinin güvenlik raporlama sistemine katılımı ve yönetimin tutumu ölçülmüştür. İkinci bölümde katılımcıların demografik bilgilerine yer verilmiştir. Anketin birinci bölümünde beşli Likert ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılar bir seçeneğini işaretlediklerinde “kesinlikle katılmıyorum”, iki seçeneğini işaretlediklerinde “katılmıyorum”, üç seçeneğini işaretlediklerinde “ kararsızım”, dört seçeneğini işaretlediklerinde “katılıyorum”, beş seçeneğini işaretlediklerinde ise “kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiş olmaktadırlar. Anketin ikinci bölümünde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, görevi, toplam çalışma yılı ve şu an çalışılan hastanedeki toplam çalışma yılı olmak üzere altı ifade bulunmaktadır (Anket formu Ek 1).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Bu araştırmaya ait araştırma planı ve takvimi Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırma planı ve takvimi tablosu

İP No	İP Adı/Tanımı	Kim(ler) Tarafından Yapılacağı	ZAMAN				
			Temmuz-Aralık 2014	Aralık 2014-Ocak 2015	Ocak-Haziran 2015	Haziran-Ağustos 2015	Ağustos-Ekim 2015
1	Literatür araştırması	1. İlkay YILDIZ	X	X			
2	Etik Kurula Başvurulması ve Dokuz Eylül Üniversitesi SBE Yönetim Kurulu’ndan izin alınması	1. Prof. Dr. A. Hüseyin BASKIN 2. İlkay YILDIZ		X			
3	İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden izin alınması	1. Prof. Dr. A. Hüseyin BASKIN 2. İlkay YILDIZ		X			
4	Anket uygulama ve verilerin kaydı	1.Prof. Dr. A. Hüseyin BASKIN 2. İlkay YILDIZ			X		
5	Anketlerin analizi ve değerlendirilmesi	1. Prof. Dr. A. Hüseyin BASKIN 2. İlkay YILDIZ				X	
6	Yüksek Lisans Tezinin yazılması, yüksek lisans tez çıktılarının ulusal ve uluslararası dergi ve kongrelerde paylaşılması	1. Prof. Dr. A. Hüseyin BASKIN 2. İlkay YILDIZ					X

3.8. Verilerin değerlendirilmesi

Hipotezlerin analizinde SPSS Statistics 21.0 programı kullanılmıştır. Veriler “Descriptive Statistics” ve “Ki-kare” testleri ile analiz edilmiştir.

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

Anketler mevcut hastanedeki kadrolu sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Anketlere katılım gönüllük esasına göre gerçekleşmiştir. Kullanılan anket mevcut iki anketin modifikasyonu olarak hazırlanmıştır.

3.10. Etik kurul onayı

“Hekim ve hemşirelerin güvenlik raporlama sistemine katılımının değerlendirilmesi eğitim ve araştırma hastanesi örneği” adlı araştırmamız için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel olmayan araştırmalar etik kuruluna başvurulmuş ve izin alınmıştır. Etik kurulun 22.01.2015 tarihli, 1860-GOA protokol numaralı, 2015/02-32 karar numaralı kararı Ek sunulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. Demografik özelliklere ilişkin bulgular

Araştırmaya toplam 440 hekim ve hemşire katılmıştır. Araştırmaya katılanların yaşlarına, cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, görevlerine, toplam çalışma yılına ve şu an çalıştıkları hastanedeki toplam çalışma yılına göre frekans dağılımları Tablo 2’de gösterilmektedir. Araştırmaya katılanların % 43,0’ını 30-39 yaş grubu çalışanlar , % 75,7’sini kadınlar, %50,7’sini lisans mezunları %78,6’sını hemşireler, %38,0’ını toplam çalışma yılı 1-5 yıl olan çalışanlar, %49,8’ini şu an çalıştıkları hastanedeki toplam çalışma yılı 1-5 yıl olan çalışanlar oluşturmaktadır.

Tablo 2. Demografik verilere göre frekans dağılım tablosu

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		SAYI(N)	YÜZDE(%)
Yaş	20-29	183	41,6
	30-39	189	43,0
	40-49	49	11,1
	50-59	17	3,9
	60 ve üstü	2	0,5
Cinsiyet	Kadın	333	75,7
	Erkek	107	24,3
Eğitim durumu	Lise	53	12,0
	Ön lisans	73	16,6
	Lisans	223	50,7
	Lisans üstü	91	20,7
Görev	Hemşire	346	78,6
	Asistan hekim	60	13,6
	Uzman hekim	23	5,2
	Eğitim görevlisi	3	0,7
	Yönetici	8	1,8
Toplam çalışma yılı	1 yıldan az	25	5,7
	1-5 yıl	167	38,0
	6-10 yıl	92	20,9
	11-15 yıl	64	14,5
	16-20 yıl	36	8,2
	21 yıl ve üstü	56	12,7
Şu an çalışılan hastanede toplam çalışma yılı	1 yıldan az	66	15,0
	1-5 yıl	219	49,8
	6-10 yıl	96	21,8
	11-15 yıl	26	5,9
	16-20 yıl	13	3,0
	21 yıl ve üstü	20	4,5
Toplam		440	100

4.2. Sorulara göre frekans dağılımları

H1: “Kurumumda olay bildirimi yapabileceğim bir güvenlik raporlama sistemi var” ifadesine katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %50,5, kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %28,6 bulunmuştur (Tablo 3). Araştırmaya katılanların % 79,1’i kurumda güvenlik raporlama sisteminin olduğunu düşünmektedir.

Tablo 3. “Kurumumda olay bildirimi yapabileceğim bir güvenlik raporlama sistemi var” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	14	3,2
Katılmıyorum	33	7,5
Kararsızım	45	10,2
Katılıyorum	222	50,5
Kesinlikle katılıyorum	126	28,6
Toplam	440	100,0

H2: “Kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay bildirimi yaparım” ifadesine katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %46,4, kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %26,6 bulunmuştur (Tablo 4). Araştırmaya katılanların % 73,0’ı kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay bildirimi yapma konusunda olumlu bir tutum içindedir.

Tablo 4. “Kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay bildirimi yaparım” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	17	3,9
Katılmıyorum	39	8,9
Kararsızım	63	14,3
Katılıyorum	204	46,4
Kesinlikle katılıyorum	117	26,6
Total	440	100,0

H3: “Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yaparım” ifadesine katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %45,5, kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %34,1 bulunmuştur (Tablo 5). Araştırmaya katılanların %79,6’sı bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yapma konusunda olumlu bir tutum içindedir.

Tablo 5. “Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yaparım” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	9	2,0
Katılmıyorum	29	6,6
Kararsızım	52	11,8
Katılıyorum	200	45,5
Kesinlikle katılıyorum	150	34,1
Toplam	440	100,0

H4: “Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yaparım” ifadesine katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %35,5, kararsızım yanıtı verenlerin oranı %24,5, kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %19,3 bulunmuştur (Tablo 6). Araştırmaya katılanların %54,8’i hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yapma konusunda olumlu bir tutum içindedir.

Tablo 6. “Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yaparım” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	26	5,9
Katılmıyorum	65	14,8
Kararsızım	108	24,5
Katılıyorum	156	35,5
Kesinlikle katılıyorum	85	19,3
Toplam	440	100,0

H5: “Eczaneden hastaya doğru ilaç gelmediğinde olay bildirimini yaparım” ifadesine katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %31,4, kararsızım yanıtı verenlerin oranı %28,0, katılmıyorum yanıtı verenlerin oranı %18,2 bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. “Eczaneden hastaya doğru ilaç gelmediğinde olay bildirimini yaparım” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	21	4,8
Katılmıyorum	80	18,2
Kararsızım	123	28,0
Katılıyorum	138	31,4
Kesinlikle katılıyorum	78	17,7
Toplam	440	100,0

H6: “Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yaparım” ifadesine katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %46,1, kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %28,6, kararsızım yanıtı verenlerin oranı %17,0 bulunmuştur (Tablo 8). Araştırmaya katılanların % 74,7’si hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yapma konusunda olumlu bir tutum içindedir.

Tablo 8. “Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yaparım” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	7	1,6
Katılmıyorum	29	6,6
Kararsızım	75	17,0
Katılıyorum	203	46,1
Kesinlikle katılıyorum	126	28,6
Toplam	440	100,0

H7: “Güvenli cerrahi uygulaması kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimini yaparım” ifadesine katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %35,7, kararsızım yanıtı verenlerin oranı %33,9, kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %14,5 bulunmuştur (Tablo 9). Araştırmaya katılanların % 50,2’si güvenli cerrahi uygulaması kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimini yapma konusunda olumlu bir tutum içindedir.

Tablo 9. “Güvenli cerrahi uygulaması kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimini yaparım” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	14	3,2
Katılmıyorum	56	12,7
Kararsızım	149	33,9
Katılıyorum	157	35,7
Kesinlikle katılıyorum	64	14,5
Toplam	440	100,0

H8: “Hasta güvenliği ile ilgili konularda olay bildirimini yaptığımda yönetim tarafından suçlanacağımı düşünürüm” ifadesine katılmıyorum yanıtı verenlerin oranı %28,0, kararsızım yanıtı verenlerin oranı %25,7, katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %23,4 bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. “Hasta güvenliği ile ilgili konularda olay bildirimini yaptığımda yönetim tarafından suçlanacağımı düşünürüm” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılımı

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	64	14,5
Katılmıyorum	123	28,0
Kararsızım	113	25,7
Katılıyorum	103	23,4
Kesinlikle katılıyorum	37	8,4
Toplam	440	100,0

H9: “Olay bildirimini yaptığımda yönetim tarafından suçlanmayacağımı bilsem olay bildirimini yaparım” ifadesine katılmıyorum yanıtı verenlerin oranı %25,9, kararsızım yanıtı verenlerin oranı %25,5, katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %25,2 bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. “Olay bildirimini yaptığımda yönetim tarafından suçlanmayacağımı bilsem olay bildirimini yaparım” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	43	9,8
Katılmıyorum	114	25,9
Kararsızım	112	25,5
Katılıyorum	111	25,2
Kesinlikle katılıyorum	60	13,6
Toplam	440	100,0

H10: “Kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır” ifadesine kararsızım yanıtı verenlerin oranı %39,1, katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %20,7, katılmıyorum yanıtı verenlerin oranı %18,9 bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. “Kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	53	12,0
Katılmıyorum	83	18,9
Kararsızım	172	39,1
Katılıyorum	91	20,7
Kesinlikle katılıyorum	41	9,3
Toplam	440	100,0

H11: “Kurumumda hasta güvenliğini tehdit eden konularla ilgili olaylar zamanında raporlandığında birimlere ödüllendirme programı uygulanır” ifadesine katılmıyorum yanıtı verenlerin oranı %31,8, kesinlikle katılmıyorum yanıtı verenlerin oranı 31,1, kararsızım yanıtı verenlerin oranı %24,3, bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. “Kurumumda hasta güvenliğini tehdit eden konularla ilgili olaylar zamanında raporlandığında birimlere ödüllendirme programı uygulanır” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılımı

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	137	31,1
Katılmıyorum	140	31,8
Kararsızım	107	24,3
Katılıyorum	40	9,1
Kesinlikle katılıyorum	16	3,6
Toplam	440	100,0

H12: “Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek risklerde olay bildirimini yapmam için yönetim beni cesaretlendirir” ifadesine kararsızım yanıtı verenlerin oranı %33,0, katılmıyorum yanıtı verenlerin oranı %21,4, katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %21,4, bulunmuştur.

Tablo 14. “Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek risklerde olay bildirimini yapmam için yönetim beni cesaretlendirir” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	72	16,4
Katılmıyorum	94	21,4
Kararsızım	145	33,0
Katılıyorum	94	21,4
Kesinlikle katılıyorum	35	8,0
Toplam	440	100,0

H13: “Olay bildirimini yaparken olay bildirim formuna olay yeri yazılmalıdır” ifadesine katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %47,0, kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %25,7, kararsızım yanıtı verenlerin oranı %18,0, bulunmuştur (Tablo 15). Araştırmaya katılanların % 72,7’si olay bildirimini yaparken olay bildirim formuna olay yeri yazılması konusunda olumlu bir düşünce göstermektedir.

Tablo 15. “Olay bildirimi yaparken olay bildirim formuna olay yeri yazılmalıdır” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	22	5,0
Katılmıyorum	19	4,3
Kararsızım	79	18,0
Katılıyorum	207	47,0
Kesinlikle katılıyorum	113	25,7
Toplam	440	100,0

H14: “Kurumumda bildirilen olaylarla ilgili olayın tekrarlanmaması için kök-neden analizi yapıldığını düşünüyorum” ifadesine kararsızım yanıtı verenlerin oranı %39,3, katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %23,9, katılmıyorum yanıtı verenlerin oranı %15,7 bulunmuştur.

Tablo 16. “Kurumumda bildirilen olaylarla ilgili olayın tekrarlanmaması için kök-neden analizi yapıldığını düşünüyorum” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	54	12,3
Katılmıyorum	69	15,7
Kararsızım	173	39,3
Katılıyorum	105	23,9
Kesinlikle katılıyorum	39	8,9
Toplam	440	100,0

H15: “Kurumum bildirimini yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmaya destekler” ifadesine kararsızım yanıtı verenlerin oranı %41,8, katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %28,6, kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %13,6 bulunmuştur.

Tablo 17. “Kurumum bildirimini yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmaya destekler” ifadesine verilen yanıtların frekans dağılım tablosu

	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	33	7,5
Katılmıyorum	37	8,4
Kararsızım	184	41,8
Katılıyorum	126	28,6
Kesinlikle katılıyorum	60	13,6
Toplam	440	100,0

4.3. Karşılaştırmalı istatistik bulguları

Anket sorularına verilen yanıtlarda 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 ve üstü yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

“Kurumumda olay bildirimini yapabileceğim bir güvenlik raporlama sistemi var” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Tablo 17’ye bakılacak olursa araştırmaya katılan hemşirelerin %2,3’ü, hekimlerin %7,0’ı kesinlikle katılmıyorum yanıtını vermiştir. Kararsızım yanıtını veren hemşirelerin oranı %8,4 iken hekimlerin oranı %18,6 bulunmuştur. Hemşireler 31,2 oranında, hekimler 14,0 oranında kesinlikle katılıyorum yanıtını vermişlerdir.

Tablo 17. “Kurumumda olay bildirimi yapabileceğim bir güvenlik raporlama sistemi var” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtların dağılım tablosu

Cinsiyet	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hemşire	8	2,3	26	7,5	29	8,4	175	50,6	108	31,2	346	100
Hekim	6	7,0	7	8,1	16	18,6	45	52,3	12	14,0	86	100
Toplam	14	5,9	33	7,6	45	10,4	220	50,9	120	27,0	432	100

“Kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay bildirimi yaparım” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Tablo 18’e bakıldığında araştırmaya katılan hemşirelerin %3,2’si, hekimlerin %7,0’ı kesinlikle katılmıyorum yanıtını vermiştir. Kararsızım yanıtını veren hemşirelerin oranı %11,8 iken hekimlerin oranı %24,4 bulunmuştur. Hemşireler %30,1 oranında, hekimler %10,5 oranında kesinlikle katılıyorum yanıtını vermişlerdir.

Tablo 18. “Kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay bildirimi yaparım” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtların dağılım tablosu

Cinsiyet	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hemşire	11	3,2	29	8,4	41	11,8	161	46,5	104	30,1	346	100
Hekim	6	7,0	10	11,6	21	24,4	40	46,5	9	10,5	86	100
Toplam	17	3,9	39	9,0	62	14,4	201	46,5	113	10,5	432	100

“Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimi yaparım” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Tablo 19’a bakıldığında araştırmaya katılan hemşirelerin %5,2’si, hekimlerin %12,8’i katılmıyorum yanıtını vermiştir. Kararsızım yanıtını veren hemşirelerin oranı %9,5 iken hekimlerin oranı %20,9 bulunmuştur. Hemşireler %47,1 oranında, hekimler %43,0 oranında katılıyorum yanıtını vermişlerdir. Kesinlikle katılıyorum yanıtını hemşireler %35,8, hekimler %22,1 oranındadır.

Tablo 19. “Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yaparım” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtların dağılımı

Cinsiyet	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hemşire	8	2,3	18	5,2	33	9,5	163	47,1	124	35,8	346	100
Hekim	1	1,2	11	12,8	18	20,9	37	43,0	19	22,1	86	100
Toplam	9	2,1	29	6,7	51	11,8	200	46,3	143	33,1	432	100

“Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yaparım” ifadesine erkek ve kadınların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Tablo 20’ye bakıldığında araştırmaya katılan kadınların % 7,2’si kesinlikle katılmıyorum, % 15,9’u katılmıyorum ifadesini kullanırken erkeklerin % 1,9’u kesinlikle katılmıyorum,% 11,2’si katılmıyorum ifadesini kullanmışlardır. Kadınlardan kararsızım yanıtını verenlerin oranı % 23,3 iken erkeklerin %29,0’ı kararsızım yanıtını vermiştir. Kadınlar arasında katılıyorum yanıtı oranı %36,9 iken erkeklerde katılıyorum yanıtı % 30,8’dir. Kadınlar % 16,8 kesinlikle katılıyorum ifadesini kullanmış, erkeklerin %27,1’i kesinlikle katılıyorum şeklinde ifade kullanmıştır.

Tablo 20. “Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yaparım” ifadesinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Kadın	24	7,2	53	15,9	77	23,1	123	36,9	56	16,8	333	100
Erkek	2	1,9	12	11,2	31	29,0	33	30,8	29	27,1	107	100
Toplam	26	5,9	65	14,8	108	24,5	156	35,5	85	19,3	440	100

“Eczaneden hastaya doğru ilaç gelmediğinde olay bildirimini yaparım” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$)

“Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yaparım” ifadesine erkek ve kadınların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Tablo 21’e bakıldığında araştırmaya katılan kadınlardan kararsızım yanıtını verenlerin oranı % 13,8 iken erkeklerin %27,1’i katılmıyorum yanıtını vermiştir. Kadınlar arasında katılıyorum yanıtı oranı %50,5 iken erkeklerde katılıyorum yanıtı % 32,7’dir.

Tablo 21. “Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yaparım” ifadesinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Kadın	4	1,2	20	6,0	46	13,8	168	50,5	95	28,5	333	100
Erkek	3	2,8	9	8,4	29	27,1	35	32,7	31	29,0	107	100
Toplam	7	1,6	29	6,6	75	17,0	203	46,1	126	28,6	440	100

“Kurumumda hasta güvenliğini tehdit eden konularla ilgili olaylar zamanında raporlandığında birimlere ödüllendirme programı uygulanır” ifadesine erkek ve kadınların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,07$)

“Olay bildirimini yaparken olay bildirim formuna olay yeri yazılmalıdır” ifadesine erkek ve kadınların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Tablo 22’ye bakıldığında araştırmaya katılan kadınlardan kararsızım yanıtını verenlerin oranı % 15,0 iken erkeklerin %27,1’i katılmıyorum yanıtını vermiştir. Kadınlar arasında katılıyorum yanıtı oranı %50,8 iken erkeklerde katılıyorum yanıtı % 35,5’dir. Kadınlar % 26,1 kesinlikle katılıyorum ifadesini kullanmış, erkeklerin %24,3’ü kesinlikle katılıyorum şeklinde ifade kullanmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde katılıyorum diyen kadınların yüzdesi erkeklere göre fazla bulunmuştur.

Tablo 22. “Olay bildirimi yaparken olay bildirim formuna olay yeri yazılmalıdır” ifadesinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Kadın	17	5,1	10	3,0	50	15,0	169	50,8	87	26,1	333	100
Erkek	5	4,7	9	8,4	29	27,1	38	35,5	26	24,3	107	100
Toplam	22	5,0	19	4,3	79	18,0	207	47,0	113	25,7	440	100

“Kurumum bildirimi yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekler” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Tablo 23’e bakıldığında araştırmaya katılan hemşirelerin %6,6’sı, hekimlerin %15,1’i katılmıyorum yanıtını vermiştir. Kararsızım yanıtını veren hemşirelerin oranı %44,5 iken hekimlerin oranı %15,1 bulunmuştur. Hemşireler %29,8 oranında, hekimler %24,4 oranında katılıyorum yanıtını vermişlerdir. Kesinlikle katılıyorum yanıtını veren hemşireler %11,3, hekimler %18,6 oranındadır.

Tablo 23. “Kurumum bildirimini yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekler” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtların dağılımı

Cinsiyet	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hemşire	27	7,8	23	6,6	154	44,5	103	29,8	39	11,3	346	100
Hekim	6	7,0	13	15,1	13	15,1	21	24,4	16	18,6	86	100
Toplam	33	7,6	36	8,3	36	8,3	124	28,7	55	12,7	432	100

“Kurumum bildirimini yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekler” ifadesine lise, ön lisans, lisans, lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Tablo 24’e bakıldığında Eğitim düzeyi lisan üstü olan katılımcıların %26,4’ünün kesinlikle katılıyorum,%24,2’sinin katılıyorum, eğitim düzeyi ön lisans olan katılımcıların %11,0’ının kesinlikle katılmıyorum, %5,5’inin katılmıyorum ifadesini kullandıkları görülmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde eğitim durumu lisansüstü olan katılımcıların içinde katılıyorum yanıtını verenlerin oranı eğitim durumu lise, ön lisans, lisans olanların içinde katılıyorum yanıtı verenlere göre fazla bulunmuştur.

Tablo 24. “Kurumum bildirim yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmaya destekler” ifadesinin eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim durumu	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Lise	5	9,4	7	13,2	20	37,7	15	28,3	6	11,3	53	100
Ön lisans	8	11,0	4	5,5	35	47,9	22	30,1	4	5,5	73	100
Lisans	15	6,7	13	5,8	102	45,7	67	30,0	26	11,7	223	100
Lisans üstü	5	5,5	13	14,3	27	29,7	22	24,2	24	26,4	91	100
Toplam	33	7,5	37	8,4	184	41,8	126	28,6	60	13,6	440	100

Anket sorularına verilen yanıtlarda göreve göre (hemşire, asistan hekim, uzman hekim, eğitim görevlisi, yönetici) katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

“Kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır” ifadesine toplam çalışma yılı 1yıldan az, 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl, 21yıl ve üstü olanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Tablo 25’e bakıldığında kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır ifadesi için toplam çalışma yılı 6-10 yıl olan katılımcıların % 20,7’si kesinlikle katılmıyorum, %18,5’i katılmıyorum, toplam çalışma yılı 11-15 yıl olan katılımcıların % 15,6’sı kesinlikle katılıyorum,%17,2’si katılıyorum yanıtını verdikleri görülmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde toplam çalışma yılı 6-10 yıl olan katılımcıların “Kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır” ifadesine yüksek oranda katılmıyorum yanıtını verdiği, toplam çalışma yılı 21 yıl ve üstü olan katılımcıların yüksek oranda katılıyorum yanıtını verdikleri Tablo 20’de görülmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde toplam

çalışma yılı 6-10 yıl olan katılımcıların içinde kesinlikle katılmıyorum yanıtını verenlerin oranı toplam çalışma yılı 1yıldan az, 1-5 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl, 21yıl ve üstü olanların içinde katılmıyorum yanıtı verenlere göre fazla bulunmuştur. Ayrıca toplam çalışma yılı 21 yıl ve üstü olan katılımcıların içinde kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum yanıtını verenlerin oranı toplam çalışma yılı 1yıldan az, 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl olanların içinde kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum yanıtı verenlere göre fazla bulunmuştur.

Tablo 25. Kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır ifadesinin toplam çalışma yılına göre dağılımı

Toplam çalışma yılı	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
1 yıldan az	2	8,0	4	16,0	13	52,0	4	16,0	2	8,0	25	100
1-5 yıl	13	7,8	39	23,4	70	41,9	35	21,0	10	6,0	167	100
6-10 yıl	19	20,7	17	18,5	30	32,6	17	18,5	9	9,8	92	100
11-15 yıl	11	17,2	9	14,1	23	35,9	11	17,2	10	15,6	64	100
16-20 yıl	5	13,9	6	16,7	16	44,4	9	25,0	0	0,0	36	100
21 yıl ve üstü	3	5,4	8	14,3	20	35,7	15	26,8	10	17,9	56	100
Toplam	53	12,0	83	18,9	172	39,1	91	20,7	41	9,3	440	100

“Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek risklerde olay bildirimini yapmam için yönetim beni cesaretlendirir” ifadesine toplam çalışma yılı 1yıldan az, 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl, 21yıl ve üstü olanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Toplam çalışma yılı 1-5 yıl olan katılımcıların %18,6’sının kesinlikle katılmıyorum, %29,3’ünün katılmıyorum ifadesini kullandıkları, toplam çalışma yılı 21 yıl ve üstü olan katılımcıların %16,1’inin kesinlikle katılıyorum, %28,6’sının katılıyorum ifadesini kullandıkları görülmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde toplam çalışma yılı 1-5 yıl olan katılımcıların kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum yanıtları toplam çalışma yılı 1 yıldan az, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl, 21yıl ve üstü katılımcıların kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum yanıtlarına göre fazla bulunmuştur. Toplam çalışma yılı 1yıldan az olanların katılıyorum yanıtı 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl, 21yıl ve üstü olanların katılıyorum yanıtına göre fazla bulunmuştur.

Tablo 26. “Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek risklerde olay bildirimini yapmam için yönetim beni cesaretlendirir” ifadesinin toplam çalışma yılına göre dağılımı

Toplam çalışma yılı	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
1 yıldan az	3	12,0	2	8,0	9	36,0	11	44,0	0	0,0	25	100
1-5 yıl	31	18,6	49	29,3	50	29,9	29	17,4	8	4,8	167	100
6-10 yıl	16	17,4	16	17,4	33	35,9	19	20,7	8	8,7	92	100
11-15 yıl	11	17,2	13	20,3	20	31,3	11	17,2	9	14,1	64	100
16-20 yıl	2	5,6	9	25,0	16	44,4	8	22,2	1	2,8	36	100
21 yıl ve üstü	9	16,1	5	8,9	17	30,4	16	28,6	9	16,1	56	100
Toplam	72	16,4	94	21,4	145	33,0	94	21,4	35	8,0	440	100

5. TARTIŞMA

Hasta güvenliği kültürü oluşturma'nın temel hedeflerinden biri tıbbi hataları ortadan kaldırmaktır. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular konunun önemini büyük bir açıklıkla ortaya koymaktadır (34). Örneğin 1991 yılında "Harvard Practice Study" tarafından yapılan bir çalışma, New York Eyaleti'nde hastane başvurularının %3,7'sinde hastaya zarar veren bir hata yapıldığını ve bunların yarısından fazlasının önlenabilir olduğunu göstermiştir (35). 1999 yılında "Institute of Medicine" (IOM) yayınladığı bir rapor ise tıbbi hataların boyutunun ne kadar büyük olduğunu ortaya çıkarmıştır (36). Bu rapora göre ABD'de her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir (36). Bu noktada en önemli konulardan biri de neredeyse hataların bildirilmemesidir. Sentinel olay oluşmadan, neredeyse hataların tespit edilerek bildirilmesi düzeltici/önleyici faaliyetlerin başlatılması önem taşımaktadır.

Tıbbi hataların mortalite ve morbidite hızında artışa yol açtığı belirtilmektedir. Örneğin ABD'de tıbbi hatalar sonucu oluşan mortalite hızının, trafik kazalarına bağlı ortaya çıkan mortaliteden dört kat fazla olduğu belirlenmiştir (37). Bu sayının trafik kazaları, meme kanseri veya AIDS nedeniyle hayatını kaybeden insan sayısından daha fazla olduğu ifade edilmektedir (38). Tıbbi hatalar mali açıdan da büyük kayıplara yol açmaktadır. Bu tür hataların İngiltere'de maliyetinin yıllık altı milyar dolar, ABD'de ise 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir (39,40). Tüm bu hataların insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmada belirlenmesi, bildirim sistemlerinin kullanımı ile hataların tekrarlanmasının önlenmesi ve çözüm yollarının üretilmesi kaçınılmazdır (41).

Araştırmamıza katılan hekim ve hemşirelerin % 43,0'ı 30-39 yaş grubunda, %75,7'si kadın, % 50,7'si lisans mezunu, % 78,6'sı hemşire, % 38,0'ının toplam çalışma yılı 1-5 yıl, % 49,8'inin şu anda çalıştıkları hastanede toplam çalışma yılı 1-5 yıl olduğu görülmektedir. Lisans mezunu katılımcıların % 50,7 oranında olması, çalışmanın yapıldığı hastanedeki, hastanın bakımından sorumlu hemşirelerin büyük oranda üniversite öğrenimi görmüş hemşireler olduğunu göstermektedir.

“Kurumumda olay (tıbbi hata) bildirimini yapabileceğim bir güvenlik raporlama sistemi var” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Sonuçlar kurumda güvenlik raporlama sisteminin varlığı konusunda hemşirelerin farkındalığının hekimlere göre fazla olduğunu göstermektedir. Araştırmamıza katılanların % 79,1’i kurumda güvenlik raporlama sisteminin olduğunu, % 10,7’si kurumda güvenlik raporlama sisteminin olmadığını düşünmektedir. Katılımcıların %10,2’si kararsızım yanıtı vermişlerdir. Altındış’ in yaptığı bir araştırmada hastane içinde olay raporlama sistemi var olup olmadığı sorgulanmış ve 266 (%76) kişi olay raporlama sisteminin var olduğunu, 96 kişi (%24’ü) ise olay raporlama sisteminin yok olduğunu bildirmişlerdir (30).

Araştırmamıza katılanların % 73,0’ı kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay (tıbbi hata) bildirimini yapma konusunda olumlu bir tutum içindedir. “Kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay (tıbbi hata) bildirimini yaparım” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Sonuçlar araştırmaya katılan hemşirelerin hekimlere göre olumlu bir tutum içinde olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanların %79,6’sı bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay (tıbbi hata) bildirimini yapma konusunda olumlu bir tutum içindedir. “Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay (tıbbi hata) bildirimini yaparım” ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Sonuçlar araştırmaya katılan hemşirelerin hekimlere göre olumlu bir tutum içinde olduğunu göstermektedir. Transfüzyon hataları tıbbi hataların önemli bir sınıfını oluşturmaktadır (5,42). Yanlış transfüzyon oranları (yanlış hastaya transfüzyon) Amerika’da 14.000 üniteye bir, Birleşik Krallık ülkelerinde 18.000 üniteye bir civarındadır. Yaklaşık olarak hataların yarısı klinik alanda yani hasta başında, yaklaşık % 30’u laboratuvarında meydana gelmektedir (43).

Yapılan çalışmalar yetersiz bilgi ve becerinin, dikkatsizliğin ve çalışanlar arasında yetersiz iletişimin, transfüzyonun güvenliğini etkileyen temel faktörler olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin transfüzyon sürecinde yüksek standartta ve güvenli bakım verme sorumluluğu, hastaların da bunu bekleme hakkı vardır. Güvenli ve etkili transfüzyon uygulaması için kanıta dayalı klinik rehberlerin kullanılması önemlidir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 2011 yılında Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi'ni yayımlamıştır (44).

Araştırma sonuçları Wilson ve arkadaşları'nın yaptıkları çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Wilson ve arkadaşları (2008) 201 hemşire ve doktor üzerinde yaptıkları çalışmada olay raporlamada hemşirelerin hekimlere göre daha pozitif bir tutum ve algı içinde olduklarını bildirmektedir (45). Rogers ve arkadaşlarının (1988) elektronik posta yoluyla yaptıkları çalışmaya yaklaşık 3000 hekim katılmış, raporlama olayının zahmetli olduğunu belirtmişlerdir (46). Hekimlerin raporlama olayının zahmetli olduğunu belirtmeleri, tıbbi hata başlığı altında vurgulanan Leape'nin tanımladığı hata düzeylerinden kural temelli (Rule-Based) ve bilgi temelli (Knowledge-Based) hata düzeyleri içinde değerlendirilebilir. Coyle ve arkadaşları ise olay raporlama konusundaki temel engellerin zaman yetersizliği, ilave kâğıt işi, kişisel itibar ve kariyer endişesi olduğunu vurgulamaktadır (47).

Sağlık çalışanlarının özellikle hekimlerin tıbbi hataları raporlama konusunda isteksiz davranmaları bildirim sistemlerinin istendik düzeyde sonuç vermediğini göstermektedir (48)

"Kurumum bildirim yapılan olaylardan (tıbbi hatalardan) hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekler" ifadesine olumlu bir yaklaşım içinde olanlarla (katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum oranı toplamı %42,2) kararsız bir yaklaşım içinde olanların oranının (%41,8) birbirine yakın olması dikkat çekicidir. Analiz sonuçlarına göre "Kurumum bildirim yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekler" ifadesine hemşire ve hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin %14,4 ünün, hekimlerin %22,1'inin olumsuz yaklaşım içinde, hemşirelerin %44,5 inin, hekimlerin %15,1'inin kararsız yaklaşım içinde, hemşirelerin %41,1'inin, hekimlerin %43,0'ının olumlu yaklaşım içinde olduğu görülmektedir. Hemşirelerin hekimlere göre yüksek oranda kararsızım yanıtı verdikleri görülmektedir. Kararsızım yanıtı verenlerin oranının yüksek olması bu konuda eksiklerin olduğunu ve üzerinde çalışılması gerektiğini düşündürmektedir.

Aynı ifade için eğitim durumu lise, ön lisans, lisans, lisansüstü olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında da anlamlı fark vardır. Eğitim durumu lisansüstü olan katılımcıların içinde "Kurumum bildirim yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü

oluşturmayı destekler” ifadesine katılıyorum yanıtını verenlerin oranı eğitim durumu lise, ön lisans, lisans olanların içinde katılıyorum yanıtı verenlere göre fazla bulunmuştur. Güvenlik kültürü geliştirilmesi için liderlerin görevi hasta güvenliği konusunda açık iletişim sağlamayı, bu konuda çalışanları eğitmeyi, tehlike ve riskleri tanıma ve düzeltme konusunda çalışanlara yetki vermeyi, hasta güvenliğini herkesin sorumluluğu olarak görmeyi ve hasta güvenliği için yeteri kadar kaynak ayırmayı kapsamaktadır (49).

Araştırmaya katılanların %54,8’i hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yapma konusunda olumlu, %20,7’si olumsuz, %24,5’i de kararsız bir tutum içindedir. Araştırmamızın karşılaştırmalı analiz sonuçları incelendiğinde “Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay (tıbbi hata) bildirimini yaparım” ifadesine erkeklerden katılıyorum yanıtı verenlerin oranı kadınlardan katılıyorum yanıtı verenlere göre fazla bulunmuştur. Yanıtlar yanlış ilaç istemini bildirmedi erkeklerin kadınlara göre daha duyarlı olduğunu göstermektedir. Bol’un (2012) 312 hemşire ile yaptığı araştırmasında ilacın hastaya verilmesine rağmen isteminin olmaması hatası %74,2 oranında yüksek bulunmuştur. Özellikle bu durumun diğer hata oranlarına göre sık sık meydana geldiğini ifade etmeleri (%11,1) bu hatanın diğer hatalara göre oldukça yaygın olarak meydana geldiğini göstermektedir. Bu yanıtlar sağlık bakım sisteminde ekip çalışmasında iletişim eksikliğinin olduğunu, sözel istem uygulamasının kayıtlarının tutulmadığını, bu hatanın oluşmasında hekimlerin de etkisinin büyük olduğunu göstermektedir (19)

“Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay (tıbbi hata) bildirimini yaparım” ifadesine kadınlardan katılıyorum yanıtı verenlerin oranı erkeklerden katılıyorum yanıtı verenlere göre fazla bulunmuştur. Yanıtlar yanlış ilaç uygulamasını bildirmedi kadınların erkeklere göre daha duyarlı olduğunu göstermektedir. Yine Bol’un (2012) yaptığı araştırmada ilaç hatasına yol açan durumların (yanlış yol, yanlış zaman, yanlış hasta, yanlış doz, yanlış ilaç, istemden vazgeçilmiş olmasına rağmen ilacın verilmesi) oldukça yüksek oranda (%50 ve üstü) meydana geldiği hemşireler tarafından ifade edilmiştir (19).

İngiltere’de 2001 yılında ilaç uygulama hatalarından yaklaşık 1200 kişinin öldüğü bu durumun son on yıl içinde %50 oranında artış gösterdiği kaydedilmiştir (50).

Barker ve ark. ABD'deki 36 hastanede yaptıkları araştırmada en sık görülen ilaç uygulama hatalarının "ilacın yanlış zamanda uygulanması" "ilacın atlanması uygulanmaması", "ilacın yanlış dozda uygulanması" ve "order edilmeyen ilacın uygulanması" olduğunu tespit etmiştir (51)

Mayo ve Duncan 2004 yılında "hemşirelerin ilaç hatalarına bakışı" isimli çalışmalarında 983 hemşirenin % 46,5'inin ilaç hatası yaptığını tespit etmişlerdir (52). Yılmaz (2009) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin %20,8'i ilaç uygulama hatası yaptıklarını ifade etmişlerdir. Yılmaz'ın (2009) çalışmasında da hemşirelerin %48,9'u hata yaptıklarında diğer çalışanların kendilerini yetersiz olarak algıladıklarını düşünmektedir. Ayrıca hemşirelerin %25'i de kendi meslektaşlarının da kendilerini yetersiz olarak göreceğinden korkmaktadırlar (53).

Yapılan çalışmaların sonuçları ilaç güvenliği yanlış ilaç uygulamaları konusunda olay (tıbbi hata) bildirimlerini artırmak için çalışmaların hızlandırılması gerektiğini düşündürmektedir.

"Olay (tıbbi hata) bildirimini yaparken olay bildirim formuna olay yeri yazılmalıdır" ifadesine kadınlardan katılıyorum yanıtı verenlerin oranı erkeklerden katılıyorum yanıtı verenlere göre fazla bulunmuştur.

"Kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır" ifadesine kararsızım yanıtı verenlerin oranı %39,1, katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %20,7, katılmıyorum yanıtı verenlerin oranı %18,9 bulunmuştur. Kararsızım yanıtı verenlerin oranının yüksek olması dikkat çekicidir. Sonuçlar bu konuda eksikler olduğunu ve çalışma yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Aynı ifade için toplam çalışma yılı 6-10 yıl olan katılımcıların içinde kesinlikle katılmıyorum yanıtını verenlerin oranı toplam çalışma yılı 1yıldan az, 1-5 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl, 21yıl ve üstü olanların içinde katılmıyorum yanıtı verenlere göre fazla bulunmuştur. Ayrıca toplam çalışma yılı 21 yıl ve üstü olan katılımcıların içinde kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum yanıtını verenlerin oranı toplam çalışma yılı 1yıldan az, 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl olanların içinde kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum yanıtı verenlere göre fazla bulunmuştur.

"Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek risklerde olay (tıbbi hata) bildirimini yapmam için yönetim beni cesaretlendirir" ifadesine kararsızım yanıtı verenlerin oranı

%33,0, katılmıyorum yanıtı verenlerin oranı %21,4, katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %21,4, bulunmuştur. Kararsızım yanıtı verenlerin oranının yüksek olması dikkat çekicidir. Sonuçlar bu konuda eksikler olduğunu ve çalışma yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Aynı ifade için toplam çalışma yılı 1-5 yıl olan katılımcıların kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum yanıtları toplam çalışma yılı 1 yıldan az, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl, 21yıl ve üstü katılımcıların kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum yanıtlarına göre fazla bulunmuştur. Toplam çalışma yılı 1yıldan az olanların katılıyorum yanıtı 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl, 21yıl ve üstü olanların katılıyorum yanıtına göre fazla bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri sunumunda görev yapan hekimler tanı koyma ve tedavi süreçleri içinde, hemşireler hasta bakım süreçleri içinde çeşitli nedenlerle tıbbi hata riski ile karşı karşıyadırlar. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için tıbbi hata risklerini en aza indirecek stratejiler belirlenmeli, çalışmalar bu yönde hız kazanmalıdır.

DSÖ Ekim 2007'de Cenevre'de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl Dünya'da tahminen 10 milyon insanın önlenabilir tıbbi uygulamalar sebebiyle sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur (54).

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki tıbbi hataların büyük bir kısmını önlenabilir tıbbi hatalar oluşturmaktadır. Bu doğrultuda tıbbi hata konusu ve tıbbi hata bildirimini sağlayan güvenlik raporlama sistemi kurumlarda yapılan periyodik hizmet içi eğitim planlarına eklenmelidir. Tıbbi hata konusu ile ilgili kavramlar başlığı altında tanımlandığı gibi olay, sentinel olay, istenmeyen olay, hata, neredeyse hata, geçici zarar, advers olayların tıbbi hata konu başlığı kapsamında çalışanlara anlatılması çalışanların tıbbi hatayı tanımaları, farkına varmaları ve bildirim yapmalarında fayda sağlayacaktır. Kurumlarda etkin eğitim programları oluşturularak sağlık çalışanlarında tıbbi hata ve güvenlik raporlama sistemi ile ilgili farkındalık oluşturulmalıdır. Farkındalığın oluşturulması, güvenlik kültürünün önemli bir yapıtaşı olacaktır.

Sonuçlar araştırmaya katılanların %79,1'inin kurumda güvenlik raporlama sisteminin varlığının farkında olduğunu, %20,9'unun güvenlik raporlama sisteminin varlığının farkında olmadığını göstermektedir. Verilen yanıtlar hemşirelerin hekimlere göre bu konuda farkındalıklarının yüksek olduğunu yansıtmaktadır. Bu noktada eksikliği gidermek için tüm çalışanlara ulaşmayı hedefleyen bir eğitim planlanarak uygulamaya geçirilebilir.

Araştırmamıza katılan erkek nüfusun çoğunluğunu oluşturan hekimlerin ilaç istemi ile ilgili hatalarda duyarlı davrandıkları ancak uygulama ve sonuçlarıyla ilgilenmedikleri görülmüştür. Her ne kadar ilaç istem sürecinde oluşacak hatalarla ilgili duyarlı davranışlar da uygulama aşamasında tedavinin hasta lehine başarıyla gerçekleşmesi noktasında hekimlerin de sürece katılımını sağlamak gerekir. Bunun için iş akışlarının doğruluğunu kontrol etmek (cross check) önemlidir.

Sonuçlar araştırmamıza katılan kadın nüfusun çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin ilaç uygulaması ile ilgili hatalarda erkeklere göre daha duyarlı ve bu alanda iyileştirmeye açık olduklarını düşündürmektedir. Hasta güvenliğini sağlamak için ilaç uygulama süreçlerini tam ve doğru tanımlamak gerekmektedir. Meslek gruplarına özgü eğitimler verilirken sürecin başladığı ve bittiği noktalar net bir şekilde tanımlanmalı ve süreç takibi yapılması gerektiği anlatılmalıdır.

"Güvenli cerrahi uygulaması kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimini yaparım" ifadesine araştırmaya katılanların yarısı katılıyorum yanıtı vermiş olsa da katılımcıların üçte birinin kararsız olması bu konuda eksikler olduğunu, cerrahi güvenliği sağlamada önemli bir kontrol adımı olan güvenli cerrahi kontrol listesinin doldurulması hususunda çalışanların farkındalıklarının artırılmasının gerekliliğini göstermektedir.

Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların -kararsız tutum içinde olanlar da düşünüldüğünde- hasta güvenliği ile ilgili olay bildirdiklerinde suçlanacakları korkusunu yaşadıkları söylenebilir. Oysaki olay bildirimini teşvik eden en önemli unsurun suçlayıcı olmayan bir yaklaşım olduğu açıktır. Bu doğrultuda çalışanları olay bildirimini yapmak için teşvik eden, bildirimlerin birer öğrenme aracı olarak kullanıldığı yaklaşımlar geliştirmek gerekmektedir.

“Olay bildirimini yaptığımda yönetim tarafından suçlanmayacağımı bilsem olay bildirimini yaparım” ifadesine -kararsız tutum içinde olanlar da düşünüldüğünde- olumsuz yanıt verenlerin oranının fazla olduğu görülmektedir. Kurumda hasta güvenliği kültürü oluşturma noktasında iyi kurgulanmış, çalışanların kendilerini güvende hissettikleri bir güvenlik raporlama sistemi ile çalışanların sahip olduğu suçlanma algısını değiştirmek hedeflenebilir.

“Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek risklerde olay bildirimini yapmam için yönetim beni cesaretlendirir” ifadesine olumsuz yanıt verenlerle kararsızım yanıt verenlerin oranı yüksek bulunmuştur. Hasta güvenliğini sağlamada önlenabilir risklerin tespit edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması hususunda çalışanların olay bildirimini yapmaya teşvik edilmesi gerekmektedir. Olay bildirimini yapıldıktan sonraki süreçte hasta güvenliği komite üyelerinin olayın kök-nedenini bulmaya yönelik kök-neden analizi çalışmasını konuyla ilgili çalışanlarla birlikte yürütmesinin çalışanların bildirim yapma cesaretini artıracığı düşünülmektedir. Kurum yöneticilerinin bu hususta eksikleri fark edip çalışanları cesaretlendirmeye yönelik bir tutum sergilemesi büyük önem taşımaktadır.

“Kurumumda bildirilen olaylarla ilgili olayın tekrarlanmaması için kök-neden analizi yapıldığını düşünüyorum” ifadesine kararsızım yanıt verenlerin oranının yüksek bulunması dikkat çekicidir. Sağlık Bakanlığı kalite çalışmaları kapsamında tıbbi hataların oluşmasının asıl, gerçek nedenini ortaya koymaya yönelik yapılan kök-neden analizi çalışması hasta güvenliği komite üyelerinin sorumluluğunda yürütülmektedir. Hasta güvenliği komite üyeleri bildirim yapılan birimdeki çalışanlarla görüşerek birim çalışanlarını olayın çözüm sürecine katarak olayın kök-nedenine kısa sürede ulaşmayı hedeflemelidir. Çalışanların çözüm sürecine katılmasının olay bildirimlerini artıracığı, tıbbi hatalarda kök-nedene ulaşmayı kolaylaştıracığı ve bu konuda gerekli düzeltici-önleyici ve iyileştirici faaliyetlerin kısa sürede alınmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

“Kurumumda hasta güvenliğini tehdit eden konularla ilgili olaylar zamanında raporlandığında birimlere ödüllendirme programı uygulanır” ifadesine çalışanların yüksek oranda katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum ve kararsızım yanıtlarını verdikleri görülmüştür. Ödüllendirme çalışanların olay bildirimini yaparak güvenlik raporlama

sistemini kullanmalarını sağlayacak önemli unsurlardan biridir. Bu konu üzerinde çalışılıp bir ödüllendirme programı oluşturularak uygulamaya geçilmesinin olay bildirimlerini artırabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonuçları kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay bildirimini yapma ve bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yapma konularında hemşirelerin hekimlere göre daha duyarlı olduklarını göstermektedir. Kurumda hasta güvenliği kültürü oluşturmada transfüzyon sürecini tam ve doğru tanımlamak gerekmektedir. Meslek gruplarına özgü eğitimler verilirken sürecin başladığı ve bittiği noktalar net bir şekilde tanımlanmalı ve süreç takibi yapılması gerektiği anlatılmalıdır.

“Olay bildirimini yaparken olay bildirim formuna olay yeri yazılmalıdır” ifadesine kadınlar erkeklere göre fazla oranda katılıyorum yanıtı vermişlerdir. Bu konuda kadınların erkeklere göre daha duyarlı olduğu sonucu çıkarılabilir. Olay bildirim formuna olay yeri yazılmasının birim bazlı ödüllendirme programı uygulanmasını da kolaylaştıracağı düşünülmelidir.

Sonuçlara bakıldığında “Kurumum bildirim yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekler” ifadesine hemşirelerin hekimlere göre daha olumlu bir yaklaşım içinde olduğu görülmektedir. Aynı ifadeye eğitim durumu lisansüstü olan katılımcılar eğitim durumu lise, ön lisans, lisans olanlara göre daha olumlu yaklaşım göstermişlerdir. Kültür oluşturmada çalışanlar arasındaki algı farkının ortadan kalkması için eğitimlerin çalışanların meslek grubu ve eğitim durumu göz önünde bulundurularak planlanması, etkin eğitimler yapılarak eğitimin her çalışana ulaşmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

“Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek risklerde olay bildirimini yapmam için yönetim beni cesaretlendirir” ifadesine toplam çalışma yılı 1 yıldan az olan çalışanların diğer gruplara göre olumlu bir yaklaşım göstermeleri meslek hayatlarına yeni başlayanların yönetime karşı güven duygusu ile işe başladıklarını göstermektedir.

Sonuç olarak meslek grubu ayırmaksızın kurumda çalışanların tümüne güvenlik raporlama sistemi konusunda eğitim verilmesi gerekmektedir. Çalışanların tümüne ulaşmak için birim bazlı eğitimler verilebilir. Eğitimler yılda en az bir defa olmak üzere kurumda çalışan personelin profiline ve personel değişimine göre kurumun

belirleyeceği aralıklarla Kalite Yönetim Direktörü tarafından verilmelidir. Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği ön test-son test, öz değerlendirmeler, gözlemler, kişilerle ve bölüm sorumluları ile yapılan görüşmeler ya da anket gibi yöntemler kullanılarak değerlendirilmelidir. Ayrıca kurumda süreçlerin doğru ve net bir şekilde tanımlanması, tanımlanan süreçlerin takip edilmesi, bildirim yapılırken süreçlerin başladığı ve bittiği noktaların göz önünde bulundurularak bildirim yapılması büyük önem taşımaktadır. Süreç yönetiminde sürecin başından sonuna kadar görev alacak tüm personel yöneticiler tarafından eğitim durumu, becerileri, yaşı, hobileri açısından değerlendirilmeli, süreç sahipleri belirlenmelidir. Süreç sahipleri, sürece her zaman sahip çıkacak, geliştirmeler-iyileştirmelerde kalite yönetimine destek olacak, yardımcı olacak kişilerden seçilmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. Güvenli cerrahi uygulamaları kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesinin etkin kullanımı ve eksiksiz doldurulması ameliyathanelerde oluşabilecek önlenabilir hataların büyük oranda önüne geçmiş olacak, önemli bir kontrol mekanizması oluşturacaktır. Çalışanlarda oluşan suçlanma korkusu çalışanların tıbbi hata bildirim noktasında güvenlik raporlama sistemine katılımını önemli ölçüde düşürmektedir. Yönetimin bu konudaki yaklaşımı kurumda oluşturulacak kurum kültürü (suç-suçlanma kültürü ya da hasta güvenliği kültürü) noktasında önem arz etmektedir. Yönetimin çalışanları bildirim yapma konusunda cesaretlendiren, teşvik eden, olumlu bir yaklaşım sergilemesi güvenlik raporlama sistemine katılımı artıracaktır. Diğer yönden bildirim yapılan olayların doğru analiz edilmesi, yapılan analizlerin kurumda hasta güvenliği oluşturmaya yönelik çalışmalarda kullanılması gerekmektedir. Bildirimi yapılan olayların analiz sonuçlarının çalışanlarla paylaşılması, geribildirim verilmesi de güvenlik raporlama sistemine katılımı artıracaktır.

Leaple'nin hata düzey sınıflandırması göz önünde bulundurulduğunda kurumlarda sağlık çalışanlarının olay bildirim yapmaktan kaçınmaları, hekimlerin güvenlik raporlamayı zahmetli görmeleri raporlamayı bir kalite gerekliliği olarak değerlendirdiklerini ortaya koymaktadır. Oysa raporlamanın kalite gerekliliğinden önce mesleki bir gereklilik olduğu unutulmamalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğü. 10.Baskı. Ankara:4. Akşam Sanat Okulu Matbaası ISBN979871600707; 2005.s.817
2. Aspden P, Corrigan J, editors. Patient safety: achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press;2004
3. Kohn LT, Corrigan JM, editors. To err is human: building a safer health system. A report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000
4. Kılıç H.S, Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri Ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri, Gazi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, 2009.
5. Seven steps to patient safety,the full reference guide, second print August 2004
6. Tak B, Sağlık hizmetlerinde kalitenin ana unsuru olarak hasta güvenliği sistemlerinin oluşturulması: hastaneler için bir yol haritası önerisi, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2010 sayı:1, s: 72-113 Ocak
7. Giles vd., 2006,108-9; Lawrence ve Gill, 2007, 721; Walsh ve Jiju, 2007b, 312-3
8. World Health Organization. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From information to action, 2005
9. Hindle vd., 2005, 20-2 Beasley vd., 2004, 56; Neuspiel, 2008
11. Çakmakçı M., Akalın H.E., Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, 2010
12. Reason James (1990), Human Error, Cambridge University Press, Cambridge
13. Özgönül M. L., Türkiye’de tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata kavramı, Ankara Üniversitesi Doktora Tezi, 2010, s:3
14. Brennan T., Leape L., Laird N., Hebert L., Localio A., Lawthers A. (1991). Incidence of adverse event and negligence in hospitalized patients. Result of the Harward medical practice study I. N. Engl. J. Med, 324: 370-6
15. Leape L.L., Error in medicine, JAMA, 1994, 272:1851-1857

16. World Health Organization. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: World alliance for patient safety, 2005 s:7-58
17. Institute of Medicine. Preventing medication errors. Washington, DC: The National Academies Press, 2007
18. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG ve ark. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. The New England Journal of Medicine, 1991, Vol. 324 No. 6 s:377-38419.
19. Bol P., ilaç uygulama hataları ve hataların raporlanmasına ilişkin hemşirelerin tutumlarının incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012
20. Lewinson DR, Adverse Events In Hospitals: Case Study Of Incidence Among Medicare Beneficiaries In Two Selected Counties 2008, s: 1-74
21. Glencross J I, Bates T, Thompson R, Shaw J M, Letts M, Dickinson D, Aylin P, Bottle A, Tanna S, Jarman B, Advers events Reporting in English Hospital Statitics, British Medical Journal, vol. 329, no.7470, October 2004, s. 856- 857
22. Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice. Work&stress 1998; 12 (3): 293-306
23. Vincent C, Adams S, Stanhope N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. BMJ 1998; 316(7138) : 1154-7
24. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272 : 1851-7
25. Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J, Cohen H, Cohen M. Responses and concerns of health care providers to medication errors. Clin Nurs Spec 2000; 14 (6) : 278-89
26. Serembus JF, Wolf ZR, Youngblood N. Consequences of fatal medication errors for health care providers: a secondary analysis study. MEDSURG Nurs 2001; 10 (4) : 193-201
27. Kennedy A, Littenberg B, Senders J. Using, 2008.
28. Tighe C, Woloshynowych M, Brown R, Wears B, Vincent Charles, 2006
29. Reason J., Achieving a Safe Culture: Theory and Practice, Work& Stress, 1998, vol.12, no.3, s.293-306
30. Altındış S., Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2010 sayı:1, s: 17-32

31. Mikkelsen, T. H., Sokolowski, I., Olesen, F., (2006). General Practitioners' Attitudes toward Reporting and Learning From Adverse Events: Results from a Survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Vol. 24, No. 1, Pages 27-32.
32. Berger, L.B., ve Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality*. Penguin Books.
34. Kumar S, Chaudhary S. Medical errors and consequent adverse events in critically ill surgical patients in a tertiary care teaching hospital in Delhi, *Journal of Emergencies Trauma, and Shock*, 2009;2(2):80-84
35. Jeffrey M, Rothschild MD, Frank A, et al. Analysis of medication-related malpractice claims, *arch intern med*, 2002;162:2414-2420
37. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA ve ark. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implications for prevention..*Journal of the American Medical Association*, 1995;274 s:29-34
38. Clancy CM, Farquhar MB, Sharp BA. Patient safety in nursing practice. *J Nurs Care Qual* 2005; 20 (3) : 193-7.
39. Slonim AD, LaFleur BJ, Wendy A, Joseph JG. Hospital-Reported Medical Errors in Children, *Official Journal of The American Academy Of Pediatrics*, 2003;111:617-621
40. Özata M., Altunkan H., Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010, 8(2):100-111
41. Akgün S., Al-Assaf A.F., Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünü nasıl oluşturabiliriz?, *Sağlık düşüncesi ve tıp kültürü platformu dergisi*, 2007
42. Walter H. Dzik, Howard Corwin, Lawrence Tom Goodnough, Martha Higgins, Harold Kaplan, Michael Murphy, Paul Ness, Ira A. Shulman, and Roslyn Yomtovian-Transfusion Medicine Reviews, Patient safety and blood transfusion: New solutions, vol 17, No 3, July 2003, p: 169-180
43. Sazama K. Reports of transfusion-associated deaths: 1976 through 1985. *Transfusion* 1990; 30: 583-90)

44. Çavuşoğlu H., Güneş N.B., Pars H., Kan ürünleri ve güvenli kan transfüzyonu, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2015;7(1):49-57.
45. Wilson,B., Bekker, H.L., Fylan, F. (2008). Reporting Of Clinical Adverse Events Scale: A Measure of Doctor and Nurse Attitudes to Adverse Event Reporting. Qual Saf Health Care 2008; 17:364-367.
46. Rogers, A. S., Israel, E., Smith, C.R., Levine, D., Mcbean, A.M., Valente, C., Faich, G.,(1988). Physician Knowledge, Attitudes, and Behavior Related to Reporting Adverse Drug Events. Arch Intern Med. 1988; 148(7):1596-1600.
47. Coyle, Y. M. ,S Q Mercer, S.Q., Murphy-Cullen, C.L., Schneider, G.W., Hynan, L.S. (2005). Effectiveness of a Graduate Medical Education Program for Improving Medical Event Reporting Attitude and Behavior. Qual Saf Health Care 2005; 14:383-388.
48. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a health care system. Qual Saf Health Care 2002;11 s:15-8.
49. Pronovost, P.J., Weast, B., Holzmüller, C.G., Rosenstein, B.J., Kidwell, R.P., Haller, K.B. et al. (2003) Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. Quality and Safety in Health Care;12: 405-410
50. Acaroğlu R, Aşti T., İlaç Hatalarının Önlenmesinde Strateji Belirleme. Ulusal Cerrahi Kongresi (Kongre Kitabı), İzmir 1998, 28-30 Mayıs, 30-32
51. Barker, K.N., Flynn, E.A., Pepper, G.A., Bates DW, Mikeal, R.L., Medication Errors Observed İn 36 Health Care Facilities. Arch Intern Med., 2002 162-164
52. Mayo AM, Duncan D. Nurse Perceptions of Medication Errors. What We Need to Know for Patient Safety. Journal of Nursing Care Quality 2004;19(3):209-17)
53. Yılmaz A. Hemşirelerin ilaç hataları bildirim önündeki engellere ilişkin algıları. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora tezi. 2009 s: 90-253
54. Filiz, E., Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi, Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Konya

Kaynak olarak web sitesi

10. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?page=243&lang=tr> (Erişim tarihi: 28.04.2015)
33. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/sks_hastane_versiyon_5_08.07.2015.pdf (erişim tarihi:03.07.2015)
36. <http://www.md-jd.info/abstract/Institute-ofMedicine-Report.html>, (Erişim tarihi: 12.06.2015)

EK 1 - ANKET FORMU

Değerli Katılımcı

Güvenlik raporlama sistemi hastaya zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların bildirimini ve değerlendirilmesini kapsamaktadır. Sistem bildirim yapılan olayların tekrarlanmasını engellemeyi ve bu olaylardan ders çıkarmayı hedeflemektedir. Bunun yanı sıra sağlık kurumlarında raporlama kültürü ve öğrenme süreci oluşturmayı ve çözüm yolları geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Güvenlik raporlama sistemi kapsamında bildirilen olaylar hasta güvenliğini oluşturmada önemli araçlardan biridir. Bu bildirimler hasta güvenliğini tehdit eden durumları önlemeye yönelik iyileştirme çalışmalarının temelini oluşturmaktadır. Güvenlik raporlama sisteminde bildiri yapacak olan çalışanların yeri şüphesiz ki çok önemlidir. Bu doğrultuda güvenlik raporlama sistemini inceleyeceğim tez çalışmamda kullanacağım anket sorularını içtenlikle cevaplayacağınıza inanıyorum. Katınız için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

İlkay YILDIZ
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Ana Bilim Dalı

Sizden istenen soruların yanıtları için ayrılan boşluklara katılım düzeyinizi işaretlemenizdir.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Kurumumda olay bildirimini yapabileceğim bir güvenlik raporlama sistemi var.	①	②	③	④	⑤
2.	Kan/kan ürünü istemi uygun yapılmadığında olay bildirimini yaparım.	①	②	③	④	⑤
3.	Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yaparım.	①	②	③	④	⑤
4.	Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yaparım.	①	②	③	④	⑤
5.	Eczaneden hastaya doğru ilaç gelmediğinde olay bildirimini yaparım.	①	②	③	④	⑤
6.	Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yaparım.	①	②	③	④	⑤
7.	Güvenli cerrahi uygulaması kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimini yaparım.	①	②	③	④	⑤
8.	Hasta güvenliği ile ilgili konularda olay bildirimini yaptığımda yönetim tarafından suçlanacağımı düşünürüm.	①	②	③	④	⑤
9.	Olay bildirimini yaptığımda yönetim tarafından suçlanmayacağımı bilsem olay bildirimini yaparım.	①	②	③	④	⑤
10.	Kurumumda yönetim tarafından önerilerim dikkate alınır.	①	②	③	④	⑤
11.	Kurumumda hasta güvenliğini tehdit eden konularla ilgili olaylar zamanında raporlandığında birimlere ödüllendirme programı uygulanır.	①	②	③	④	⑤
12.	Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek risklerde olay bildirimini yapmam için yönetim beni cesaretlendirir.	①	②	③	④	⑤
13.	Olay bildirimini yaparken olay bildirim formuna olay yeri yazılmalıdır.	①	②	③	④	⑤
14.	Kurumumda bildirilen olaylarla ilgili olayın tekrarlanmaması için kök-neden analizi yapıldığını düşünüyorum.	①	②	③	④	⑤
15.	Kurumum bildirim yapılan olaylardan hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekler.	①	②	③	④	⑤

Arka sayfaya geçiniz



DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

16.Yaşınız:

- a. 20-29 b. 30-39 c. 40-49 d. 50-59 e. 60 ve üstü

17.Cinsiyetiniz:

- a. Kadın b. Erkek

18.Eğitim durumunuz:

- a. Lise b. Ön lisans c. Lisans d. Lisans üstü

19.Göreviniz:

- a. Hemşire b. Asistan hekim c. Uzman hekim d. Eğitim görevlisi e. Yönetici

20. Toplam çalışma yılınız?

- a. 1 yıldan az b. 1-5 yıl c. 6-10 yıl d. 11-15 yıl e. 16-20 yıl f. 21 yıl ve üstü

21.Şu an çalıştığınız hastanede toplam çalışma yılınız:

- a. 1 yıldan az b. 1-5 yıl c. 6-10 yıl d. 11-15 yıl e.16-20 yıl f. 21 yıl ve üstü

YORUM:

EK 2 – KURUM İZNİ

Özke
m
2



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZMİR İLİ KUZEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ
KUZEY BÖLGESİ KHBGS EĞİTİM HİZMETLERİ
BİRİMİ
09.02.2015 16:55 - 67938315 / 799 - 3243



Sayı : 67938315/799
Konu : İlkyay YILDIZ'ın Araştırma İzni

TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİ'NE

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Öğrencisi İlkyay YILDIZ'ın, Prof. Dr. Hüseyin BASKIN danışmanlığında, "Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" konulu anket çalışmasını, Hastanenizde görev yapan Hekim ve Hemşirelere uygulaması hakkındaki Makam Oluru ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Dr. Namık Kemal KUBAT
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: Makam Oluru (1 adet)
Yazı örneği (9 adet)



Sümer Mah. 452 Sok. No:2 35260 Konak/İZMİR
A tılı bilgi için: burcu.izci@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7cef85d2-bdf6-47d7-9a04-8d037a5b06dc kodu ile erişebilirsiniz.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

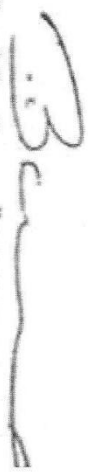
Konu: Karar hk.
Sayı: 67

23.01.2015

Sayın Prof.Dr.Hüseyin BASKIN,

Kurulunuz tarafından 22.01.2015 tarih ve 1860-GOA protokol numaralı 2015/02-32 karar numarası ile görüşülen "Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerişkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/02-32	Tarih: 22.01.2015
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN'ın sorumlusu olduğu "Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" 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 ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	

EK 4 – BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi İlkay Yıldız tarafından yürütülen "Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. **Araştırmanın Amacı:** Hekim ve hemşirelerin güvenlik raporlama sistemine katılımlarının ölçülmesi, Yönetim davranışının çalışanlardaki algısının ölçülmesi
- b. **Araştırmanın İçeriği:** Sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında hastanelerde yaşanan tıbbi hataların çalışanlar tarafından bildirilmesi, kalite yönetim birimi tarafından takip edilmesi ve hasta güvenliği komitesi tarafından kök-neden analizi yapılarak değerlendirilmesi ve olayın sonuçlandırılması süreci güvenlik raporlama sistemini oluşturur. Bu doğrultuda önlenabilir hataların tespit edilmesi ve oluşan hataların tekrarlanmasını engellemek için olayların güvenlik raporlama sisteminde raporlanması gerekmektedir. Dolayısı ile bir tıbbi hata oluştuğunda çalışanların öngörülen ya da oluşan hataları bildirmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmada çalışanların güvenlik raporlama sistemi algıları, güvenlik raporlama sistemine katılımları ve yönetim davranışının çalışanlardaki algısı incelenecektir.
- c. **Araştırmanın Nedeni:** ☐ Bilimsel araştırma ☒ Tez çalışması
- d. **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 15 Ocak 2015 (Anket uygulaması ve veri kaydı) - 31 Ekim 2015 (Yüksek Lisans Tez teslimi)

e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 500

f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....
İmzası:.....

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....
İmzası:.....

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....
İmzası:.....

ÖZGEÇMİŞ

İLKAY YILDIZ

TC Kimlik No / Pasaport No:	25939877752
Doğum Yılı:	1980
Yazışma Adresi:	Tersane Mah. 1664 sk. No: 2 D: 4 Karşıyaka/İzmir
Telefon:	0532 7712060
e-posta:	ilkay.yildiz@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TR	Anadolu Üniversitesi	İşletme Fakültesi	İşletme	Lisans	2011

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Tepecik E.A.H.	TR	İzmir	Kalite Yönetim Birimi	Kalite Birim Çalışanı	2011-
Tepecik E.A.H.	TR	İzmir	Kan Bankası	Hemşire	2010-2011
Tepecik E.A.H.	TR	İzmir	Başhemşirelik	Başhemşire Yrd.	2006-2010
Tepecik E.A.H.	TR	İzmir	Çocuk Kliniği	Hemşire	2001-2006

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/sorumluluk/olay/üyelik vb.)

- 21-23 Ekim 2003, İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Türkiye Milli Pediatri Derneği ve Türkiye Milli Pediatri Derneği İstanbul Şubesi ve Çocuk Hemşireliği Derneği' nin katkılarıyla düzenlenen 3. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi Katılımı
- 19- 20 Mart 2009, Ege Geriatri Derneği' nin düzenlediği İzmir 2. İleri Yaş Sempozyumu Katılımı
- 24-28 Kasım 2010, Sağlık Bakanlığı, Türk Kan Vakfı ile Türkiye Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği tarafından düzenlenen 3. Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbı Kongresi Katılımı
- 21.02.2011- 22.04.2011 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde Kan Bankacılığı ve Transfüzyon Tıbbı Eğitim Programı ve Sertifikası
- 24-26 Kasım 2011, "Klinik Kalite ve Güvenlik" ana temalı 3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Katılımı
- 02-06 Nisan 2012, "3. Hizmet Kalite Standartları Okulu Eğitimi"
- TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi
- TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi İç Tetkik Eğitimi
- TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Dokümantasyon Eğitimi
- TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Proseslerin Yönetimi, Etkileşimi ve İyileştirme Teknikleri Eğitimi

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Klinik Araştırma- "Tekrarlayan Hastane Yatışlarında Sosyoekonomik Faktörlerin Rolü"
Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi Cilt 13, sayı 2 /2003, ss. 97-100