

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARAŞTIRMASI İSKENDERUN DEVLET HASTANESİ

Mehmet GÜRSEL¹, Mehmet TEMİR², Fatma YAPICI³, Emel Özden KURT⁴

Özet

Bu çalışma İskenderun Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarını ortaya koyma ve iyileştirme alanlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel tipteki bu çalışma 14-16 Haziran 2014 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi(HGKHA) kullanılmıştır. 280 sağlık çalışanı tarafından anket doldurulmuştur. Çalışanların 28'i hekim, 178'i hemşire ve 74'ü diğer sağlık çalışanlarıdır. Hasta güvenliği derecesi olarak çalışanların yaklaşık yarısı "mükemmel" ve "çok iyi" olarak değerlendirirken, yine yaklaşık yarısı "kabul edilebilir" düzeyde değerlendirmiştir. Araştırmada Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi(HGKHA) pozitif yanıtların yüzde ortalaması %53 olarak bulunmuştur. Hasta güvenliği açısından ortalama bir seviye olmakla birlikte iyileştirmeye açık alanlar belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler:Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanı

Abstract

Objectives of this study are to establish health care professionals' perception of patient safety culture and to determine the areas of improvement. This study, a crosssectional, had been conducted between June 14th and Jun 16th, 2014. "Hospital Survey On Patient Safety Culture" was used as the data collection tool. 280 health care professionals filled the survey. Hospital survey of patient safety culture for this study 28 of this number were doctors, 178 were nurse and 74 were other health care personnel. Regarding the success of patient safety, half of the professionals that it was "perfect" and "very good" it was also found that 53% of the answers in the survey was positive. In addition to the perception of an average degree of success in patient safety culture, areas that are open to improvement has been determined.

KeyWords:Patientsafety, Patientsafetyculture, healthcare professional

GİRİŞ

Sağlık hizmeti, insan sağlığını zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların rehabilitasyonu için yapılan tıbbi hizmetlerdir(saglik.gov.tr, 2014).Sağlık hizmeti sunan her türlü organizasyon aslında son derece kompleks yapıları olan ve çok değişik profesyonelleri, pek çok farklı ve karmaşık süreçlerle sunan organizasyonlardır. Bu karmaşık ve uğraştığı alan direkt olarak insan sağlığı olan bu kuruluşlar, bazen insan gücü ve altyapı açısından çok da şanslı olmayabilirler. Dolayısıyla bu kadar kritik işlevi ve rolü olan kurumlarda gerek hizmet veren sağlık personelinin eğitim eksikliği-beceri yetersizliği ya da altyapı ve süreçlerdeki bazı yetersizlikler nedeniyle sıklıkla tıbbi hataların görülme olasılığı söz konusudur. Bu hatalar hastalarda morbidite ve mortalite artışlarına neden oldukları gibi aynı zamanda finansal açıdan da maliyet artışlarına yol açmaktadırlar(sdplatform.com, 2014).

İskenderun Devlet Hastanesi, mgursel1907@yahoo.com, 533 526 86 44
İskenderun Devlet Hastanesi, teknolog72@hotmail.com, 505 691 56 96
İskenderun Devlet Hastanesi, cerim2@hotmail.com, 506 702 70 10
İskenderun Devlet Hastanesi, emelkurt99@hotmail.com, 532 684 89 82

21. yüzyıldaki sağlık sistemlerinde amaçlanan temel konular, hasta güvenliği, etkili bir sağlık sistemi, hasta odaklı sağlık sistemi, zamanında verilen ve verimli bir sağlık hizmeti ile sağlık hizmetinin tüm hizmet alanlara eşit olarak dağıtılması olarak özetlenebilir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya eliminasyonu olarak tanımlanır(Ovalı, 2010: 34). Bir diğer tanımlama ile Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek hatalar nedeniyle kişilerin uğrayacağı zararları önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerdir(Alp, 2011: 1). Hasta güvenliği son dönemde hem ulusal hem de uluslararası platformda üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Uluslararası arenada bilindiği üzere Institute of Medicine(Tıp Enstitüsü) tarafından 2000 yılında yayınlanan “To Err Is Human” Raporu bir kırılma noktası oluşturmuştur. Söz konusu rapora göre her yıl 44.000 ila 98.000 kişi önlenebilir advers olaylar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Benzer şekilde İngiltere’de yürütülen bir araştırma NHS(National Health Service-Ulusal Sağlık Hizmeti) hastanelerine 2002 yılında başvuran 900.000 hastanın %10’unun hasta güvenliğini tehdit eden bir olaya maruz kaldığını ve bu olayların yaklaşık yarısının önlenebilir nitelikte olduğunu göstermektedir(Tak, 2010: 73).Amerikan hastanelerini kapsayan Mart 2011 tarihli başka bir çalışmada ise hasta güvenliği bağlantılı 667.828 olayın 79.670 tanesinin hastaların ölümü ile sonuçlandığı gösterilmektedir(Reed, 2011).

Hastalara verdiği zararlar açısından bu denli yüksek oranlara sahip olan “tıbbi hata”lar bu nedenledir ki üzerinde çok çalışılan ve sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı olarak tanımlanan “hasta güvenliği” kavramını da beraberinde getirmektedir(Kanber ve Gürlek, 2011:297). Güçlü bir güvenlik kültürü, tıbbi hataları en aza indirebilir(Tütüncü, Küçükusta, Yağcı, 2007: 524)

Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı İskenderun Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Birimi tarafından sağlık çalışanlarının “Hasta Güvenliği Kültürü”ne bakış açılarını ortaya koymak ve iyileştirme alanlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan bu araştırma 16-26 Haziran 2014 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İskenderun Devlet Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini İskenderun Devlet Hastanesi’nde çalışan tüm sağlık çalışanları oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihte İskenderun Devlet Hastanesi’nde 168 hekim, 472 hemşire-ebe ve 168 diğer sağlık çalışanı(Acil tıp teknisyeni, sağlık memuru, anestezi, laboratuvar, röntgen teknisyeni vb.) görev yapmaktadır. Araştırmada örneklem belirlenmesi yoluna gidilmemiş 16-26 Haziran 2014 tarihleri arasında görev yapmakta ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan sağlık çalışanları araştırma kapsamına dahil edilerek 280 anket sayısına ulaşılmıştır.

Veri toplama aracı olarak Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı(Agency for Healthcare Research and Quality[AHRQ]) tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacıyla geliştirilen “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” kullanılmıştır(Sorraand Nivea, 2004:1). Anketin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Filiz ve Bodur(2009) tarafından yapılmış Cronbach alfa katsayısının $\alpha=0,86$ olduğu bulunmuştur. Ankette hasta güvenliği kültürünün alanlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorularla, sonuç değişkenlerinin yer aldığı sorular bulunmaktadır. Ankette ayrıca kişisel bilgilerin yer aldığı 7 soru bulunmaktadır. “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” 42 madde ve 12 alt alandan oluşmaktadır. Hasta güvenliği kültürü alt alanları;

- Güvenliğin kapsamlı algılanması(4 madde)

- Hataların raporlanma sıklığı(3 madde)
- Hastane üniteleri arasında ekip çalışması(4 madde)
- Hastane müdahaleleri ve değişim(4 madde)
- Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri(4 madde)
- Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme(3 madde)
- Üniteler içinde ekip çalışması(4 madde)
- İletişimin açık tutulması(3 madde)
- Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim(3 madde)
- Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yanıt(3 madde)
- Personel sağlama(4 madde)
- Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği(3 madde)

şeklinde. Anket ABD'deki hastanelerde yaygın olarak kullanıldığından AHRQ hastane sonuçlarını karşılaştırmak için 2007 yılında ilk karşılaştırmalı veritabanını oluşturmuş, 2008 yılında anketi yeni ve yeniden uygulayan hastanelerin sonuçlarını karşılaştırarak veri tabanını güncellemiştir(Filiz, 2009:25,26,52). AHRQ tarafından veritabanı güncellemelerinin 2 yılda bir olmak üzere 2017 yılına kadar devam edeceği bildirilmiştir(www.ahrq.gov, 2014). Ankette beşli likert ölçeğine göre değerlendirilen sorulardan çalışılan birim alt alanında yer alan 5,7,8,10,12,14,16 ve 17, yönetim alt alanında 3 ve 4, iletişim alt alanında 6, hastane alt alanında ise 2 ve 3, maddedeki sorular ters yönlü sorular olup puanlamada 5'den 1'e doğru gidilmiştir. Diğerleri ise 1'den 5'e doğru puanlandırılmıştır. Hasta güvenliği derecesi "mükemmel", "çok iyi", "kabul edilebilir", "zayıf" ve "başarısız" olarak belirtilmektedir. Bu bölümde de puanlama 5'den 1'e doğru yapılmıştır. Anketin değerlendirilmesi olumlu cevap ortalama puanlarına göre yapılmaktadır(www.ahrq.gov, 2014).

Araştırma için İskenderun Devlet Hastanesi yönetiminden izin alınmıştır.

Anket verileri SPSS paket programı ve Office Excell programı kullanılarak istatistiki analize tabi tutulmuştur. Yüzdeler, ortalama, standart sapma, frekans, one way anova analizleri yapılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya katılanların bireysel özellikleri Tablo 1'de incelenmiştir. Çalışmaya katılanların mesleki dağılımları incelendiğinde $\frac{1}{2}$ 'den fazlasının hemşire, $\frac{1}{4}$ 'ünün diğer sağlık çalışanı(acil tıp teknisyeni, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, sağlık lisansiyer) ve $\frac{1}{10}$ 'ünün hekim olduğu görülmüştür. Farklı meslek gruplarının dahil edildiği çalışmalarda da hemşire oranının fazla olduğu tespit edilmiştir(Filiz, 2009:82). Çalışmaya katılan hekimlerin $\frac{2}{5}$ 'inin, hemşirelerin yaklaşık $\frac{2}{3}$ 'ünün ve diğer çalışanların $\frac{3}{5}$ 'inin 10 yıl ve üzeri mesleki kıdeme sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmaya katılanlar hastanedeki çalışma süreleri açısından incelendiğinde tamamının 5 yıl ve daha az süredir hastanede çalıştıkları bulunmuştur. Çalışma süreleri Gündoğdu ve Bahçecik'in çalışması ile uyumluluk göstermekte(Gündoğdu, Bahçecik, 2012:126), Özlem ve Başol'un çalışması ile uyumluluk göstermemektedir(Özlem, Başol, 2010:92). Hekimlerin $\frac{4}{5}$ 'den fazlasının, hemşirelerin $\frac{3}{4}$ 'ünün ve diğer sağlık çalışanlarının $\frac{3}{5}$ 'inin haftada 40 saatten fazla çalıştığı görülmüştür. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Personel Dağılım Cetvelinde İskenderun Devlet Hastanesi için toplam sağlık çalışanı sayısı 1135 olarak belirlenmişken mevcut sağlık çalışanı sayısının 808 olmasının haftalık çalışma saatlerini arttırdığı ifade edilebilir.

Tablo 1: Bireysel özellikler

Bireysel Özellik	Hekim (n=28)		Hemşire (n=178)		Diğer (n=74)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalıştığı birim						
Dahili klinik	5	17,9	65	36,5	0	0
Cerrahi klinik	7	25,0	20	11,2	0	0
Ameliyathane	7	25,0	37	20,8	26	35,1
Acil servis+yoğun bakım	6	21,4	32	18,0	4	5,4
Diğer	3	10,7	24	13,5	44	59,5
Mesleki kıdemi						
1 yıldan az	0	0	3	1,7	4	5,4
2-4 yıl	3	10,7	8	4,5	3	4,1
5-9 yıl	13	46,4	46	25,8	21	28,4
10 yıl ve üzeri	12	42,9	121	68,0	46	62,2
Hastanedeki kıdemi						
1 yıldan az	7	25,0	30	16,9	11	14,9
2-4 yıl	21	75,0	148	83,1	63	85,1
5-9 yıl	0	0	0	0	0	0
10 yıl ve üzeri	0	0	0	0	0	0
Çalıştığı birimdeki kıdemi						
1 yıldan az	6	21,4	55	30,9	14	18,9
2-4 yıl	8	28,6	71	39,9	19	25,7
5-9 yıl	9	32,1	33	18,5	22	29,7
10 yıl ve üzeri	5	17,9	19	10,7	19	25,7
Haftalık çalışma saati						
40 saati geçmiyor	4	14,3	43	24,2	31	41,9
40-49 saat	10	35,7	68	38,2	28	37,8
50 saatten fazla	14	50,0	67	37,6	15	20,3

Hastanenin farklı birimlerinde görev yapmakta olan çalışanların hasta güvenliği derecesine ilişkin yanıtları incelendiğinde yarıya yakınının “mükemmel” ve “çok iyi” olarak değerlendirdiği, yine yaklaşık yarısının ise “kabul edilebilir” düzeyde bulunduğu belirlenmiştir. Hasta güvenliği derecesi konusunda çalışılan birimler arasında uygulanan one way anova testine göre fark bulunamamıştır ($P > 0,05$ Tablo 3). Amerikan hastanelerini kapsayan 2014 tarihli AHRQ raporunda (Sorra ve ark, 2014:21)-benchmark çalışma- ise “mükemmel” ve “çok iyi” oranı %71* olarak bulunmuştur (*Hastanemizin 635 yatak kapasiteli olması dolayısıyla Benchmark olarak alınan AHRQ raporu ile bütün kıyaslamalar 500+ yatak kapasitesine sahip hastaneler üzerinden yapılmıştır). Aradaki farkın Amerikan hastanelerinde hasta güvenliği konusu uzun zamandır gündemde iken ülkemizde ve paralel olarak hastanemizde yeni gündeme gelen, yeni yeni konuşulmaya tartışılmaya başlayan bir konu olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Özellikle 2011 yılında yürürlüğe giren “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” eki “Hastane Hizmet Kalite Standartları”nın derinlikli ve farklı alanlara sahip olmasının sağlık kuruluşlarını ve yönetimlerini hasta ve çalışan güvenliği konularına ciddi olarak eğilmeye yönelttiği ifade edilebilir.

Tablo 2:Çalışılan birimler bazında hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili cevaplar(%)

Hasta güvenliği sonuçları	Dahili klinik (n=70)	Cerrahi klinik (n=27)	Ameli Yathane (n=70)	Acil servis, yoğun bakım (n=42)	Diğer (n=71)	Genel (n=280)
Mükemmel	8,6	11,1	15,7	19,0	18,3	14,6
Çok iyi	27,1	25,9	41,4	23,8	32,4	31,4
Kabul edilebilir	51,4	63,0	38,6	42,9	35,2	43,9
Zayıf	11,4	0,0	1,4	11,9	11,3	7,9
Başarısız	1,4	0,0	2,9	2,4	2,8	2,1

Birimlerin olay raporlama durumları incelendiğinde yaklaşık %80'inin hiç raporlama yapmadıkları görülmüştür. Olay raporlamaya ilişkin birimler arasında uygulanan one way anova testine göre fark bulunamamıştır($P>0,05$ Tablo 2). Benchmark çalışma ile karşılaştırıldığında hiç olay raporlamayanların oranı %57 iken bizim çalışmamızda yaklaşık %78,9'dur. "1-2 olay raporu" benchmark çalışmasında %26 iken çalışmamızda %16,8'dir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada hemşireler tarafından son 1 yılda birimlerinde hiç olay raporlama yapılmadığını belirtenlerin oranı %83 bulunmuştur(Atan ve ark, 2013;175). Ülkemizde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün olmaması ve hata yapılması durumunda ceza sisteminin uygulanması nedeniyle, çalışanların yaptıkları hataları bildirme konusunda(ceza alma, dışlanma, kariyerinin olumsuz etkilenmesi vb. nedenlerle) istekli davranmadıkları görülmektedir(Gündoğdu, Bahçecik, 2012;119).

Tablo 3:Çalışılan birimler bazında raporlanan olay sayısına ilişkin cevaplar(%)

Raporlanan olayları sayısı	Dahili klinik (n=70)	Cerrahi klinik (n=27)	Ameli yathane (n=70)	Acil servis, yoğun bakım (n=42)	Diğer (n=71)	Genel (n=280)
Hiç	71,4	85,2	91,4	71,4	76,1	78,9
1-2 olay raporu	24,3	14,8	8,6	19,0	16,9	16,8
3-5 olay raporu	2,9	0,0	0,0	4,8	7,0	3,2
6 ve üzeri olay raporu	1,4	0,0	0,0	4,8	0,0	1,1

Çalışmamızda HGKHA pozitif yanıtlarının genel yüzde ortalaması %53 bulunmuştur. En yüksek olumlu cevap ortalamaları "üniteler içinde ekip çalışması(%80)", "güvenliğin kapsamlı algılanması(%69)" ve "organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme(%64)" alt alanlarında bulunmuştur. En düşük olumlu cevap ortalamaları ise "hataların raporlanma sıklığı(%33)" ve "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt(%33)" alt alanlarında bulunmuştur. Bu çalışmada HGKHA anketinin 12 alt alanının 7'sinde olumlu cevap yüzdesi 50'nin üzerinde bulunmuştur(Tablo 4). Literatüre bakıldığında HGKHA kullanılarak yapılan çalışmalarda; Filiz'in çalışmasında 12 alt alanın 9'unda(Filiz, 2009:69-70) ve yine Atan'ın çalışmasında da(Atan ve ark, 2013:177) 12 alt alanın 9'unda olumlu puan ortalamaları 50 puanın altında bulunmuştur. Alt alanlar itibarıyla 50'nin üzerindeki olumlu cevap yüzdesi(12 alt alanın 7'si) ve pozitif yanıtların genel ortalaması(%53) dikkate alındığında ülkemizde yayınlanan çalışmalardaki en yüksek oranlara araştırmamızda ulaşıldığı ifade edilebilir.

Ancak benchmark skoru ile karşılaştırıldığında 12 alt alanın 8'inde benchmark skorunun daha yüksek olduğu görülmüştür. “Hataların raporların raporlanma sıklığı”, “hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” ve “personel sağlama” alt alanları geliştirilmesi gereken alanlar olarak belirlenmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde güvenlik kültürü alt alanlarından “üniteler içinde ekip çalışması”nın 80 puan ile en yüksek puanı aldığı görülmektedir. “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” alt alanının ise 56 puan aldığı görülmektedir. Benchmark çalışmada da hemen hemen aynı oranlar bulunmuştur. Bu bulgu kurum içinde her birimin diğerlerinden bağımsız bir kültüre sahip olduğu göstermektedir. Ekip çalışması kaliteli hasta bakımı verme ve hasta güvenliğini geliştirmede önemli bir unsurdur ve etkili bir güvenlik kültürünü oluşturabilmek için kurumun en üst düzeyinde belirlenmiş ortak değerleri, tutumları ve inançları, tüm birimlerde aynı düzeyde değildir. Ayrıca, etkili bir güvenlik kültürü oluşturmada çalışanlar kendi birimleri dışındakilerle de sık ve samimi bir iletişim kurabilmelidir(Filiz, 2009;82-83).

“Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt alanı geliştirilmesi gereken alan olarak ortaya çıkmıştır. Çalışanların yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissettikleri, bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusunun olduğu ve yapılan hataların kişisel dosyalarda muhafaza edilmesinden endişe duydukları belirlenmiştir. Bulgular literatür ile de uyumludur(Filiz, 2009:83)(Alp, 2011:113-114).Hatalı tıbbi uygulamalar sadece bireylerin suçu değildir. Kurumların da bunda rolü ve katkısı vardır. Hataların çoğu sistemden kaynaklanmaktadır. Hasta güvenlik kültürü sorunu olarak, sağlık bakım kurumlarında suçlama kültürü de bulunmaktadır. Sağlık çalışanları suçlanma ve cezalandırılma korkusu içinde tıbbi hatalar ve güvenlik kültürü sorunlarını bildirmek ve tanımlamaktan kaçınmaktadırlar(Atan ve ark, 2013:177-178). Akalın ise hasta güvenliğinin kurumsal kültürün bir parçası olan kurumlarda yapılması gerekenlerden biri olarak da tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yaratılmış olmasına işaret eder(Akalın, 2004:13).

Üzerinde durulması ve geliştirilmesi gereken diğer bir alt alan “personel sağlama” alt alanı olarak belirlenmiştir. “Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar(%13) ile “Yapılacak çok iş olduğunda ve çabuk yapmak gerektiğinde “kriz modunda” çalışırız”(%)14) puan ile en düşük skorları almışlardır. Bu skorların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir(Filiz, 2009:70), (Alp, 2011:106), (Gündoğdu, Bahçecik, 2012;124). Bu sonuç, tablo 1’de yer alan haftalık çalışma saatlerine verilen yanıtlarda hekim ve hemşirelerin neredeyse %80’inin 40 saatten fazla çalıştıkları gerçeği ile birleştirildiğinde hasta güvenliği açısından riskli ve hataya açık bir alan olduğu ifade edilebilir. Nitekim Gökdoğan ve Yorgun’da uzun saatler kesintisiz çalışma ve nöbetlerin, iş yoğunluğunu ve dolayısıyla hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerini verimli ve güvenli bir şekilde sunmalarını engellediğini ve tıbbi hatalara yol açabildiğini belirtmektedir. Hasta güvenliğini etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmalarda hata nedeni olarak hemşirelerin uzun saatler boyunca çalışmasına işaret edilmektedir(Gökdoğan, Yorgun, 2010:55).

Tablo 4 incelendiğinde dikkat çeken noktalardan bir diğeri ise “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt alanı ve paralelinde değerlendirilebilecek “İletişimin açık tutulması” alt alanında yer alan “Çalışanlar, yöneticilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler” maddesidir. “Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesi (%40) puan alırken, “Yöneticilerimiz hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır” ifadesinin (%43) puan aldığı görülmektedir. “Çalışanlar, yöneticilerin karar ve eylemlerini

sorgulamakta kendilerini özgür hissederler” ifadesi (%16) ile çok düşük puan olarak karşımıza çıkmıştır. Yukarıdaki 3 kriter birlikte değerlendirildiğinde çalışanların, yönetimden takdir edilme-ödüllendirilme ve görüş-önerilerine başvurulması yönünde beklentileri olduğu ifade edilebilir. Bu bulgular hastanemizde kalite yönetim birimi tarafından periyodik olarak uygulanan çalışan memnuniyeti anketi sonuçları ile de paralellik göstermektedir.

Tablo 4:Hasta güvenliği kültürü hastane anketi madde ve alan olumlu skor ortalamalarının benchmark skoru ile karşılaştırılması(Olumlu cevapların %Ortalamaları ± Standart Sapma)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Olumlu skor ortalaması	Benchmark skoru
Güvenliğin kapsamlı algılanması	69	61
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüflere bağlıdır	78±21	58
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	70±24	58
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	60±23	60
Uyguladığımız sistemler ve prosedürler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	68±19	70
Hataların raporlanma sıklığı	33	63
Bir hata yapıldığında ancak <u>hastayı etkilemeden fark edilip düzeltilendiğ</u> ine sıklıkla rapor ediliyor	33±25	58
Bir hata yapıldığında ancak <u>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığı</u> nda ne sıklıkla rapor ediliyor	30±24	59
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak <u>zarar vermeyen bir hata yapıldığı</u> nda ne sıklıkla rapor ediliyor	36±26	71
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	56	55
Hastane üniteleri birbiriyle uyum içinde çalışmaz	57±19	42
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	47±20	56
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz	60±21	57
Hastalar için en iyi bakımı sağlamak amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	59±18	65
Hastane müdahaleleri ve değişim	61	42
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir	60±19	36
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir	63±23	49
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	49±20	40
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir	74±20	42
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	46	73
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	40±21	73
Yöneticilerimizi hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır	43±21	75
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister	38±22	71
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	64±21	74
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	64	72
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız	74±19	83

Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir	49±20	63
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz	68±19	68
Üniteler içinde ekip çalışması	80	79
Bu birimde çalışan kişiler birbirini destekler	77±20	84
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız	89±17	84
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır	74±19	77
Bu birimde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder	81±20	69
İletişimin açık tutulması	41	60
Çalışanlar, hasta güvenliğini olumsuz etkileyen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir	56±22	73
Çalışanlar, yöneticilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler	16±23	47
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	52±24	60
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	56	65
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz	46±22	58
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz	60±21	65
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek önlemleri tartışırız	60±22	71
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	33	40
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	29±24	45
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	33±23	44
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar	38±23	30
Personel sağlama	35	51
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	38±25	48
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar	13±20	48
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır	76±21	63
Yapılacak çok iş olduğunda ve çabuk yapmak gerektiğinde “kriz modunda” çalışırız	14±20	44
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	54	68
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	60±19	76
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor	54±19	72
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir	47±22	55
Genel skor	53	61

SONUÇ

Araştırmada hasta güvenliği kültürü orta düzeyde bulunmuştur. Hasta güvenliği derecesi 5 üzerinden 3,49(%69,8) olarak tespit edilmiştir. HGKHA anketinde ölçülen 12 alt alandan 7'sinde olumlu puan ortalamalarının %50'nin üzerine çıktığı belirlenmiştir. “Hataların raporlanma sıklığı”, “hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” ve “personel sağlama” iyileştirmeye açık alanlar olarak belirlenmiştir. Hata bildirimleri, hasta güvenliği kavramının

en önemli bileşenlerinden biridir. Cezalandırmaya ilişkin bir çağrışımından ziyade eğitim-iyileştirme-düzeltilme fırsatı olarak vurgulanacağı eğitimler hastanemiz çalışanlarının bu kavramı doğru zemine oturtmalarına katkı sağlayacaktır. Paralelinde yönetimin hata bildirimlerini teşvik edici tutumunu ünite/birimler ile periyodik olarak yapacağı toplantılarda ortaya koyması ile çalışanların suçlanmaya ilişkin endişelerinin ortadan kaldırılması önerilebilir. Ayrıca birim/ünite düzeyinde periyodik toplantıların çalışanların görüş-önerilerini ifade etmelerine olanak sağlayacağı ve bu durumun ise motivasyonu arttırarak çift yönlü fayda sağlayacağı ifade edilebilir. Ayrıca hastanemiz sağlık çalışanı istihdamının personel dağılım cetvelindeki sayılara ulaşması/yaklaşması yoğun çalışma saatleri kaynaklı hasta güvenliği riskini azaltacaktır. Sağlık çalışanı istihdamına dönük bakanlık düzeyinde girişimde bulunulması ayrıca önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akalın Erdal H., (2004), “Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz”, **ANKEM Dergisi**, 18(EK 2), 12-13

Alp Fethiye Yetkin (2011), “Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi” Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Atan Ünsal Şenay, Dönmez Sevgül, Duran Emel Taşçı (2013), “Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi”, **F.N. Hemşirelik Dergisi**, Cilt 21, Sayı 3, 172-180

Bodur Said, Filiz Emel,(2009),”Validityand reliability of Turkishversion of “HospitalSurvey on PatientSafetyCulture” andperception ofpatientsafety in public hospitals inTurkey”,<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/28/prepub> (10/06/2014)

Filiz Emel, (2009), “Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi”, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya

Gökdoğan Feray, Yorgun Songül, (2010), “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler”, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**,13-2, 53-59

Gündoğdu Seval, Bahçecik Nefise, (2012), “Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi”, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 15-2, 119-128

<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html> (14/06/2014)

<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html> (14/06/2014)

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> (16/06/2014)

<http://www.sdplatform.com/Dergi/54/Saglik-kuruluslarinda-hasta-guvenligi-kulturunu-nasil-olusturabiliriz.aspx> (16/06/2014)

Kanber Aytuğ Nurhan, Gürlek Öznur (2011), “Cerrahi Branş Doktorlarının ve Sorumlu Hemşirelerin Cerrahide Hasta Güvenliği Konusundaki Görüşleri”, **3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri**, 24-26 Kasım, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara

Ovalı Fahri, (2010), “Hasta Güvenliği Yaklaşımları” **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Sayı 1, sayfa 34.

Özmen Sümeyye, Başol Oğuz, (2010), “Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa’da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği”, **2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri**, 28 Nisan-1 Mayıs, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara

Reed Kristin (2011), “The Seventh Annual Health Grades Patient Safety in American Hospitals Study”, www.healthgrades.com/quality/archived-reports.html (12/06/2014)

Sora Joann, Famolaro Theresa, Yount Naomi Dyer, Smith Scott Alan, Wilson Stephen, Liu Helen, (2014), Hospital Survey on Patient Safety Culture:2014 User Comparative Database Report, AHRQ Publication No. 14-0019, Rockville.

Sora Joann, Nieva Veronica (2004), Hospital Survey on Patient Safety Culture, AHRQ Publication No. 04-0041, Rockville.

Tak Bilçin, (2010), “Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Sayı 1, sayfa 73.

Tütüncü Özkan, Küçükusta Deniz, Yağcı Kamil (2007), “Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 9, Sayı 1, sayfa 524.