

Hasta güvenliği kültürü kavramının boyutları ile incelenmesi boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması

Investigation of patient safety culture concept by dimensions and investigation of the effect of dimensions on patient safety practices.

Ayşegül Yılmaz¹

Yazar Bilgileri/ Author Information:
Konya Beyhekim Eğitim Araştırma Hastanesi, Konya

Anahtar Kelimeler:
Hasta güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları

Key Words:
Patient safety, Patient Safety Culture, Patient Safety Culture Dimensions

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
yaysegul78@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
21.04.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
30.06.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
28.09.2020

ÖZET

Giriş ve Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir. Bu derlemede, hasta güvenliği kültürü kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için boyutları ile ayrıntılı olarak incelenmesi ve boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bu derlemede, hasta güvenliği kültürü boyutları; Hastane birimleri içinde takım çalışması, Hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri, Hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği, Örgütsel öğrenme, Genel güvenlik algısı, Hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim, Raporlanan olayların sıklığı, Personel sağlama, Hasta teslimleri, Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım olmak üzere on başlıkta incelenmiştir. Ayrıca bu boyutlar ile ilgili ayrıntılı hemşirelik literatür incelemesi yapılarak boyutların hasta güvenliğine etkisi ayrıntılı olarak ele alınmıştır. **Sonuç:** Hasta güvenliği uygulamalarının daha başarılı olabilmesi için hasta güvenliği kültürü kavramının çok iyi anlaşılması gerekmektedir. Bunun için hasta güvenliği kültürü boyutlarıyla ele alınmalı ve analiz edilmelidir. Bu çalışma, sağlık kurumlarında özellikle hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilebilmesi için hemşire ve yöneticilere ayrıntılı bilgi sunacaktır.

ABSTRACT

Introduction and Objective: To provide safe and high quality patient care, patient safety culture must be improved in the health sector. In this review, in order to better understand the concept of patient safety culture, it is aimed to examine the dimensions in detail and to investigate the effect of dimensions on patient safety practices. **Material and Method:** In the review, patient safety culture dimensions; It has been examined under ten titles Teamwork within units, Management expectations, Teamwork across units and management support, Organizational learning, Overall perceptions of safety, Feedback and communication openness about error, Frequency of events reported, Staffing, Handoffs and transitions, Nonpunitive response to errors. In addition, detailed nursing literature review of these dimensions was done and the effect of dimensions on patient safety was discussed in detail. **Conclusion:** In order for patient safety practices to be more successful, the concept of patient safety culture must be understood very well. For this, patient safety culture should be handled and analyzed. This review will provide detailed information to nurses and managers to improve patient safety culture in healthcare institutions.

GİRİŞ

Sağlık bakım hizmeti sunan kuruluşlar doğası gereği karmaşık ve sağlık bakım hizmeti verilmesi sürecinde önceden tahmin edilemeyen risklerle, tehlikelerle dolu yerlerdir. Günümüzde kaliteli ve maliyet etkin sağlık bakım hizmeti sunarken aynı zamanda bu hizmetin

güvenli olmasını sağlamak sağlık bakım hizmeti sunan kuruluşların en büyük sorunu haline gelmiştir.

Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) (IOM) (1), her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiğini, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hataların büyük bir kısmının sistem kaynaklı

olduğunu belirtmiş ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğunu bildirmiştir.

Hasta güvenliği kavramı “kurumlarda hata olasılığını en aza indirecek, hata oluştuğunda hataları belirleme olasılığını artıracak kurumsal sistem ve süreçlerin oluşturulmasıyla istemeyerek yapılan hatalardan bağımsız olma durumu” olarak tanımlanmaktadır (1). Sağlık bakım hizmetleri sırasında istenmeyen olaylara yol açan tıbbi hataların önlenmesi, raporlanması, analiz edilmesini ve hataların hastada yarattığı sorunların ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı hasta güvenliğini kapsamaktadır (2). Literatür hasta güvenliğinin sağlık kuruluşlarında oluşturulup devam ettirilebilmesi için olumlu bir hasta güvenliği kültürünün (HGK)’nin oluşturulması gerektiğini belirtmektedir (2-4).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşireler çok önemli konumdadırlar. Çünkü 7 gün 24 saat kesintisiz hastalara en yakın düzeyde sağlık bakım hizmeti sunmaktadırlar. Bu nedenle hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi çok önemlidir (4,5). HGK’nin geliştirilebilmesi için de HGK’nin boyutlarıyla birlikte incelenmesi, hastanelerde hasta güvenliği uygulamalarının düzenlenmesi açısından yol gösterici olacaktır.

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Sağlık kuruluşlarında davranışlar ve tutumlar her bir kurumun kültürünü şekillendirmektedir. Kurum kültürü, “kurum içinde çalışanların eylemlerini ve davranışlarını etkileyen inançları, değerleri ve kuralları” ifade etmektedir (5). Kurum kültürünün alt boyutlarından biri olarak değerlendirilen güvenlik kültürü kavramı, ilk olarak 1986 Çernobil nükleer santralindeki kaza sonrası hazırlanan bir raporda, zayıf güvenlik kültürü (poor safety culture) kavramı olarak ortaya çıkmıştır (6). İlk olarak havacılık, nükleer enerji, madencilik ve demiryolu taşımacılığı gibi yüksek riskli sektörlerde güvenliği arttırmak amacıyla güvenlik kültürü ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Günümüzde teknolojinin gelişmesi, sağlık hizmetlerinin giderek daha da karmaşık bir hal alması nedeniyle sağlık sektörü de yüksek riskli kurumlar arasına girmiş ve tıbbi hataların önlenmesi, bu hatalardan kaynaklanan zararın en aza indirilmesi için HGK kavramı tüm dünyada üzerinde önemle durulan konulardan biri haline gelmiştir (2,7). HGK, çalışanların eylemlerini ve davranışlarını etkileyen inançların, değerlerin ve normların hasta güvenliğini ne ölçüde desteklediği ve geliştirdiğiyle ilgilidir (2). HGK genellikle, süreçleri etkileyebilecek personel

davranışlarını, algılarını, tutumlarını ve bağlılığını şekillendiren bağlamsal bir faktör olarak görülmektedir. IOM (1) sağlık kuruluşlarının, hasta güvenliği ile ilgili durumlarını net bir şekilde görebilmesi için, güvenlik kültürünün olumlu olumsuz yönlerini tanımlamasını önermektedir.

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı 2015 yılında olumlu bir HGK’yi, “sağlık profesyonellerinin ve liderlerinin profesyonel olmayan davranışlar ve insan hataları için cezalandırılmadığı, hataların hastalara zarar vermeden önce tespit edildiği, hataların tekrar oluşmaması için güçlü geri bildirim döngüleri ile personelin önceki hatalardan öğrenmesinin sağlanması ve gerekli ise bakım ile ilgili değişikliklerin yapılması” (8) olarak tanımlamıştır. Olumlu bir HGK’nin başlıca belirleyicileri arasında, karşılıklı güvene dayalı iletişim, sürekli devam eden bir örgütsel öğrenme, kanıta dayalı ve hasta merkezli bakım, yönetim ve liderlik desteği, olay ve hata raporlamaya yönelik cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım vardır (9). Olumlu güvenlik kültürüne sahip örgütler, çalışanlarına sürekli olarak destek sağlayarak, olumlu çalışma ortamları oluşturarak, karşılıklı güvene dayalı bir iletişim kurarak, kurum içinde güvenliğin önemi hakkında paylaşılan bir algı oluşturabilirler (10).

Olumsuz HGK ise, “sağlık profesyonellerinin hatalar karşısında cezalandırıldığı, hataların nedeni olarak çalışanların görüldüğü, hataların gizlendiği, hatalardan ders alınmayan bir kültür” olarak tanımlanmaktadır (9). Olumsuz güvenlik kültürünün yetersiz liderlikten kaynaklandığını ve bununda hasta güvenliğini tehdit eden olayların raporlamasında yetersiz desteğe neden olduğu belirtilmektedir (10). Yetersiz desteğin, güvenlik olayları ile ilgili geri bildirim veya yanıt eksikliğine, olayları bildiren personelin korkutulmasına ve personel tükenmişliğine neden olduğu bildirilmektedir (11). Olumsuz HGK’nin mortalite (12), enfeksiyon oranları (13), hemşire tükenmişliği (14) gibi çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların tanımlayıcı olarak yapıldığı (15,16), ancak uygulamaya yönelik çalışmaların sınırlı olduğu gözlenmektedir. Bu bağlamda, olumlu bir güvenlik kültürünün geliştirilmesi sağlık kuruluşlarındaki risklerin yönetilmesi, en aza indirilmesi, kaliteli güvenli ve maliyet etkin bir bakım için önemli bir araçtır (2,13). HGK’yi daha iyi anlayabilmek için HGK alt boyutları ile ayrıntılı olarak aşağıda ele alınmıştır.

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları

Türkiye’de HGK’yi çeşitli boyutlarla ele alan anket ve ölçekler bulunmaktadır. Bu çalışmada, Sağlık Araştırma

ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) tarafından geliştirilmiş olan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi ele alınarak HGK boyutları incelenmiştir. Orijinalinde Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 12 boyut ve 42 maddede açıklanmıştır (3). Türkiye’de 2010 yılında, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Bodur ve Filiz kültürel ve dil farklılığından dolayı Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi’ni toplamda 10 boyut ve 42 madde olarak yeniden düzenlemiştir (17). Buna göre HGK’nin boyutları aşağıdaki gibidir.

- Hastane birimleri içinde takım çalışması
- Hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri
- Hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği
- Örgütsel öğrenme
- Genel güvenlik algısı
- Hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim
- Raporlanan olayların sıklığı
- Personel sağlama
- Hasta teslimleri
- Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım

Hastane Birimleri İçinde Takım Çalışması

Ünite içi ekip çalışması “hasta güvenliği konusunda personelin birbirini desteklemesi, birbirlerine saygılı davranması ve ekip olarak birlikte çalışmasını” ifade etmektedir (2). Ekip üyeleri kaliteli, güvenli ve maliyet etkin hasta bakımının sağlanması için aynı hedefler doğrultusunda hastalar için birlikte çalışmaktadırlar (18). Etkin bir ekip çalışması için iletişim, koordinasyon ve liderlik önemlidir (19). Etkin bir ekip çalışması ile olumlu HGK’nin oluşturulabilmesi için, olay bildirimleri ekip içinde paylaşılmalı ve yapılabilecekler konusunda çözümler ekip tarafından oluşturulmalıdır. Bakım ve tedavinin her aşamasında tıbbi hataların önlenmesi ve hastanın zarar görmesinin engellenmesinde sağlık ekibinin birlikte hareket etmesi gerekmektedir. Özellikle doktor ve hemşire arasındaki olumlu takım çalışmasının daha güvenli hasta bakımının sunulmasında önemli olduğu belirtilmektedir (20). Yüksek riskli olarak değerlendirilen sağlık bakım kuruluşlarında etkili bir ekip çalışması ile kaliteli ve güvenli bir sağlık bakım hizmetine ulaşılacağı belirtilmektedir. Ekip çalışmasıyla hataların ve hastane enfeksiyonlarının azaltılabileceği olumlu bir HGK elde edilebileceği bildirilmiştir (12,20). HGK ile ilgili yapılan sistematik

derleme çalışmalarının genelinde, bu boyutun diğer boyutlara göre yüksek olduğu (21,22) bildirilmektedir.

Hasta Güvenliği ile İlgili Denetçi/Yönetici Beklentileri ve Eylemleri

AHRQ, hasta güvenliği ile ilgili denetçi/yönetici beklentileri ve eylemlerini, “yöneticilerin hasta güvenliğini iyileştirmek ve hasta güvenliği sorunlarını ele almak için personel önerilerini dikkate alma derecesi” olarak tanımlamaktadır. Yöneticiler, hasta güvenliğini iyileştirmek için personel önerilerini dikkate almalı, hasta güvenliği prosedürlerini takip etmek için personeli cesaretlendirmeli, övgüde bulunmalı ve hasta güvenliği sorunlarını asla göz ardı etmemelidir (2). Harnandez ve arkadaşları (23) çalışmalarında iyi bir denetçi/yönetici beklentileri ve eylemleri ile olumlu HGK’nin oluşturulabileceğini, HGK’yi oluşturmada çok önemli bir yere sahip olan hatalar karşısında personele karşı cezalandırıcı olmayan bir yaklaşımın elde edilebileceğini bildirmiştir. Yine aynı çalışmada olumlu denetçi/yönetici beklentileri ve eylemleri ile çalışanlar arasında açık iletişimin sağlanacağı ve bununla hasta güvenliğini pozitif yönde etkileyeceği belirtilmiştir. Başka bir çalışmada hata raporlama ile denetçi/yönetici beklentileri ve eylemleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (24).

Hastane Birimleri Arasında Takım Çalışması ve Yönetimin Desteği

Hastane birimleri, hastalara en iyi bakımı sağlamak için iş birliği içinde birbirleriyle koordine bir şekilde çalışırlar (2). Kurumun bütün bölümlerinde hastanenin bütün birimlerinde hasta güvenliği ile ilgili politika ve prosedürlerin aynı olması birimler arası takım çalışmasını kolaylaştırmaktadır (18). Olumlu bir takım çalışmasının varlığı ile de kurumda bütün birimlerde aynı HGK oluşturulabilmektedir (20). Famolaro ve arkadaşları kaliteli ve güvenli bir sağlık bakımı için üniteler arasında takım çalışmasının çok önemli olduğunu, üniteler arasında takım iletişimi ve iş birliğinin hasta güvenliğini arttırdığını belirtmiştir (2). Hastane yönetimi hasta güvenliğini teşvik eden bir çalışma ortamı sağlamalı ve hasta güvenliğinin en önemli öncelik olduğunu göstermelidir (25). Yönetim tarafından uygun çalışma koşulları oluşturulmadığında hemşirelerin duygusal tükenme yaşadığı ve bunun da strese neden olduğu, aynı zamanda hemşirelerin HGK algılarını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Uygunsuz çalışma koşullarının doktorlarla karşılaştırıldığında, hemşirelerin daha çok stres yaşadığı da aynı çalışmada vurgulanmıştır (20). Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgilenmemelidir. Sürekli olarak hasta güvenliğinin sağlanması için faaliyetlerde bulunmalıdır.

Olumlu bir liderlik ve yönetim desteğiyle çalışanların HGK algılarının daha yüksek olduğu (3,4) ve bunun da olumlu hasta çıktıklarına yansıdığı vurgulanmıştır (26). Yapılan çalışmalarda transformasyonel liderlik ile HGK arasında pozitif bir ilişki olduğu (25,27), transformasyonel liderlik ile olumlu bir takım çalışması (25) elde edilebileceği bildirilmiştir. Hasta güvenliği için hastane yönetimi desteği ile hatalar hakkında geri bildirim, açık iletişim, olayların raporlanma sıklığı ve hasta güvenliği derecesi arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (24). Yetersiz ve katılımcı olmayan yönetim ile birlikte yetersiz liderliğin, motivasyon ve verimliliği düşürdüğü (28), güvenlik kültürünün kurumsallaşmasını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (21). HGK oluşturmada hastane yönetimi ve liderlerine çok önemli görevler düşmektedir (25).

Örgütsel Öğrenme

Örgütsel öğrenme, “hasta güvenliği ile ilgili meydana gelen hataların olumlu değişimlere yol açması ve bu değişikliklerin etkinlik açısından değerlendirilmesidir” (2). Özellikle insan hayatı ile ilgili hatalar, geribildirim ve hatalardan öğrenme yoluyla hasta güvenliğinin artırılmasında değerli bir fırsat olarak görülmektedir. Ancak Edward (29) bu tür bir öğrenmenin, insan hatası suçlamalarına ve çalışanlar ile yönetim arasında çatışmalara neden olabileceğini bildirmiştir. Edward bu sorunun ortadan kaldırılması için örgütsel öğrenme, iş birliği modeli önermiştir. İşbirlikçi öğrenme modeli ile çalışanlar arasında iş birliği, sorumluluk ve farkındalığın arttığı ve insan hatalarının suçlanmadığı bir ortamın oluşturulabileceğini vurgulanmıştır (29).

Öğrenme kültürü, kök neden analizleri, vardiya sonu güvenlik raporları ve hasta güvenliği turları gibi aktivitelerle öğrenilen, eğitim yoluyla güçlendirilen ve sürekli geliştirilen güvenlik bilincinin olduğu bir kültürdür (29). HGK ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmalarının genelinde, öğrenme-sürekli gelişme boyutunun diğer boyutlara göre yüksek olduğu (21,22) belirtilmektedir. Etkili bir örgütsel öğrenme ile, hata raporlama sıklığının (21) ve HGK'nın arttığı, basınç ülserlerinin azaldığı (24) belirtilmektedir.

Genel Güvenlik Algıları

AHRQ, “hataları önlemede ve hasta güvenliği problemlerini yok etmede sistem ve prosedürlerin kullanılmasının iyi bir yöntem olduğunu bildirmiş ve bunu da genel güvenlik algısı” olarak tanımlamıştır (2). Sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle sistemi iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalı konu ile ilgili prosedür ve rehberler oluşturulmalıdır (2,7). Hasta güvenliğinin sağlanması için AHRQ tarafından çalışanlar için aşağıdaki uygulama rehberlerini ve

araçlarını yayımlamıştır. Bu rehber ve araçlar sağlık personeline daha güvenli sağlık bakım hizmeti sunabilmesi için yardımcı olmaktadır ve AHRQ, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Hemşireler Birliği bu araçların kullanılmasını önermektedir (2,30,31).

- Merkezi Kontrol Listesi
- Sağlık Hizmetlerinde El Hijyeni
- Sağlık Bakımı İçin Araç Seti
- Primer Hasta Güvenliği: Kontrol Listeleri
- Primer Hasta Güvenliği: Güvenlik Kültürü
- Hasta Güvenliği Kendi Kendini Değerlendirme Aracı
- Kan ile ilişkili Enfeksiyonları Azaltma Araçları

Hatalar Hakkında Açık İletişim ve Geribildirim

Hatalar hakkında açık iletişim; “personelin hastayı olumsuz yönde etkileyebilecek bir şey gördüğünde özgürce konuşabilmesini, geri bildirim ise; meydana gelen hatalar ve bunlarla ilgili uygulanan değişiklikler hakkında personele bilgi verilmesini ve hataları önleme yollarının çalışanlarla tartışılmasını” ifade etmektedir (2). Hemşireler azarlanma ve başkalarının nasıl karşılık vereceğini bilememe ve olumsuz olarak konuşulma, disiplin cezası alma korkusuyla hastaya zarar veren bir olayı gördüklerinde bu olayı gizleme eğilimindedirler. Ayrıca hemşireler, müdahaleleri sonucunda herhangi bir şeyin değişmeyeceğini de düşünmektedirler(28).

Hemşireler genellikle hastanın güvenliğini tehdit eden sorunları ilk gören kişilerdir. Bu nedenle yönetici ve liderler güvenlik sorunları hakkında geri bildirim almak için güven ilişkisi içinde hemşireleri dinlemeleri gerekmektedir (32). Bu iletişim kusuru, ancak bireylerin konuşmaya yetkili olduklarını hissettikleri, koşulsuz, cezalandırıcı olmayan bir ortam yaratıldığında düzeltilebilmektedir (24). Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalara, düzenlemelere, alınan kararlara mutlaka çalışan personel de dahil edilmelidir. Çalışan sağlık personeline hatalar hakkında geribildirim yapılması ile bilgilendirme ve farkında olmaya, hatalara ve olaylara karşı uyanık olmaya, risk faktörlerini azaltmaya ve önlemeye yönelik sistem geliştirmeye sevk eder. Geri bildirim personeli cesaretlendirerek hasta güvenliği konusunu sahiplenmesini dolayısıyla olumlu HGK'nin geliştirilmesini sağlar (28,33). Raporlanan olaylar hakkında personele geri bildirim verilmemesi, suçlayıcı bir kültür oluşturmakta ve bu nedenle personel hataları gizlemektedir (34). Ayrıca çalışanlar arasında etkili iletişimin sağlanması da HGK'nin oluşturulmasında oldukça önemlidir. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada HGK ile etkili iletişim arasında pozitif bir ilişkinin olduğu vurgulanmıştır (35).

Raporlanan Olayların Sıklığı

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataların tanımlanması, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesinin engellenmesi ve azaltılmasına yönelik kullanılan en önemli yöntem hataların rapor edilmesi ve analizidir (33,36). Raporlama sistemi, kurum içindeki herkes tarafından erişilebilir olmalıdır. Bu sistemi kullanmak, güvensiz koşulların belirlendiği ve bildirildiği, kasıtsız hatalar için cezalandırma korkusu olmaksızın hasta zararının proaktif olarak önlenmesine yol açan bir kültürün geliştirilmesi için gereklidir (1). Ramak kala olaylar bir çalışanın çevresinde olan olay, şansa bağlı olarak hastaya ulaşmadan fark edilen potansiyel bir sorundur. Hasta güvenliği raporlama sisteminde bildirilen ramak kala olaylar disiplinler arası bir ekipten oluşan bir komite tarafından gözden geçirilmelidir. Bu süreçte "tanımlama, raporlama, analiz etme, hafifletme, ödüllendirme, paylaşma ve takip etme" aşamaları uygulanmalıdır. Hemşireler tarafından, istenmeyen ve ramak kala olayların bildirilmesi güvenlik sorunlarının yaşanmasını ciddi oranda azaltmaktadır (37).

Burlison ve arkadaşları (38), raporlanan olayların sıklığı boyutu ile hatalar hakkında geri bildirim, organizasyonel öğrenme, güvenlik için yönetim desteği, boyutlarının ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. AHRQ 2018 verilerine göre hastane çalışanlarının yarısından fazlasının (%55) 12 ay boyunca herhangi bir tıbbi hata bildirmediklerini ortaya koymuştur (2). Aynı zamanda bu raporda bildirilen olaylarında gerçekte meydana gelmiş mi yoksa çalışanlar tarafından başka kişileri suçlamak amaçlı mı kullanıldığı bilinmemektedir. Bu nedenle gerçekte yaşanan olayları sayısı da bilinmemektedir.

Böyle bir durumun yaşanması henüz sağlık kurumlarında olumlu HGK'nın oluşturulmamasından kaynaklanmaktadır. Mitchell ve arkadaşlarının belirttiğine göre olay raporlamanın istenilen düzeyde olmamasının beş önemli nedeni vardır. Bunlar; vaka raporlarının kötü işlenmesi (tetkik, analiz, öneriler), doktorların yetersiz katılımı, yetersiz görülebilir eylem, yetersiz finansman ve olay raporlama sistemlerinin kurumsal yetersiz kullanımı ve yönetimin yetersiz desteği şeklindedir (39). Araştırmalar, hemşirelerin en çok ilaç hatası yaptığını, bildirimlerin çok zaman alması, bildirilen hatalar hakkında geri bildirim yapılmaması ve bildirim sonunda cezalandırılma korkusunun olması gibi nedenlerden dolayı bildirimlerin istenilen düzeyde olmadığını belirtmiştir (36,40). Eğitim ve workshop çalışmalarıyla hata raporlama sayısının arttığı (41), hemşire yöneticiler tarafından koçluk yapılmasının hataları raporlama niyeti ve HGK arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmiştir (42).

Personel Sağlama

Kaliteli ve güvenli hasta bakımının sürdürülebilmesi için yeterli ve doğru hemşire istihdamının sağlanması ve hemşire iş yükünün azaltılması gerekmektedir. Sağlık sistemlerinin hemşirelik uygulamalarından faydalanabilmesi için, bakımın devamlılığı boyunca her zaman uygun eğitim, beceri ve deneyime sahip uygun sayıda hemşire bulunması gerekmektedir. Güvenli, etkili ve ihtiyaç temelli hemşire düzeylerine yatırım yapmanın maliyet-etkin olduğu, olumlu hasta sonuçlarına, iyileştirilmiş çalışma ortamlarına yol açtığı ve hasta güvenliği için kritik olduğu kanıtlanmıştır (31,43). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), hasta sonuçlarında iyileşmeler sağlamak için hasta başına düşen hemşire sayısının yeterli olmasının gerektiğini vurgulamıştır (44). Lee ve arkadaşlarının 2017 yılında yoğun bakımlarda 845 hasta ile yapmış oldukları bir çalışmada, daha düşük hemşire-hasta oranı ile hastaların %95 daha fazla yaşadığını ortaya koymuştur (4). AHRQ, hemşire personel oranları ve hasta güvenliği arasındaki bağlantıyı da kabul ederek hemşirelerin çok fazla hasta alması durumunda hasta güvenliği ve bakım kalitesinin zarar gördüğünü açıklamıştır (45). Hemşirelerin fazla mesai ile çalışmasının düşme, basınç ülseri, ilaç hatası ve idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (46). Yapılan çalışmalarda hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça artan hasta güvenliği olayları, morbidite ve hatta ölüm oranlarını belgelemektedir (10,47). Yeterli sayıda hemşire istihdamı kadar hemşirelerin eğitim düzeyleri de önemlidir. Pekdemür'ün 2018 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, çalışanların öğrenim seviyesi arttıkça hasta güvenliği kültürü algısının da arttığı ortaya konmuştur. Bu nedenle güvenli bakım için öğrenim seviyesi yüksek olan hemşire ve sağlık personellerinin işe alınması önemlidir (48). HGK ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmalarının çoğunda personel sağlama alt boyut puanlarının düşük olduğu ve bunun da olumlu HGK'nin oluşturulmasında önemli bir engel teşkil ettiği belirtilmiştir (21,22). Bu durumun, tıbbi hataların oluşmasında çok önemli etken olduğu bildirilmektedir (10).

Hasta Teslimleri ve Transferi

Bazı durumlarda önemli hasta bakım bilgileri hastane birimleri arasında, vardiya değişimleri sırasında ve başka kuruma transferler esnasında kaybedilebilmekte ya da yanlış iletilmektedir (2). Günümüzde hastaneler arası güvenli transferler için uygulama önerilerinin oluşturulup uygulanmasına rağmen, istenmeyen olaylar sık yaşanmaktadır (49). Örneğin, yoğun bakım hastalarının yaklaşık yarısı transferler sırasında olumsuz olaylara maruz kalmakta ve hastaların

%15-%20'si hayati sorunlar yaşamaktadır (50). Hastane

içinde 254 hastadan 139'nun radyoloji birimine tanı amaçlı transferi sırasında zarar gördüğü belirtilmektedir (49). Bu olumsuz olayların başlıca nedenleri arasında, kötü iletişim veya hastaların yanlış konumlandırılması gibi personel/yönetim sorunları, hasta taşıma ve cihaz güvenliği gibi donanım sorunları yer almaktadır. Transferler sırasında çoğu olumsuz olay çok faktörlüdür ve bu nedenle disiplinler arası iletişim, hastane içi transferler için prosedürler, rehberler ve sağlık bilgi teknolojisi gibi en az üç alanda iyileştirmenin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (51). Yine hasta teslimi sırasında hasta durumunun ayrıntılı tanımlanması ve açık iletişimin sağlanabilmesi için geliştirilmiş standart yöntemlerin (ISBAR) (51), (I-PASS) (52) kullanılması önerilmektedir.

Hatalara Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yaklaşım

Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım, "personel tarafından bildirilen hata ve olay raporlarının kendilerine karşı yapılmadığını ve hataların personel dosyasında tutulmadığını düşünmeleri" olarak tanımlanmaktadır (2). Hatalar karşısında yönetim ya da akranlar tarafından suçlayıcı, cezalandırıcı bir kültürün oluşmaması için liderlerin ve hastane yönetimin desteği çok önemlidir (53). IOM hasta güvenliğinin sağlanmasında, istenmeyen ve ramak kala olayların ve güvensiz koşulların raporlanarak bildirilmesinin oldukça önemli olduğunu bildirim sisteminin, cezai olmayan bir yaklaşımı sergilemesi, öğrenmeye yönelik, şeffaf ve herkes tarafından ulaşılabilir olması gerektiğini bildirmiştir (1). HGK çalışmalarında boyut puanları içinde hatalara karşı suçlama puanının tüm dünyada en düşük pozitif cevap yüzdesine sahip olduğu bildirilmektedir (2,21,54) Bu sonuç, tüm dünyada sağlık kuruluşlarında HGK'nin öneminin ve gerekliliğinin tam olarak anlaşılmadığını ve hata yapılması durumunda hemşirelerin üst yönetim tarafından suçlandığını, cezalandırıldığını göstermektedir. Hatalara karşı cezalandırıcı bir yaklaşımın personelin hataları bildirirken hataları gizlemesine, değiştirmesine ya da hataları yanlış bir şekilde belirtmesine yol açabilir. Hatalara karşı cezai bir yaklaşımla, hata bildirimleri ve genel güvenlik algısı boyutları arasında negatif bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (55). Sammer ve arkadaşları (9) hataların bildirilmesi karşısında suçlayıcı olmayan adil bir kültürün olması gerektiğine değinerek; adil kültürü bir tarafta kişisel hesap verebilirlik ve diğer tarafta sistem hatası ile birlikte iki taraflı bir adalet ölçeğine benzeterek açıklamıştır. Adil bir kültür, sağlık hizmeti sunucularının davranışlarından sorumlu tutulmalarına rağmen sistem veya altyapı hataları nedeniyle kişileri suçlanmayan bir kültürdür. Öte yandan suçlayıcı olmayan bir kültür, kişisel hesap verebilirlik unsuruna da sahip olmalıdır. Kısaca, adil bir kültür, dikkatsiz davranışlara sıfır

tolerans kurarak bireysel hesap verebilirliği korurken, bireylerin güvensiz davranışlarda bulunmasına yol açan sistem sorunlarını belirlemeye ve ele almaya odaklanır. Adil bir kültürde, yaşanan hata ya da ramak kala olayın ciddiyetine değil, hatayla ilişkili davranış türüne odaklanılır (29).

SONUÇ

Sağlık bakım hizmeti sunan kuruluşlarda hasta güvenliği uygulamalarının daha başarılı olabilmesi için HGK'nin geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun için HGK'nin çok iyi bir şekilde tanımlanması, ortaya konulması, boyutlarıyla ele alınması ve incelenmesi önemlidir. Sağlık kuruluşlarında, 12-18 ayda bir HGK'nin değerlendirilmesi ve değerlendirilme sonucunda %50 den düşük çıkan boyutlara yönelik çalışma ve düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. HGK'nin geliştirilebilmesi için de hasta güvenliği kültürünün boyutlarıyla birlikte incelenmesi, hastanelerde hasta güvenliği uygulamalarının düzenlenmesi açısından yol gösterici olacaktır. Bu çalışma, sağlık kurumlarında özellikle hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilebilmesi için hemşire ve yöneticilere ayrıntılı bilgi sunmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Institute of Medicine. (2004). Keeping Patient Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. The National Academy Press, Washington, D.C.
2. Famolaro, T., Yount, N., Hare, R. et al. (2018). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ Publication No. 18-0025-EF.
3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Erişim Tarihi: 24.02. 2019, <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>.
4. Lee, Y.C., Shieh, J.I., Huang, C.H., Wang, C.Y., Wu, H.H. (2017). Analyzing Patient Safety Culture From Viewpoints of Physicians and Nurses-A Case of a Regional Teaching Hospital in Taiwan. J Healthc Qual. 39(5):294-306.
5. Weaver, S.C., Lubomski, L.S., Wilson, R.F., Pfoh, E.R., Martinez, K.A., Sydney, M. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. Ann Intern Med. 158:369-374.
6. Pidgeon N. (1998) Safety culture: key theoretical issues. Work and Stress. 12:202-216.
7. World Health Organization. Patient Safety: Making health care safer. Geneva: Licence: CCBY-NC-SA3.0I GO. Erişim Tarihi: 12.10.2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHOIS-SDS-2017.11-eng.pdf>.
8. National Patient Safety Foundation (NPSF). (2015). Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human. Boston:NPSF. Erişim Tarihi: 02 Kasım 2018. http://www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf.
9. Sammer, C.E., Lykens, Singh, K.P., Mains, D.A., Lackan, N.A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. Journal of Nursing Scholarship. 42(2);156-165.

10. Kim, K.J., Yoo, M.S., Seo, E.J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*. 12;121-126.
11. National Association for Healthcare Quality (NAHQ). (2017). Patient Safety. Erişim Tarihi: 13.12.2017, <http://www.ihq.org/Topics/PatientSafety/Pages/default.aspx>.
12. Berry, J.C., Davis, J.T., Bartman, T., Hafer, C.C., Lieb, L.M., Khan, N et al. (2016) Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. *J Patient Safety*. doi: 10.1097/pts.0000000000000251.
13. Fan, Y., Zheng, Q., Liu, S., Li, Q. (2016). Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care. *Journal of Nursing Management*. 24(5):646–655.
14. Vifladt, A., Simonsen, B.O., Lydersen, S., Farup, P.G. (2016). Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. *Intensive and Critical Care Nursing*. 32(1):58-65.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. Erişim Tarihi: 02.11. 2017, <http://www.Saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6EIOF8892433>.
16. T.C. Sağlıkta Dönüşüm Programı. (2011). Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Türkiye Deneyimi Eylül 2004 – Aralık 2010. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 825.
17. Bodur, S., Filiz, E. (2010). Validity and reliability of Turkish version of hospital survey on patient safety culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*. 10(1):28-36.
18. Bach, S., Ellis, P. (2015). Leadership, management & team working in nursing. 2nd edition. London: SAGE/Learning Matters.
19. Profit, J., Sharek, P.J., Cui, X., Nisbet, C.C., Thomas, E.J., Tawfik, D.S., Lee, H.C., Draper, D., and Sexton, B.J. (2018). The Correlation Between Neonatal Intensive Care Unit Safety Culture and Quality of Care. *J Patient Saf*. 00:00–00.
20. Huang, C.H., Wu, H.H., Lee, Y.C. (2018). The perceptions of patient safety culture: A difference between physicians and nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*. 40(1):39–44.
21. Reis, C.T., Paiva, S.G., Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*. n(1)18 doi: 10.1093/intqhc/mzy080.
22. Okuyama, J.H.H., Galvao, T.F., Silva, M.T. (2018). Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hindawi. Scientific World Journal*. <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>.
23. Hernandez C. Supervisor Expectations, Event Reporting, and Patient Safety Perceptions: Exploring Potential Moderators and Mediators (2016). Honors in the Major Theses. 84. <http://stars.library.ucf.edu/honorstheses/84>
24. Hamadan, M., Khraisat, O., Eves, C. (2017). Patient Safety Culture Structures and Outcomes: A Sample from Isolation Units at Saudi Arabia. *International Journal of Nursing and Health Science*. 4(1):8-15.
25. Brewer, C.S., Kovner, C.T., Djukic, M., Fate, F., Greene, W., Chacko, T.P., Yang, Y. (2016). Impact of transformational leadership on nurse work outcomes. *Journal of Advanced Nursing*. 72:2879–2893.
26. Vaismoradi, M., Griffiths, P., Turunen, H., Jordan, S. (2016). Transformational leadership in nursing and medication safety education: a discussion paper. *J Nurs Manag*. 24(7):970-980.
27. McFadden, K.L., Stock, G.N., Gowen, C.R. (2015). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Management Review*. 40:24-34.
28. Farokhzadian, J., Nayeri, N.D., Borhani, F. (2018). The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BMC Health Services Research*. 18:654-704.
29. Edwards, M.T. (2017). An Organizational Learning Framework for Patient Safety. *Am J Med Qual*. 32(2):148-55.
30. World Health Organization. Erişim tarihi: 31.12.2018, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Healthsystems/patient-safety/patient-safety>.
31. International Council of Nurses (ICN). (2018). Statement Patient Safety Global Ministerial Summit April. Erişim tarihi: 10.03.2019. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Glob%20Minist.%20Pt%20Safety%20Summit_ICN%20statement%20final%20%281%29.pdf.
32. Moore, M. (2018). Strategies To Empower Nurses And Increase Patient Satisfaction Erişim Tarihi 15.07.2018, <https://www.hatchmed.com/blog/?tag=Nurse+empowerment>.
33. Lind, D.P., Andresen, D.R., Williams, A. (2018). Medical Errors in Iowa. Prevalence and Patients' Perspectives. *Journal of Patient Safety*. Volume Publish Ahead of Print - Issue - p. doi: 10.1097/PTS.0000000000000523.
34. Gore, D.C., Powell, J.M., Baer, J.G., et al. (2010). Crew resource management improved perception of patient safety in the operating room. *Am J Med Qual*. 25:60–3.
35. Arslanoğlu, A. (2019). Etkili İletişimin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi ve İç Girişimciliğin Aracı Rolü: Bir Özel Hastane Uygulaması. *İnsan&İnsan*. 21(6):431-451.
36. Najjar, S., Nafouri, N., Vanhaecht, K., Euwema, M. (2015). The relationship between Patient safety culture and adverse events: a study in Palestinian hospitals. *Safety in Health*. 1:16. DOI 10.1186/s40886-015-0008-z.
37. Moy, E.B., Akkor, A., Aydın, Ö., Çelik, N., Cankuş, B., Can Mamur, S. ve ark. (2018). Önemsenmiyor mu? Bilgi eksikliği mi? Ramak kala olaylar. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(2):70-86.
38. Burlison, J., Quillivan, R., Kath, L., Zhou, Y., Courney, S., Cheng, C., Hoffman, J.M. (2016). A multilevel analysis of U.S. hospital patient safety culture relationships with perceptions of voluntary event reporting. *Journal of Patient Safety*. doi:10.1097/PTS.0000000000000336.
39. Mitchell, I., Schuster, A., Smith, K., Pronovost, P., Wu, A. (2016). Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Quality and Safety*. 25:92–99.
40. Rutledge, D.N., Retrosi, T., Ostrowski, G. (2018). Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *J Clin Nurs*. 27:1941–1949.
41. Verbakel, N.J., Langelaan, M., Verheij, T.J.M., Wagner, C., Zwart, D.L.M. (2015). Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomised trial. *Br J Gen Pract*. 65(634):319-329.
42. Ko, Y., Yu, S. (2015). The relationships among perceived patients' safety culture, intention to report errors, and leader coaching behavior of nurses in Korea: a pilot study. *J Patient Saf*. doi:10.1097/PTS.0000000000000224.
43. Rogers, E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Aiken, L.H., Dinges, D.F. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. 23(4):202-212.
44. American Nurses Association (ANA). Healthy Working Environment. Erişim Tarihi: 12 Ekim 2017, <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/>.
45. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Nursing and Patient Safety. Erişim Tarihi: 04.04.2018, <https://www.ahrq.gov/patient-safety/>

- psnet.ahrq.gov/primers/primer/22/Nursing-and-Patient-Safety.
46. Cho, E., Lee, N.J., Kim, E.Y., Kim, S., Lee, K., Park, K.O et al. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 60:263-71.
 47. Griffiths, P, Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P. (2018). The association B and all. between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs.* 74:1474–1487.
 48. Bektemür, G. (2018). İç girişimciliğin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi: Bir özel hastane uygulaması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.* 3(5):161-177.
 49. Brunsveld-Reinders, A.H., Arbous, M.S., Kuiper, S.G., Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intrahospital transport of critically ill patients. *Journal of Critical Care.* 19:214.
 50. Parmentier-Decrucq, E., Poissy, J., Favory, R., Nseir, S., Onimus, T. Guerry, M.J.et al. (2013). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Ann Intensive Care.* 3:10.
 51. Hoffman, R.L., Saucier, J., Dasani, S., Collins, T., Holena, D.N., Fitzpatrick, M., et al. (2017). Development and implementation of a risk identification tool to facilitate critical care transitions for high-risk surgical patients. *Int J Qual Health Care.* 29:412-419.
 52. Rosenbluth, G., Destino, .L, Starmer, A., Landrigan, C., Spector, N., Sectish, T. (2018). I-PASS Campaign Committee. I-PASS handoff program: Use of a campaign to effect transformational changes. *Pediatr Qual Saf.* 3(4):88-100.
 53. The Joint Commission (JCI). (2017). A complimentary publication of The Joint Commission. The essential role of leadership in developing a safety culture. (57)1:1-8.
 54. Yılmaz A, Duygulu S. (2019). Investigation of Nurses’ Perceptions of Patient Safety Culture and Effective Factors. *Journal of Health and Nursing Management.* 6:171-185.
 55. Wang, Y., Eldridge, N., Metersky, M.L., Verzier, N.R., Meehan., T.P., Michelle, M. et al. (2014). National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions, 2005-2011. *New England Journal of Medicine* 370(4):341-51