T.C
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ: 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ PERSONELİ ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi

MUSTAFA ARIK

İş Sağlığı ve Güvenliği Programı

Kasım, 2020

ANKARA, 2020

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ: 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ PERSONELİ ÖRNEĞİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Fen Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi
İş Sağlığı ve Güvenliği Programı

Hazırlayan
Mustafa ARIK

Kasım, 2020
ANKARA

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Mustafa ARIK

…../…../2020

TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının başlangıcından sonuna kadar bilimsel bilgi birikimi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, desteğini ve yüksek hoşgörüsünü esirgemeyen öğrencisi olduğum için onur duyduğum değerli hocam, danışmanım sayın Doç. Dr. Dilek ÖZTAŞ'a, tez çalışmamın her aşamasında yanımda yer alan ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Keziban ARIK'a ve hayatıma her daim enerji veren, mutluluk kaynaklarım oğlum Seyit Mehmet ARIK ve kızım Asya Deniz ARIK ile hayatımda bambaşka yerleri olan sevgili annem Atiye ARIK, babam Seyit Mehmet ARIK, ağabeyim Ali ARIK ve kardeşim Yunus Emre ARIK'a teşekkürü bir borç bilirim.

Mustafa ARIK

…../…../2020

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ: 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ PERSONELİ ÖRNEĞİ

ÖZ

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin önemli bir ayağını oluşturan 112 acil sağlık hizmetleri, sağlıkta dönüşüm projesi ile acil sağlık sisteminin en önemli parçalarından biri haline gelmiştir. 112 Acil sağlık hizmetlerinin personel yapısı tekrar düzenlenerek, büyük çoğunluğu Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenleri tarafından sunulmaya başlanmıştır. Ambulans ve personel sayısının yeterli seviyelere gelmesi ile meydana gelen kaza ve olaylarda, ölüm ve sakat kalma oranları da azalım göstermeye başlamıştır. 112 Acil sağlık hizmetleri sunumunda olay yerinde ve ambulans içerisinde, hızlı ve doğru tedavi uygulamaları oldukça zordur. Bu durum çalışanların, müdahalelerinde tıbbi hata yapmalarına da sebebiyet vermektedir. Hasta güvenliği kültürünün böylesine dezavantajlı meslek gruplarında, olumlu anlamda, çalışanlara katkı sağlamaktadır. Araştırmamızda 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin hasta güvenliği kültürü algısı değerlendirilmiştir. Araştırmamızda, oluşturulan hasta güvenliği ölçeği ile Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ve Acil Tıp Teknisyenlerinin hasta güvenliğini etkileyen nedenler tespit edilmeye çalışılmış, faktörler analiz edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, acil sağlık hizmetleri, 112, ambulans ve acil bakım teknikeri, acil tıp teknisyeni

EVALUATİON OF PATİENT SAFETY CULTURE PERCEPTİON: 112 EMERGENCY HEALTH SERVİCES EXAMPLE

ABSTRACT

112 emergency health services, which constitute an important part of pre-hospital emergency health services, have become one of the most important parts of the emergency health system with the health transformation project. The personnel structure of the 112 Emergency Health Services has been reorganized and the majority of them have started to be provided by Ambulance and Emergency Care Technicians and Emergency Medical Technicians. As the number of ambulances and personnel reached sufficient levels, death and disability rates started to decrease in the accidents and incidents that occurred. In the provision of 112 emergency health services, fast and accurate treatment applications at the scene and in the ambulance are very difficult. This situation also causes the employees to make medical errors in their interventions. Patient safety culture contributes positively to employees in such disadvantaged occupational groups. In our study, the perception of patient safety culture of Ambulance and Emergency Care Technicians and Emergency Medical Technicians working in 112 emergency health services was evaluated. In our study, the factors affecting patient safety of Ambulance and Emergency Care Technicians and Emergency Medical Technicians were tried to be determined with the patient safety scale created, and the factors were analyzed.

Keywords: Patient safety, patient safety culture, emergency health services, 112, ambulance and emergency care technician, emergency medical technician

İÇİNDEKİLER

Sayfa

YÜKSEK LİSANS TEZ SONUÇ FORMU ..... **ii**
ETİK BEYAN ..... **iii**
TEŞEKKÜR ..... **iv**
ÖZ ..... **v**
ABSTRACT ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
KISALTMALAR LİSTESİ ..... **ix**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **x**

BÖLÜM 1 - GİRİŞ **1**
1.1. Araştırmanın Konusu 1
1.2. Araştırmanın Problemi 2
1.3. Araştırmanın Amacı 2

BÖLÜM 2 - HASTANE ÖNCESİ ACİL BAKIM HİZMETLERİ **4**
2.1. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği İle Acil Tıp Teknisyenliği Mesleği 5
2.1.1. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Alanları 6
2.1.2. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Görev, Yetki Ve Sorumlulukları 7

BÖLÜM 3 - HASTA GÜVENLİĞİ **9**
3.1. Hasta Güvenliği Kültürü 11

BÖLÜM 4 - MATERYAL METOD **18**

BÖLÜM 5 - BULGULAR **20**
5.1. Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılım 20
5.2. Yaş Durumuna Göre Dağılımı 20
5.3. Çalışma Sürelerine Göre Dağılım 21
5.4. Acil Sağlık Hizmetlerindeki Çalışma Durumlarına Göre Dağılım 21

5.5. Hasta Güvenliği Konusunda Haberdar Olma Durumuna Göre Dağılım 22
5.6. Hasta Güvenliği Eğitimi Alan Personel Durumuna Göre Dağılım 22
5.7. Daha Önce Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumuna Göre Dağılım 23
5.8. Tıbbi Hataya Tanık Olma Sıklığına Göre Dağılım 23
5.9. Tanık Olunan Tıbbi Hatanın Bildirim Durumlarına Göre Dağılım 24
5.10. Bildirim Yapılan Tıbbi Hatanın Birimlere Göre Dağılımı 24
5.11. Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumunda Bildirimi Yapılacak Birimlere Göre Dağılım 25
5.12. Hasta Güvenliği Kültürü Konusunda 112 Acil Sağlık Hizmetleri Biriminin Değerlendirme Durumuna Göre Dağılımı 25
5.13. AABT ve ATT' lerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Verilerinin Dağılımı 26
5.14. AABT ve ATT' lerinin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması 30

BÖLÜM 6 - TARTIŞMA 34

BÖLÜM 7 - SONUÇ 44

KAYNAKÇA 50

EKLER 55
EK 1- Etik Kurul Onayı 55
EK 2- Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği 56

ÖZGEÇMİŞ 61

KISALTMALAR LİSTESİ

AABT : Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri

ACSNI : Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations

ATT : Acil Tıp Teknisyeni

IOM : Institute of Medicine

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo .....Sayfa

Tablo 3.1. Hasta güvenlik kültürü olgunlaşma seviyeleri gelişme seviyesi hasta güvenlik kültürünü iyileştirici yaklaşım..... 14

Tablo 5.1. Sosyo-Demografik özelliklerine göre dağılım 20

Tablo 5.2. Yaş durumuna göre dağılım 20

Tablo 5.3. Çalışma sürelerine göre dağılım..... 21

Tablo 5.4. Acil sağlık hizmetlerindeki çalışma durumlarına göre dağılım 22

Tablo 5.5. Hasta güvenliği hakkında haberdar olma durumuna göre dağılım 22

Tablo 5.6. Hasta güvenliği eğitimi alan personel durumuna göre dağılım 23

Tablo 5.7. Daha önce tıbbi hataya tanık olma durumuna göre dağılım 23

Tablo 5.8. Tıbbi hataya tanık olma sıklığına göre dağılım 24

Tablo 5.9. Tanık olunan tıbbi hatanın bildirim durumlarına göre dağılım..... 24

Tablo 5.10. Bildirimi yapılan tıbbi hatanın birimlere göre dağılımı 25

Tablo 5.11. Tıbbi hataya tanık olma durumunda bildirimi yapılacak birimlere göre dağılımı..... 25

Tablo 5.12. Hasta güvenliği kültürü konusunda 112 acil sağlık hizmetleri biriminin değerlendirme durumuna göre dağılımı 26

Tablo 5.13. Ölçek sorularına verilen yanıtların dağılımı 27

Tablo 5.14. Ölçeğin madde analizine ilişkin bulgular..... 29

Tablo 5.15. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyet gruplarıyla karşılaştırılması 30

Tablo 5.16. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının görev durumuna göre karşılaştırılması 31

Tablo 5.17. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının hasta güvenliği hakkında eğitim alma durumuna göre karşılaştırılması 31

Tablo 5.18. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının daha önce tıbbi hataya tanık olma durumuna göre karşılaştırılması 32

Tablo 5.19. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının çalışma süresi ilişkisine göre karşılaştırılması..... 33

Tablo 5.20. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının yaş ile ilişkisi..... 33

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri, hastalık veya yaralanmaya bağlı olarak acil tıbbi yardıma ihtiyacı olan bireye yer ve zaman kısıtlaması olmaksızın acil sağlık hizmetinin, hastane dışında ulaştırılmasıdır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi ve sürdürülebilmesi için alanında özel eğitim almış ve donanımlı insan gücüne ihtiyaç vardır [1,2,3].

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde hızlı bir şekilde hareket etmek, acil hastaya gerekli müdahaleyi yapmak ve bu konuda önemli kararlar almak son derece önemlidir [4].

Hastane öncesi acil yardım servisi numarasının "112" olarak belirlenmesiyle birlikte, Türkiye'de ambulans hizmetleri farklı bir gelişim evresine girmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 09.11.1994 tarih ve 7919 sayılı genelgesi ile bütün illerde Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Şube Müdürlükleri kurulmasına başlanmıştır [5]. Sonraki dönemlerde idari mekanizma açısından bir takım değişik isimlendirmeler altında hastane öncesi acil sağlık hizmetleri gelişmeye devam etmiştir. Özellikle 1999 Marmara Depremi'nden sonra, kamu tarafından sunulacak etkin bir ambulans sisteminin önemi daha iyi anlaşılmıştır. Hastane öncesi acil yardım hizmetleri pek çok bileşeni olan ve farklı disiplinleri ilgilendiren bir alandır [6].

1.1. Araştırmanın Konusu

Sağlık alanında hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin hastaya ilk ulaşıldığı andan sağlık sunucularından ayrıldıkları dönem içerisinde, güvenli bir hizmetin belirli bir sistem dahilinde, güvenlik bilimi metotlarının uygulandığı bir alandır.

Çalışmanın ana konusu ise hastane öncesi sağlık hizmeti sunan çalışanların, sağlık alanında hasta güvenliği ve oluşturulmasında dikkat edilmesi gereken ilkeler ile

kültürel bir yapı olarak hasta güvenliğinin Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenleri tarafından nasıl algılandığının değerlendirilmesidir.

1.2. Araştırmanın Problemi

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusundaki çalışmalar; genel olarak sistemdeki aksaklıklar, hataların bildirimi ve raporlanması ile sağlık çalışanlarının görüşlerinin araştırılması şeklinde ele alınmaktadır [7]. Sağlık hizmetinin tüketicisi olan hastaların, hasta güvenliğini değerlendirmesi sağlık çalışanlarından ve kurum yöneticilerinden farklılık gösterecektir. Bu bağlamda sağlık hizmetini kullananların görüşleri dışarıda bırakılarak alınacak tedbirler, hasta güvenliğini sağlamada yeterli olmayacaktır [7,8].

Güvenliği olmayan ve güvenirliği tartışılan bir sağlık hizmeti, hastaların ölüm, sakat kalma ve yaralanmalarına neden olabilecek sonuçlara neden olacaktır. Sağlık bakım hizmeti sunan profesyoneller tarafından, bakım hizmeti sundukları hastaların durumu, oluşturmaya çalıştıkları güvenlik kültürü hakkında daha çok eleştirilmeye ve yeni metotların üretilmesine yol açacaktır. Sonuç itibariyle güvenli olmayan sağlık hizmetinin kullanıcıları tarafından sunulması hastalar açısından olumsuz sonuçlar doğuracağından dolayı, oluşması beklenen güvenlik kültürü sağlık çalışanları tarafından da kabul görmeyecektir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Araştırmamızda literatürde mevcut olan hasta güvenliği kültürü, hastane öncesi acil bakım, ambulans ve acil bakım teknikeri ile acil tıp teknisyenleri kavramlarını incelemek ve birbirleriyle olan ilişkilerini belirlemek, AABT ve ATT'lerin hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörleri belirleyebilmektir.

Araştırmamızda asıl amaç olarak hastane öncesi 112 acil ambulans araçlarında sağlık bakım hizmeti sunan AABT ve ATT'lerin hasta güvenliği kültürü algılarını değerlendirmek ve ilişkilerini saptamaktır. Bu ana amaç doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlar da hedeflenmiştir.

- Hasta güvenliği kültürü oluşumunda, 112 acil sağlık hizmetleri idari yönetiminin, hasta güvenliği ile ilgili çalışmalarının, AABT ve ATT' leri tarafından değerlendirilerek hataların belirlenmesidir.

- 112 acil sağlık hizmeti sunumunda AABT ve ATT' lerin çalışma iklimin tespit edilebilmesidir.

- 112 acil sağlık hizmetlerinin hasta güvenliği anlayışının tespit edilmesidir.

- 112 acil sağlık hizmetinin sunumunda AABT ve ATT'lerin olası beklenmedik olaylar durumunda, raporlama işlemlerinin nasıl algılandığının tespit edilmesidir.

- AABT ve ATT'lerinin, acil sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği ile ilgili davranışlarının tespit edilmesidir.

- AABT ve ATT'lerinin acil sağlık hizmetinin hasta güvenliği konusunda genel olarak memnuniyet algısının değerlendirilmesidir.

BÖLÜM 2

HASTANE ÖNCESİ ACİL BAKIM HİZMETLERİ

Acil bakım, ani olarak hastalanan veya kazaya uğrayan kişiye en kısa zamanda, olay yerinde, çeşitli araç-gereç ve tıbbi malzeme kullanılarak, bu konuda eğitim almış kişiler tarafından yapılan girişimlerdir. Acil bakım, hastanenin acil servisinde, herhangi bir serviste ya da yoğun bakımda verilebildiği gibi hastane dışında da 112 ambulansları tarafından verilebilmektedir [9].

Tanım olarak; acil olarak gelişen sistemik hastalık veya yaralanmalar sonucu, acil tıbbi yardım gereksinimi olan hasta/ yaralıda, oluşabilecek hasarı önlemek veya en aza indirebilmek için, yer ve zaman kısıtlaması olmaksızın, 7 gün 24 saat, hastane öncesinde sağlanan acil sağlık hizmetlerinin bütünüdür [10].

Sağlık sistemi içinde ambulans hizmetlerinin, kendine özgü bir konumu vardır. Ambulans hizmetlerinde amaç, hastayı tıbbi açıdan değerlendirmek, stabilize etmek ve uygun sağlık kuruluşuna nakletmektir [11]. Bu süreçlerin tümünde profesyonel bir anlayışın hakim olması gerekmektedir. Bütün sağlık hizmeti sunucuları arasında, acil durumlarda en ön safta görev yapan kişiler, hastane öncesi acil sağlık profesyonelleridir [12]. Bütüncül ekip dayanışmasının önemli olduğu bu grupta, kişisel ilişkiler yoğun yaşanmaktadır [13]

Sunulan sağlık hizmetleri bakımından hastane öncesi acil tıbbi uygulamalar, genel acil tıbbi uygulamaların bir kısmını meydana getirmekte olup ambulansta verilen sağlık hizmetleri genel olarak aşağıdaki gibidir.

- İntravenöz girişim yapmak.
- Hastaneye ulaşıncaya kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak.
- Oksijen uygulaması yapmak.
- Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak.

- Kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak.
- Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak.
- Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak.
- Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak.
- Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak.
- Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak.
- Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak [14].

2.1. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği İle Acil Tıp Teknisyenliği Mesleği

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin koşullarını ve alanın zorlu koşullarında gerekli olabilecek rol ve sorumlulukları taşıyan özel donanımlı personelin ambulanslarda görev yapmaya başlaması, başta Kuzey Amerika ülkeleri olmak üzere batılı ülkelerde 1950'li yıllara kadar dayanmaktadır. Türkiye'de ise hastane öncesi alana özgü personel eğitimi 1990'lı yılların başında başlamıştır [15].

Ambulans ve acil bakım teknikerleri (AABT), Üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'ndaki 2 yıllık ambulans ve acil bakım teknikerliği programlarından mezun olmuş kişilerdir [16]. Acil tıp teknisyeni (ATT) ise, sağlık meslek liselerinin acil tıp teknisyenliği bölümlerinden mezun olmuş kişilerdir [17].

Acil tıbbi müdahale gerektiren hastalık ya da yaralanma durumlarında olayın gerçekleştiği noktaya en yakın ambulans istasyonundan ambulans sevki sağlanmaktadır. Ambulans istasyonları bu görevin dışında 112 ambulans çağrılarının değerlendirilmesi ve kayıtlarının tutulması, ilk yardım eğitim programlarının düzenlenmesi, hastane acil servisleri ile koordinasyon, afet ve kitlesel yaralanmalar gibi özel durumlarda ilgili tüm kurumların eşgüdümünün sağlanması ve dokümantasyon görevlerini de yerine getirmektedir [18].

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri bünyesinde, 1992 yılında oluşturulan Acil Yardım ve Kurtarma Kurulu ile birlikte bir dizi yapısal reformlar dönemi başlamıştır [19]. 1990'lı yıllarda özellikle Dokuz Eylül Üniversitesi'nde başlayan ilk yardım ve acil tıp teknikerliği programı [20], acil tıbbın ayrı bir anabilim dalı olarak kabulü [21] ve Sağlık Bakanlığı özelinde kamu otoritesinin hastane öncesi acil tıp sistemine verdiği önem [22] bu sürecin en önemli basamakları arasında sayılabilir.

2.1.1. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Alanları

Hastane öncesi acil sağlık hizmetinin sunumunda kısa zamanda yaralı/hastaya ulaşmak son derece önemlidir. Nitekim saniyelerin bile kıymetli olduğu bu zaman diliminde olası geç kalmalar yaralıların durumunun kötüleşmesine, mortalite ve morbidite oranlarının artmasına sebep olacaktır. 112 acil yardım ambulansları tam da bu noktada önemli merkezlere konumlandırılmış, göreve hazır bir şekilde beklemektedir. İstasyonlar verdikleri hizmete göre üç tipte kurulabilir. Bunlar;

A TİPİ İSTASYON: 24 saat kesintisiz sadece ambulans hizmeti verilen, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurulan, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı ve kadrolu personeli olan istasyonlardır. (A) tipi istasyonların açılış ve kapanış işlemleri Bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir. Bu istasyonlar;

1) Ekip içerisinde hekim bulunanlar (A1) tipi istasyon,

2) Ekip içerisinde hekim bulunmayanlar ise (A2) tipi istasyon olarak adlandırılır.

B TİPİ İSTASYON: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verilen, kadrosu ve özlük hakları bakımından bünyesinde bulunduğu kuruma, ambulans hizmeti bakımından merkeze bağlı olan (Mülga ibare:RG-29/4/2014-28986) istasyonlardır. Bu istasyonlar;

1) Hastane acil servisi ile entegre olanlar (B1) tipi istasyon,

2) Birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise (B2) tipi istasyon olarak adlandırılır

C TİPİ İSTASYON: İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı acil sağlık istasyonlarıdır.

İstasyonlarda acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş sağlık ekibi ile tıbbi donanımlı ambulanslar görev yapar. İstasyonlarda görev yapan personelin standart donanımları başhekimlik, iaşe, ibate ve güvenlikleri, içinde bulundukları kuruluşlar tarafından sağlanır. İstasyonda ambulans ve ambulansta görev yapan ekibe lojistik destek sağlamak amacıyla, en az üç oda, eğitim salonu, tuvalet, banyo, mutfak, malzeme deposu, ambulans garajı ile telefon, sabit telsiz ve gereken diğer malzeme bulunur. İstasyonların, Bakanlıkça bu hizmete özel inşa edilen ve yukarıda sayılan özellikleri taşıyan tesislerde faaliyet göstermesi esastır. Bakanlığa ait mevcut sabit sağlık tesislerinden, bu tesislerin de yeterli olmadığı durumlarda, diğer özel ve resmi kurum ve kuruluşlarına ait tesislerden de önceden izin almak kaydıyla yararlanılabilir [23].

2.1.2. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Görev, Yetki Ve Sorumlulukları

Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri personel sayısı ve il ambulans servisi başhekimliğin görevlendirmesi ile tüm istasyon tiplerinde görev yapabilmektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetini yerine getirirken yapabilecekleri kanun ile belirlenmiş sınırlı temel uygulamaları ifa edebilmektir. Bu uygulamalar ambulans ve acil bakım teknikerleri için;

- İntravenöz girişim yapmak.
- Hastaneye ulaşıncaya kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak.
- Oksijen uygulaması yapmak.
- Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak.
- Kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak.
- Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak.

- Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak.
- Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak.
- Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak.
- Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak.
- Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak.

Acil tıp teknisyenleri ise tıbbi danışman koordinasyonu ve onayı ile Bakanlıkça yapılacak düzenlemelere uygun olarak;

- İntravenöz girişim yapmak.
- Oksijen uygulaması yapmak.
- Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak.
- Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak.
- Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak.
- Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak.
- Temel yaşam desteği protokollerini uygulamak.
- Temel yaşam desteği uygulaması sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak.
- Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak [14].

BÖLÜM 3

HASTA GÜVENLİĞİ

Hasta güvenliği alanında tarihte ilk kez Hammurabi Kanunlarında “Hekimin hastasını öldürmesi ya da tehlikeli bir şekilde yaralaması durumunda, her iki elinin kesileceği…” ifadesine yer verilirken; İngiltere'de 1883 yılında tıbbi ihmal kavramı kanunlardaki yerini almıştır. Florence Nightingale de "Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmamaktır” sözü ile hasta güvenliği ve enfeksiyonlar arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. Osmanlı Devleti döneminde, eczanelerde satılan ilaçların ağzının mühürlü olarak satılması zorunluluğu gibi çalışmalarla da hasta güvenliği ve ilaç güvenliği arasındaki ayrılmazlık vurgulanmıştır [24].

Sağlık alanında yaşanan gelişmelerin etkisiyle bireylerin sağlık bilinci artmış ve sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteği yaygınlaşmıştır. Sağlık hizmeti alan bireyler en kısa sürede sağlıklarına kavuşmayı istemekte, tanı ve tedavilerinin doğru bir şekilde, gelişen teknoloji yoluyla yapılmasını talep etmektedirler [25].

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya eliminasyonu olarak tanımlanır. Hasta güvenliği, bakımın kalitesi ile ilişkilidir ancak her ikisi aynı şey değildir. Güvenlik, kalitenin önemli bir alt grubudur. Bir diğer tanıma göre ise Hasta Güvenliği, sağlık hizmetinin sunum aşamalarında görülebilecek ‘basit hatalar’ nedeniyle, hastalar, yakınları ve sağlık kuruluşunda çalışanlar için zararla sonuçlanabilecek süreçleri ön görmek, zarar ve hataları engellemek çabasıdır [24]. Sağlık çalışanları açısından öncelikli hedef, insanlara yardım etmek isterken onlara çeşitli sebeplerle hizmet sunumu esnasında verilebilecek hataları da önlemektir. Fakat sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı birbirinden farklı alanlarda ve çeşitli meslek gruplarından hizmet alınmasını gerekli kılmakta, dolayısıyla tıbbi hata riskini de arttırmaktadır. Hastaların güvenliğini tehdit eden hataların önlenmesi için kurumsal olarak güvenlik kültürünün oluşturulması gerektiği düşünülmektedir [26,27,28].

Sağlık endüstrisi morbidite ve mortalite için yüksek risk içerdiğinden, yüksek bir tehlike endüstrisi olarak kabul edilir. Institute of Medicine'nin (IOM) sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği kültürlerini geliştirmek için çalışması gerektiğini önermiştir [29].

Hasta güvenliği konusundaki çalışmalar, hasta hakları çalışmalarıyla birlikte gündeme gelmekle birlikte, bu konuya dikkatin artması, 1999 yılında Institute of Medicine'nin (IOM) yayınladığı rapor sayesinde olmuştur. Bu rapora göre, Amerika'da yılda 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalara bağlı olarak öldüğü bildirilmiştir. Önlenebilir tıbbi hataların Amerika'ya yılda 17-29 milyar Amerikan Doları'na mal olduğu hesaplanmıştır, bu duruma sakatlık ve iş gücü kaybı da eklendiğinde, toplam maliyetin 37,6 milyar ile 50 milyar Amerikan Doları arasında olabileceği hesaplanmıştır. Kalite çalışmalarında yapılan bu tür hesaplamalarda, en fazla hata oranının sağlık hizmetlerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hekimlerin %35'inin kendilerine veya yakınlarına yapılan tedavilerde tıbbi hata olduğunu belirtmesi, hekim dışında olan kişilerin de %42'sinin aynı görüşte olması, tıbbi hatanın geldiği nokta açısından son derece düşündürücü idi. İngiltere 'de hastaneye yatan hastaların %10 'undan fazlasında, yani ortalama yılda 850.000 istenmeyen olay görüldüğü, Avustralya 'da ise bu oranın %16,6 olduğu belirlenmiştir. Elde edilen tüm veriler ışığında, hasta güvenliği çalışmalarına yoğunlaşılmış ve bu konuda çalışmalar artmıştır [30].

Sağlık bakımında meydana gelen güvenlik ihlali ile ilgili problemler yeni değildir. Çalışmalarda 1950-1960 yıllarında bu olaylar rapor edilmiş, fakat bu konu büyük oranda ihmal edilmiştir. Harvard Tıp Uygulamaları (1991) çalışma sonuçlarını yayınlaması ile 1990 yılının başlarında bu durum ilk olarak kanıtlarla ortaya çıkmaya başlamıştır. Çalışmalarda hastaların %4'ünün hastanede bazı zararlardan dolayı acı çektiğini, %70'inin ters etkiler sonucunda kısa süren yetersizlikler yaşadığı ve olayların %14'ünün ölümle sonuçlandığı belirtilmiştir. Birleşik Krallık Sağlık Departmanı 2000 yılı raporunda, her yıl hastaneye kabullerin %10'ununda hastaya zarar veren olayların meydana geldiğini rapor etmiştir [31].

Hasta güvenliği ile ilgili yaşanan olaylar sonucunda hastanede tedavi altına alınan hastalar için zararların oluşması ile birlikte sağlık kuruluşlarına ilave maliyetlerde

meydana getirmektedir. Hastaların yaşayacağı zararlar, önemli yaralanmalara, tedavi sürecinin uzamasına, geçici sakatlığa ve şahsın ölümüne neden olabilecek düzeyde olabilmektedir. Hasta güvenliğinde hata ve yanlışlıkları önlemeye yönelik iyi bir sistematik yaklaşımlar geliştirilmelidir [32].

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve kalıcılığını sağlamak için yöneticilerin bu konuyu çok iyi benimsemesi gerekir. Bu kültürü benimseyen yöneticilerin aşağıdaki basamakları yerine getirmesi gereklidir [27] ;

- Hasta güvenliğinin herkes tarafından benimsemesi gerekli bir konu olduğunun ilan etmesi,
- Hasta güvenliği konusunda çalışanların iletişimi benimsemesine teşvik edilmesi,
- Sağlık çalışanları tarafından iş kazalarının belirlenmesi ve azaltılması açısından yetki verilmesi,
- Hasta güvenliği için kaynakların belirlenmesi ve tüm çalışanların hasta güvenliği açısından devamlı suretle eğitilmelerinin sağlanması.

3.1. Hasta Güvenliği Kültürü

Günümüze kadar güvenlik kültürü ile ilgili yapılan araştırmalar, araştırmacıların birbirinden farklı tanımlar ile ortaya çıkması, bu konuda halen tam bir uzlaşmanın olmadığını göstermektedir [33]. ACSNI'nın (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) tanımına göre; güvenlik kültürü, kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine ve uygulamadaki sürekliliğine karar veren birey ve grupların değer, algı, tutum, düşünce alışkanlıkları, yetkinlik ve davranış örüntüleri olarak ifade edilmektedir [34]. 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 [35]. Kurum kültürü hakkında çok çeşitli tanımların olması nedeniyle, bu tanımlardaki ortak noktaları şöyle özetlemek mümkündür:

- Öncelikle tanımlarda kurum üyelerince paylaşılan bir değerler bütününden bahsedilmektedir. Bu bütün, üyelere doğru ve kabul edilebilir davranışla, yanlış ve kabul edilemez olan davranışın ne olduğunu bildirir.

- İkinci ortak nokta, değerler bütününün tüm üyelerce, sorgulanmaksızın doğru kabul edilmesidir.

- Tanımlarda, kültürel yapıya genellikle işlevselci bir anlayışla yaklaşılmaktadır.

- Bir diğer ortak yön de, değerlerin iletimi ve paylaşılmasında kullanılan yollara ilişkindir. Kurum içindeki sembollerin, bunlara yüklenen anlamların, hikayelerin ve geçmiş olayların hem ortak kültürün yaratımı ve iletimini sağlayan, hem de davranışları yönlendiren kültürel unsurlar olduğu belirtilmektedir [36].

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 [37]. Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi amacıyla oluşturulan sistemler için uluslararası hava taşımacılığı ve nükleer enerji merkezleri gibi yüksek güvenilirlikli sanayilerden güvenlik çalışmaları ve güvenlik kültürü model alınmıştır. Güvenlik sistemleri oluşturulmadan önce yüksek riskli etkinliklerden sayılan bu alanlar, bugün en güvenli alanlar olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumları da iletişim ve ekip çalışması modellerini uygulayarak ve hasta güvenliğini destekleyen çalışma ortamları oluşturarak yüksek güvenilirlikli organizasyonlar haline gelmeyi amaçlamaktadırlar [38].

Çok sayıda çalışma, bir sağlık kuruluşu içinde pozitif bir güvenlik kültürü ve geliştirilmiş hasta güvenliği arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir [39]. Tutum çalışmaları bireylerin belli bir zaman birimindeki tutumlarını öğrenerek ilerideki davranışlarının tahmin edilmesi, olumsuz koşulları önceden saptayarak bunların giderilmesi ve özellikle yönetsel konularda gerekli önlemleri alarak olumsuz davranışların önüne geçilmesi gibi amaçlarla yapılmaktadır [40]. Yöneticiler, birlikte çalıştıkları ve yönetimi altındaki kişilerin sisteme, kurallara ve kendisine yönelik tutumlarını bilmek zorundadır. Böylece yöneticilerin bu kişilerin davranışlarını

önceden tahmin ederek kontrol etmek için bazı önlemler almaları söz konusu olabilmektedir. Tutumu ölçmek için birçok yöntemden yararlanılmakla birlikte sıklıkla derecelendirilmiş ölçekler kullanılmaktadır. Likert tipi ölçeklerde, bireylere araştırılan konuyla ilgili yargılar verilerek bireyin bu yargılara katılım derecesi belirlenmektedir. Son yıllarda tutumların düşünce, duygu ve davranış eğilimi öğelerinden oluştuğu görüşü sorgulanmakla birlikte; oluşturulan ölçeklerde bu boyutların dikkate alınmasını önerenler de bulunmaktadır [41,42,43]

Sağlık organizasyonlarında hasta güvenliğinin sağlanması, beraberinde bir davranış ve tutum değişimi gerektirdiğinden belli bir süreci gerekli kılmaktadır. Hasta güvenliği kültürünün örgütlerde gelişimi ve zayıf bir güvenlik kültüründen (poor safety culture) iyi bir güvenlik kültürüne (good safety culture) geçiş aşamalarını, "Fleming (2008)" [44] patolojik, reaktif, analitik, pro-aktif, üretken olmak üzere 5 seviyeden oluşan bir model kullanarak açıklamıştır.

Tablo 3.1'de görüldüğü üzere, patolojik seviyede örgütler güvenliği bir problem olarak görür, ancak bilgiler gizlenir ve güvenliğin sağlanmasında bireylerin sorumluluğu üzerine odaklanılır. Reaktif seviyede, güvenlik önemli olmakla beraber, zarar ortaya çıktıktan sonra sorumluluk söz konusudur. Analitik seviyede ise örgütler, kurallara ve pozisyonlara oldukça bağlıdırlar. Bir kaza olduktan sonra, bu tür örgütlerde bilgi yok sayılır ve başarısızlıkların açıklanmasında derinlemesine bir soruşturma olmadan karar verme yoluna gidilir. Pro-aktif seviyede, zararlar ortaya çıkmadan önce bütün paydaşlar arasında hasta güvenliğiyle ilgili geniş çaplı bir katılım söz konusudur. Son aşama olan üretken aşamada ise, örgütler güvenli ve güvensiz davranışlar hakkında bilgi sağlamak için aktif bir araştırma sürecinde yer alırlar. Bu aşamada, yüksek güvenirli örgütlerin özellikleri ile güvenlik kültürü üretken aşamada olan örgütlerin özellikleri birbirine benzerdir.

Tablo 3.1. Hasta güvenlik kültürü olgunlaşma seviyeleri gelişme seviyesi hasta güvenlik kültürünü iyileştirici yaklaşım

Patolojik (Pathological)	Pozitif güvenlik kültürünü geliştirecek bir sistem yok. Kazalar, "kötü şans" ve örgütün dışında hasta davranışlarından veya personel hatasından kaynaklı olarak görülüyor. Kazalar ve şikâyetler mümkünse sümen altı yapılıyor. Bireyleri suçlama kültürü oldukça yaygın. Geçici bir raporlama sistemi var.
Reaktif (Reactive)	Denetleyici araştırmalar ve/veya olayların sorumluluğuyla ilgi parça parça olan bir sistem var. Bu örgütler kendini, şartların/olayların bir kurbanı olarak görüyor. Problemlerin sebebi olarak bireyler görülüyor. Çözümler ise daha çok yeniden eğitim ve cezalandırma. Gelişmemiş bir raporlama sistemi var. Personel, kazaların raporlanması konusunda cesaretlendirilmiyor. Kazaların raporlanması konusunda personelin isteksiz davranmasında sadece personeli suçlayıcı bir kültür var. Kazalar olduğu zaman, hastalar ve onlarla ilgili kesimleri destekleyici bir teşebbüs yok.
Analitik (Calculative)	Sistematik bir hasta güvenliği yaklaşımı var, fakat uygulamalar çok dağınık ve olayların soruşturulması dar kapsamlı bir çerçevede yapılıyor. Personel kazaların raporlanması konusunda cesaretlendiriliyor fakat çalışanlar bu yaptıklarının güvenli olduğunu hissetmiyorlar. Şikâyetler dikkate alınıyor.
Pro-aktif (Proactive)	Kapsamlı bir pozitif güvenlik kültürü geliştirme yaklaşımı var. Kazalar, sistemin ve bireylerin hatasının bir kombinasyonu olarak kabul ediliyor. Kazaların ve ramak kaldı olayların raporlanması konusunda cesaretlendirme var. Personel bu raporlamayı, öğrenme için bir fırsat olarak görüyor.
Üretken (Generative)	Örgüt misyonunun merkezinde yaratıcı ve koruyucu bir pozitif güvenlik kültürü var. Örgüt etkinliği ölçüyor, başarısızlıklardan öğrenme söz konusu. Başarısızlıklar örgütün güvenliği iyileştirmesine imkân sağlayacak bir hareket anlamına geliyor. Personel, hastalar ve ilgililer aktif olarak destekleniyor ve örgütte yüksek seviyede açıklık ve güven bulunmakta.

Kaynak:"Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use", Mark Fleming and NatashaWentzell, 2008: 12, "Patient Safety Culture in Primary Care: Developing a Theoretical Frame work for Practical Use", Kirk vd., 2007: 316.

Kurumsal kültür basitçe, "bir kurumda işlerin nasıl yürüdüğü" dür. Diğer bir deyişle "burada işler böyle yapılır" şeklinde tanımlanabilir [45]. İşlerin yapılış şekli eski üyeler tarafından yeni üyelere gösterilir. Kurumsal kültür inançlar, değerler, adetler, uygulamalar, öğrenilen işlemler ve paylaşılan ödüllerin tümü ile yoğrulmuştur. Kurumsal kültür kolay değiştirilebilecek bir değer değildir. Değişime kolay uyabilecek üyeler olabileceği gibi şiddetli direnç gösterecekler de vardır, hatta bazı

kurumlarda bu grup çoğunlukta olabilir. Önemli olan kurumsal liderliğin bu değişimin ne kadar önemli olduğunu önce kendisinin kabul etmesi, daha sonra da tüm kurumla bu değişimin gereğini ve neler getireceğini açık bir şekilde anlatması ve paylaşmasıdır [46]. Güvenlik kültürünün geliştirilmesinde işveren tarafından, üretim süreçlerinde "önce verimlilik" yerine "önce insan" yaklaşımının benimsenmesi gerekmektedir [47]. Kurumlarda güvenlik kültürünün oluşturulması için yapılması gerekenler şunlardır [27,48,49] ;

- Cezalandırıcı olmayan raporlama sisteminin oluşturulması,
- Risk azaltma stratejilerinin geliştirilmesi,
- Süreçlerin ve ekipmanların standardize edilmesi,
- Etkili iletişimin sağlanması,
- Yeterli ve etkili personel alımının yapıldığından emin olunması,
- Tüm çalışanlara ekip çalışması eğitiminin verilmesi,
- Hastanın katılımının teşvik edilmesi ve desteklemesi,
- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktivitelerin belirlenmesi,
- Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yaratılmış olması,
- Riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilebiliyor olması,
- Hasta güvenliği konusunda kurumun kaynak ayırması gerekmektedir.

Hasta güvenliği kültürü, örgüt kültürünün bir parçasıdır ve örgütteki bireylerin tutumları, inançları, algıları ve değerlerinden oluşur [50]. Hasta güvenliğini artırmak için önemli bir ilk adım, bir kuruluşun güvenlik kültürünü ele almak ve anlamaktır. Benzer şekilde güvenlik kültürünün değerlendirilmesi sağlık kuruluşlarının iyileşme alanlarını değerlendirmelerine ve zaman içindeki değişiklikleri analiz etmelerine yardımcı olur [51]. Bir güvenlik kültürünün

başarılması, sağlık kuruluşu için önemli olan değerlerin, tutumların, inançların ve normların ve hasta güvenliği için hangi tutum ve davranışların uygun ve beklenen bir anlayış olduğunu gerektirir [52].

Hasta güvenliği kültürü yaratmada olması gereken planlamanın ana hatları şöyledir [53] ;

- Açık ve hatalardan ders alınabilen bir hasta güvenliği kültürü yaratılmasına çalışılmalıdır.
- Hasta güvenliğinin kurumun liderleri için en önemli öncelik olduğunun ve bu amaçla takım çalışmasının en üst düzeye çıkarıldığının gösterilmesi sağlanmalıdır.
- Klinik uygulamalar, işlemler, süreçler ve çalışma koşullarının devamlı değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma ile risk yönetimi elden ele götürülmelidir.
- Hasta güvenliği raporları ve seyri düzenli olarak duyurulmalıdır. Bildirim ve güvenliği arttırıcı karar-verme mekanizmalarının geliştirilmesi ve kullanılması teşvik edilmelidir.
- Hasta ve hasta yakınları kendi güvenliklerini korumaları ve geri bildirimde bulunmaları için özendirilmeli ve eğitilmelidirler.
- Ortaya çıkan olumsuzluklar sistematik olarak değerlendirilmeli, sürekli öğrenme ve sistemlerin iyileştirilmesi konusunda rehber alınmalıdır.
- Alınacak önlemlerin hatırlamaya dayalı ve cezalandırıcı olmamasına özen gösterilmelidir.

“Adıgüzel (2010)” belirttiğine göre; hasta güvenliği kültürü, tüm sağlık hizmetleri alanında çalışan, özellikle hasta ve yakını ile birebir iletişim içinde olan hekimlerin, hemşirelerin ve hastane personelinin hasta haklarına saygı ve özen göstermesi, her türlü ortamda hasta haklarının korunması olarak tanımlanmıştır [54]. Bunu sağlayabilmek için, sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam

yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayırmalıdır. Bu kaynaklar arasında nitelikli sağlık personelinin varlığı önemli bir yere sahiptir [55].

Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirildiği bir çalışmada; hemşirelerin %76,2'sinin hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığı, ancak hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama oranının oldukça düşük olduğu ve hasta güvenliği kültürünün yeterince gelişmediği saptanmıştır [56]. "Adıgüzel (2010)" tüm sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısını belirlediği çalışmasında; sağlık çalışanlarının hasta güvenliği uygulamalarında en çok ekip çalışması ve uyumu ön plana çıkarttıkları, hata yapma farkındalığı konusunda duyarlı oldukları saptanmıştır [54]. "Gündoğdu (2012)" çalışmasında; hemşirelerin genel hasta güvenliği kültürü algısının orta düzeyde olduğu, eğitim ve araştırma hastanelerindeki hemşirelerin %72'sinin, özel hastanelerdeki hemşirelerin %73,5'inin hatalı olayları hiç rapor etmedikleri belirlenmiştir [57].

BÖLÜM 4

MATERYAL METOD

Çalışma Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde çalışan 01-30 Haziran 2020 tarihleri arasında yapılmış betimsel tipte bir araştırmadır. Çalışma yapılması için Etik kuruldan izin alınmıştır. 112 Acil sağlık hizmetleri bünyesinde ve halen aktif olarak çalışan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerine, çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden 159 personel ile gerçekleştirilmiştir.

Hasta güvenliği kültürü anketi, yüz yüze görüşmeler sırasında uygulanmıştır. Yönlendirilen 47 sorudan 17 adeti sosyo-demografik özellikleri ile hasta güvenliği ile ilgili bilgi düzeyi ölçme sorularından oluşurken, geriye kalan 30 adet sorudan 19 adeti tamamen katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, tamamen katılmıyorum şeklinde beşli Likert ölçeği ile bakılmıştır. 11 adet soruda ise asla, nadiren, ara sıra, çoğu zaman, her zaman gibi cevaplardan oluşan beşli Likert ölçeği kullanılmıştır. Memnuniyet ölçen 1 adet soruda ise mükemmel, çok iyi, kabul edilebilir, zayıf, başarısız cevaplarından oluşan beşli Likert ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte; katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini içeren bölüm (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, öğrenim durumu, görevi, toplam çalışma süresi, acil sağlık hizmetlerinde çalışma süresi, çalışma şekli, aylık çalışma süresi), hasta güvenliği ile ilgili sorularda ise (daha önce duyduğu, eğitimi olup olmadığı), tıbbi hata ile ilgili düşüncelerde (daha önce tıbbi hataya tanık olma durumu, hangi sıklıkla tıbbi hataya tanık olma durumu, tıbbi hatayı bildirme durumu, tıbbi hatayı kime bildirdiği, tıbbi hatayla karşılaşma durumunda kime bildireceği durumu), acil sağlık hizmetleri yönetimi hakkındaki düşünceleri ile ilgili bölüm, 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışanların çalışma iklimi hakkındaki düşünceleri hakkındaki bölüm, 112 acil sağlık hizmetleri yönetiminin hasta güvenliği ile ilgili anlayışı hakkındaki düşünceleri ilgili bölüm, beklenmedik olay ve hata raporlama işlemlerinin ne düzeyde uygulandığı ile ilgili bölüm, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının hasta güvenliği ile ilgili davranışlarının ne düzeyde olduğu ile ilgili bölüm ile hasta güvenliği konusunda 112

acil sağlık hizmetleri biriminin değerlendirilmesi olmak üzere yedi ana başlıkta araştırma yapılmıştır.

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi için SPSS 22.0 [58], programı kullanıldı. p değeri <0,05 istatistiki olarak anlamlı kabul edildi. Acil Sağlık Hizmetleri ölçeği 29 farklı ifadeden oluşmaktadır. Anketin Güvenilirliği: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin iç tutarlılığı Cronbach alpha katsayısı ile verildi. Güvenilirlik, bir ölçme aracının aynı şartlar altında yenilenen ölçümlerde elde edilen değerlerin kararlılığını ifade etmektedir. Güvenilir olmayan bir ölçek kullanışsızdır ve Cronbach (1951) tarafından geliştirilen Alfa Katsayısı Yöntemi ile değerlendirilmektedir. Cronbach Alpha Değeri doğru-yanlış seklinde puanlanamayan maddelerin 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığında kullanılan, iç tutarlılığı ölçen bir tahmin yöntemidir [59].

Ölçeğe ilişkin madde ortalama ± standart sapmaları, madde toplam korelasyonları ve madde silindiğinde cronbach alpha değerleri verildi. Ölçeğin güvenirliği testin iki yarı bölünmesi yöntemi ile gösterildi. Ölçek alt boyutları ve sayısal değişkenler arası ilişki Spearman Korelasyon katsayısı ile belirlendi. İki bağımsız grup arasında ölçek puanları bakımından fark olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile gösterildi

Alfa Katsayılarına bağlı olarak ölçeğin güvenirliliği aşağıdaki gibi yorumlanır.

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşük.
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir.
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Ölçek maddelerine verilecek cevapların üç veya daha fazla olması durumunda genellikle 0,70 ve üzerinde tercih edilmesi önerilerken, keşfedici araştırmalarda 0,60'a kadar tolere edilmesi mümkün olabilir [60].

BÖLÜM 5

BULGULAR

Acil Sağlık Hizmetleri Ölçeği güvenirlik analizi sonuçlarına göre, tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı cronbach's alfa değeri 0.869 olarak elde edilmiş ve bu değerin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Yönetim, çalışma iklimi, yönetim anlayışı, beklenmedik olay ve raporlama ve çalışma davranışları alt boyutlarının güvenirlik düzeyleri 0,628-0,816 arasında olduğu incelenmiş, alt boyutların güvenilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

5.1. Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılım

Araştırmaya katılan AABT ve ATT' lerin cinsiyet, eğitim, medeni durum ve görev çeşitliliğine göre dağılımı Tablo 5.1'de gösterildiği şekilde tespit edilmiştir.

Tablo 5.1. Sosyo-Demografik özelliklerine göre dağılım

		N	Yüzde%
Cinsiyet	Erkek	38	23,9
	Kadın	121	76,1
Eğitim	Lise	25	15,7
	Önlisans	69	43,4
	Lisans	61	38,4
	Yüksek Lisans	4	2,5
Medeni Durum	Evli	124	78
	Bekar	35	22
Görev	Aabt	49	30,8
	Att	110	69,2
Toplam		159	100

5.2. Yaş Durumuna Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan AABT ve ATT' lerin yaşa göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 5.2) ortalama yaş ortalamasının 31,34 olduğu görülmüştür.

Tablo 5.2. Yaş durumuna göre dağılım

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Ss
Yaş	20	45	**31.34**	**4,8507**

5.3. Çalışma Sürelerine Göre Dağılım

Araştırmaya katılan AABT ve ATT' lerin kurum içerisinde toplam çalışma süreleri ile acil sağlık hizmetlerindeki çalışma süreleri incelenmiştir (Tablo 5.3). Buna göre en kısa çalışma süresi 1 yıl olup, en fazla çalışma süresine sahip personel ise 18 yıl olarak tespit edilmiştir. Kurum içerisinde toplam çalışma süresi ortalama 10,170 yıl olup, acil sağlık hizmetlerinde ortalama çalışma süresi ise 8,723 yıldır.

Araştırmaya katılan katılımcıların aylık çalışma saatleri incelendiğinde (Tablo 5.3) aylık asgari 160 saat ile azami 290 saat çalıştıkları belirlenmiştir. Tüm katılımcıların ortalama aylık çalışma saati ise 189,824 olarak tespit edilmiştir. Ortalama aylık çalışma saati dikkate alındığında, katılımcılar istasyondaki personel eksikliği de dikkate alınarak her ay 1 (Bir) nöbete denk gelen 24 saat fazla mesai yapmaktadırlar. Fazla mesai için ücret ödemesinin yapılması, çalışanlar için ekonomik olarak kaynak oluşturmaktadır. Bu nedenle gerek kadrolu çalıştıkları istasyonlarda eksik personel olması ile gerekse diğer istasyonlarda ihtiyaç olması durumunda personelin talebi dahilinde fazla mesai ücreti ödenerek, çalışmaları sağlanmakta ve aylık çalışma saatleri azami seviyelere ulaşmaktadır. Bu sayede yeterli personel ile eksik personel ihtiyacı karşılanmakta, istasyonların kesintisiz acil sağlık hizmeti sunması sağlanmaktadır.

Tablo 5.3. Çalışma sürelerine göre dağılım

	Minimum Çalışma Süresi	**Maksimum Çalışma Süresi**	**Ortalama Çalışma Süresi**	**Ss**
Toplam Çalışma Süresi	1 Yıl	18 Yıl	10,2	4.0
Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresi	1 Yıl	18 Yıl	8,7	3.6
Aylık Çalışma Süresi	160	290	189,8	25,8

5.4. Acil Sağlık Hizmetlerindeki Çalışma Durumlarına Göre Dağılım

Araştırmaya katılan AABT ve ATT' lerin çalışma şekline göre incelendiğinde (Tablo 5.4) katılımcıların %95,6'sı tam zamanlı, %1,9'u yarı zamanlı ve %2,5'i ise diğer çalışma şekli içerisinde hizmet vermektedirler. 24 saat esaslı yürütülen acil sağlık

hizmetinin kesintisiz sürdürülebilmesi sebebiyle personelin tam zamanlı (nöbet usulü) olarak çalışmaları hizmetin ana unsurunu oluşturmaktadır. Yarı zamanlı çalışan personel ise sürücülük vazifesi yapmaları ve sürücülük görevinin zaman kıstası nedeniyle yarı zamanlı olarak çalışmaktadırlar. Diğer çalışma şekli ile çalışanlar ise doğum sonrası süt izin hakları sebebiyle mesai usulü çalışmaktadırlar.

Araştırmaya katılan AABT ve ATT' lerin çalışma saatleri incelendiğinde (Tablo 5.4), katılımcıların %95,6' sı tüm gün (nöbet usulü) çalışmakta iken, diğer %4,4 ü ise gündüz (gebelik sonrası süt izinli çalışma şekli ya da mesai şeklinde idari hizmetlerde görevli olarak) çalışmaktadır.

Tablo 5.4. Acil sağlık hizmetlerindeki çalışma durumlarına göre dağılım

		N	Yüzde%
Çalışma Şekli	Tam Zamanlı	152	95,6
	Yarı Zamanlı	3	1.9
	Diğer	4	2.5
Çalışma Saatleri	Tüm Gün	152	95,6
	Gündüz	7	4,4
Toplam	**159**	**159**	**100**

5.5. Hasta Güvenliği Konusunda Haberdar Olma Durumuna Göre Dağılım

Araştırmaya katılan katılımcıların hemen hemen tamamı hasta güvenliği konusundan haberdar olduğunu göstermektedir (Tablo 5.5).

Tablo 5.5. Hasta güvenliği hakkında haberdar olma durumuna göre dağılım

	N	Yüzde
Evet	158	99,4
Hayır	1	0,6
Toplam	159	100

5.6. Hasta Güvenliği Eğitimi Alan Personel Durumuna Göre Dağılım

Araştırmaya katılan katılımcıların hasta güvenliği hakkında eğitim durumları incelendiğinde (Tablo 5.6), %73'ü hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim aldıklarını belirtmiştir. Bu eğitimin ise kurum içinde belirli periyotlarda verildiği ve tüm personelin hasta güvenliği konusunda eğitim almalarının yönetimin hedefleri

arasında olduğu, bu doğrultuda planlama yapıldığı tespit edilmiştir. %27'si ise hasta güvenliği ile ilgili eğitime sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Eğitime katılmayan personelin çeşitli mazeretler sebebiyle (gebelik, ücretsiz izin, askerlik gibi) katılamadıkları düşünülmektedir.

Tablo 5.6. Hasta güvenliği eğitimi alan personel durumuna göre dağılım

	N	Yüzde
Evet	116	73
Hayır	43	27
Toplam	159	100

5.7. Daha Önce Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumuna Göre Dağılım

Araştırmaya katılan katılımcıların çalışma hayatları içerisinde tıbbi hataya tanık olup olmadıkları incelendiğinde (Tablo 5.7), %42,1'nin tıbbi hataya tanık olduğu, %57,9' unun ise tıbbi hataya tanık olmadığı tespit edilmiştir. Acil sağlık hizmetlerinin ilk ayağı olan 112 acil sağlık hizmetleri, temel yaşamın sürdürülmesi, ilk yardım ve ileri yaşam müdahaleleri gibi tıbbi davranışların; olay yerinden başlayarak hastane acil servislerinde son bulan çalışma faaliyetlerinin süre bazında kısa, tıbbi müdahale bazında ise temel algoritmalar çerçevesinde belirlenmiş olması, tıbbi hataları düşük seviyelere indirmektedir. Özellikle 112 acil ambulanslarında çalışan sürücü, yardımcı sağlık personeli ile ekip sorumlusu personelin tamamının istihdamında, özellikle geçtiğimiz yıllarda, ehliyetli ve acil alanında eğitimli kişilerden oluşması, tıbbi hata oranını yıllar içerisinde daha da düşük seviyelere çekeceğini düşündürmektedir.

Tablo 5.7. Daha önce tıbbi hataya tanık olma durumuna göre dağılım

	N	Yüzde
Evet	67	42,1
Hayır	92	57,9
Toplam	159	100

5.8. Tıbbi Hataya Tanık Olma Sıklığına Göre Dağılım

Araştırmamızda tıbbi hataya tanık olan 67 kişinin hangi sıklıkla tıbbi hataya tanık olduklarının tespitinde (Tablo 5.8) %55,2'sinin "Nadiren", %35,8'inin ise "Bazen" tıbbi hataya tanık olduklarını belirtmişlerdir. %9'unun ise "Sıklıkla" tıbbi hataya tanık oldukları ifade etmişlerdir. Tıbbi hata oranlarının "nadiren" ve "bazen" gibi çok

uzun aralıklarla karşılaşıyor olunması, 112 acil sağlık hizmetinin sunumunda hastalara gerekli tıbbi hizmetin hatasız sunma noktasında pozitif yaklaşım sunmaktadır.

Tablo 5.8. Tıbbi hataya tanık olma sıklığına göre dağılım

	N	Yüzde
Nadiren	37	55,2
Bazen	24	35,8
Sıklıkla	6	9
Toplam	67	100

5.9. Tanık Olunan Tıbbi Hatanın Bildirim Durumlarına Göre Dağılım

Araştırmamızda tıbbi hataya tanık olan 67 kişinin, tanık olduğu tıbbi hata ile ilgili bildirim yapıp yapmadıkları araştırılmıştır. Değerlendirme sonucunda (Tablo 5.9) %38,8'i tanık oldukları tıbbi hatayı farklı birim ya da kişilere iletmiş olup, %61,2'si ise bildirmemeyi tercih etmişlerdir. Tanık olunan tıbbi hatanın bildiriminde hasta açısından olası bir zararın meydana gelmesi önemli yer tutmaktadır. Bildirimin yapılmadığı durumlarda ise tanık olunan tıbbi hatanın ya tehlike oluşturmadan fark edilmesi ya da tıbbi hatanın hasta üzerinde hayatını tehlikeye sokacak boyutta olmadan atlatıldığı düşünülmektedir.

Tablo 5.9. Tanık olunan tıbbi hatanın bildirim durumlarına göre dağılım

	N	Yüzde
Evet	26	38,8
Hayır	41	61,2
Toplam	67	100

5.10. Bildirim Yapılan Tıbbi Hatanın Birimlere Göre Dağılımı

Araştırmamızda tıbbi hataya tanık olup bildiren personelin, tıbbi hatayı kime ya da hangi birime bildirim yaptığı araştırılmıştır. Mevcut tıbbi hatanın bildirimi konusunda değişkenler (Tablo 5.10) mevcut olup, personelin hangi merci ya da görevli birime bildirim yapacağı konusunda net bilgiye sahip olmadığı düşünülmektedir.

Tablo 5.10. Bildirimi yapılan tıbbi hatanın birimlere göre dağılımı

	N	Yüzde
Amirime	4	2,5
Başhekimlik	5	3,1
Birim Sorumlusu	1	0,6
Ekip Sorumlusu	1	0,6
Hatayı Yapan Kişiye	1	0,6
Kkm Danışman Hekim	8	5
Bağlı Olduğu Kurum	3	1,9
Diğer	3	1,9
Tıbbi Hataya Tanık Olmayan	133	83,6
Toplam	159	100

5.11. Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumunda Bildirimi Yapılacak Birimlere Göre Dağılım

Araştırmamıza katılan tüm katılımcıların olası bir tıbbi hatayla karşılaşmaları durumunda hatayı kime bildireceklerinin tespiti araştırılmıştır (Tablo 5.11). Katılımcıların tıbbi hata ile karşılaşmaları durumunda bildirimlerini silsile yoluyla ilk amirine ya da direk olarak bağlı olduğu kurumun ilgili birimlerine yapacakları tespit edilmiştir. Bu konuda bildirimin tam olarak kime ya da hangi birime yapılacağının tam olarak bilinmemesinin sebebi olarak, personele verilen eğitimlerde bu konu hakkında bilgilendirme yapılmadığı düşünülmektedir.

Tablo 5.11. Tıbbi hataya tanık olma durumunda bildirimi yapılacak birimlere göre dağılımı

	N	Yüzde
Bağlı Olduğum Kuruma	94	59,1
Amirime	56	35,2
Polis/Jandarma	1	0,6
Cimer/Sabim	5	3,1
Diğer	3	1,9
Toplam	159	100

5.12. Hasta Güvenliği Kültürü Konusunda 112 Acil Sağlık Hizmetleri Biriminin Değerlendirme Durumuna Göre Dağılımı

Araştırmamıza katılan tüm katılımcıların hasta güvenliği kültürü konusunda bağlı oldukları 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimini değerlendirmeleri istenmiş olup, verilen cevaplar doğrultusunda %2,5'i "MÜKEMMEL", %25,2'si "ÇOK İYİ",

%56'sı "KABUL EDİLEBİLİR", %14,5'i "ZAYIF" ve %1,9'u ise "BAŞARISIZ" olarak değerlendirmiştir (Tablo 5.12). Çalışanların cevapları doğrultusunda değerlendirildiğinde, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Biriminin, "Hasta Güvenliği Kültürü" konusunda başarılı olduğu düşünülmektedir. Bu konuda verilen eğitimlerin davranışa yansıdığı ve bu konuda birimin ciddi yaklaşım göstererek personelin çalışma hayatında hasta güvenliği kültürünün önemli bir hal alması gerektiğinin sağlandığı tespit edilmiştir.

Tablo 5.12. Hasta güvenliği kültürü konusunda 112 acil sağlık hizmetleri biriminin değerlendirme durumuna göre dağılımı

Hasta Güvenliği Kültürü Konusunda 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimini Değerlendiriniz	**N**	**Yüzde%**
Mükemmel	4	2,5
Çok İyi	40	25,2
Kabul Edilebilir	89	56
Zayıf	23	14,5
Başarısız	3	1,9
Toplam	**159**	**100**

5.13. AABT ve ATT' lerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Verilerinin Dağılımı

Araştırmamıza katılan katılımcılara acil sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün, AABT ve ATT' leri tarafından nasıl algılandığı tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu bölümde katılımcılara 29 soru yöneltilmiş olup cevaplar 5'li Likert tarzı şeklinde oluşturulmuştur: Yönetim, Çalışma İklimi ve Yönetim Anlayışı bölümlerinde mevcut cevaplar: 1) Tamamen Katılıyorum 2) Katılıyorum 3) Kararsızım 4) Katılmıyorum 5) Tamamen Katılmıyorum şeklindedir. Beklenmedik Olay ve Raporlama ile Çalışan Davranışları bölümde ise cevaplar: 1) Asla 2) Nadiren 3) Ara Sıra 4) Çoğu Zaman 5) Her Zaman şeklindedir.

Katılımcıların bu bölümde vermiş oldukları cevapların dağılımı Tablo 5.13'te gösterilmiştir. Anket verilerinin güvenilirliği, Cronbach's Alpha ile test edilmiştir. Güvenirlik katsayısı, 0,869 olarak bulunmuş olup sosyal bilimler için kabul edilebilir limitler arasındadır.

Tablo 5.13. Ölçek sorularına verilen yanıtların dağılımı

Ölçek	Tamamen Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen Katılmıyorum	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Yönetim 1	30	18,9%	77	48,4%	30	18,9%	19	11,9%	3	1,9%
Yönetim 2	40	25,2%	67	42,1%	26	16,4%	24	15,1%	2	1,3%
Yönetim 3	19	11,9%	42	26,4%	25	15,7%	65	40,9%	8	5,0%
Yönetim 4	6	3,8%	50	31,4%	60	37,7%	29	18,2%	14	8,8%
Yönetim 5	45	28,3%	48	30,2%	28	17,6%	33	20,8%	5	3,1%
Yönetim 6	4	2,5%	19	11,9%	33	20,8%	82	51,6%	21	13,2%
Çalışma İklimi 1	16	10,1%	67	42,1%	41	25,8%	28	17,6%	7	4,4%
Çalışma İklimi 2	22	13,8%	72	45,3%	42	26,4%	19	11,9%	4	2,5%
Çalışma İklimi 3	14	8,8%	55	34,6%	54	34,0%	24	15,1%	12	7,5%
Çalışma İklimi 4	74	46,5%	55	34,6%	13	8,2%	13	8,2%	4	2,5%
Çalışma İklimi 5	19	11,9%	80	50,3%	40	25,2%	18	11,3%	2	1,3%
Çalışma İklimi 6	25	15,7%	55	34,6%	23	14,5%	51	32,1%	5	3,1%
Çalışma İklimi 7	22	13,8%	71	44,7%	31	19,5%	33	20,8%	2	1,3%
Çalışma İklimi 8	48	30,2%	88	55,3%	14	8,8%	8	5,0%	1	,6%
Çalışma İklimi 9	26	16,4%	54	34,0%	37	23,3%	35	22,0%	7	4,4%
Yönetim Anlayışı 1	43	27,0%	62	39,0%	24	15,1%	19	11,9%	11	6,9%
Yönetim Anlayışı 2	28	17,6%	29	18,2%	29	18,2%	62	39,0%	11	6,9%
Yönetim Anlayışı 3	19	11,9%	64	40,3%	44	27,7%	28	17,6%	4	2,5%
Yönetim Anlayışı 4	14	8,8%	68	42,8%	50	31,4%	17	10,7%	10	6,3%

Tablo 5.13 (devam) Ölçek sorularına verilen yanıtların dağılımı

Ölçek	Asla		Nadiren		Arasıra		Çoğu Zaman		Her Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Beklenmedik Olay Ve Raporlama 1	21	13,2%	71	44,7%	32	20,1%	21	13,2%	14	8,8%
Beklenmedik Olay Ve Raporlama 2	27	17,0%	65	40,9%	34	21,4%	21	13,2%	12	7,5%
Beklenmedik Olay Ve Raporlama 3	22	13,8%	60	37,7%	24	15,1%	32	20,1%	21	13,2%
Beklenmedik Olay Ve Raporlama 4	13	8,2%	40	25,2%	38	23,9%	42	26,4%	26	16,4%
Çalışan Davranışları 1	16	10,1%	57	35,8%	39	24,5%	38	23,9%	9	5,7%
Çalışan Davranışları 2	36	22,6%	60	37,7%	27	17,0%	28	17,6%	8	5,0%
Çalışan Davranışları 3	16	10,1%	47	29,6%	46	28,9%	42	26,4%	8	5,0%
Çalışan Davranışları 4	46	28,9%	55	34,6%	41	25,8%	10	6,3%	7	4,4%
Çalışan Davranışları 5	26	16,4%	54	34,0%	39	24,5%	29	18,2%	11	6,9%
Çalışan Davranışları 6	18	11,3%	50	31,4%	36	22,6%	46	28,9%	9	5,7%

Ankette yer alan 29 maddenin her biri için, madde anketten kaldırıldığında güvenirliğin nasıl etkilendiğini görmek için test yapılmış, güvenirliği anlamlı derecede düşüren bir maddenin olmadığı Tablo 5.14'de yer alan verilerden görüldüğünden, ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

Tablo 5.14. Ölçeğin madde analizine ilişkin bulgular

Ölçek	Ortalama	Std. Sapma	N	Madde Toplam Korelasyon	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha
Yönetim 1	2,296	,9714	159	,418	,865
Yönetim 2	2,252	1,0371	159	,239	,869
Yönetim 3	2,994	1,1665	159	,473	,863
Yönetim 4	2,969	1,0027	159	,557	,862
Yönetim 5	3,597	1,1913	159	,526	,862
Yönetim 6	2,390	,9474	159	,516	,863
Çalışma İklimi 1	2,642	1,0267	159	,379	,866
Çalışma İklimi 2	2,440	,9586	159	,396	,866
Çalışma İklimi 3	2,780	1,0533	159	,521	,862
Çalışma İklimi 4	4,145	1,0424	159	,239	,869
Çalışma İklimi 5	2,396	,8860	159	,493	,864
Çalışma İklimi 6	3,277	1,1633	159	,305	,868
Çalışma İklimi 7	3,491	1,0118	159	,393	,866
Çalışma İklimi 8	4,094	,8018	159	,272	,868
Çalışma İklimi 9	3,358	1,1267	159	,239	,870
Yönetim Anlayışı 1	2,327	1,1933	159	,273	,869
Yönetim Anlayışı 2	3,006	1,2503	159	,146	,873
Yönetim Anlayışı 3	3,415	,9956	159	,202	,870
Yönetim Anlayışı 4	2,629	1,0035	159	,095	,872
Beklenmedik Olay Ve Raporlama 1	3,403	1,1425	159	,424	,865
Beklenmedik Olay Ve Raporlama 2	3,465	1,1462	159	,439	,864
Beklenmedik Olay Ve Raporlama 3	3,189	1,2787	159	,457	,864
Beklenmedik Olay Ve Raporlama 4	2,824	1,2145	159	,472	,863
Çalışan Davranışları 1	3,208	1,0913	159	,530	,862
Çalışan Davranışları 2	3,553	1,1673	159	,598	,860
Çalışan Davranışları 3	3,132	1,0739	159	,590	,861
Çalışan Davranışları 4	3,774	1,0728	159	,588	,861
Çalışan Davranışları 5	3,346	1,1583	159	,560	,861
Çalışan Davranışları 6	2,862	1,1278	159	,386	,866

5.14. AABT ve ATT' lerinin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Bu bölümde, hasta güvenliği kültürü ölçeğinin puan ortalamalarının Ambulans ve Acil bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerine ait sosyo-demografik değişkenler olan karşılaştırmalarına yer verilmiştir.

Araştırmamıza katılan AABT ve ATT' lerinin hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının, cinsiyet puanları ile karşılaştırılmasında (Tablo 5.15) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur($p>0.05$).

Tablo 5.15. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyet gruplarıyla karşılaştırılması

Ölçek	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	T	P
Yönetim	**Erkek**	38	16,6842	3,63248	,325	,745
	Kadın	121	16,4380	4,19502		
Çalışma İklimi	**Erkek**	38	28,4474	4,50644	-,255	,799
	Kadın	121	28,6777	4,95348		
Yönetim Anlayışı	**Erkek**	38	11,5263	2,65836	,342	,733
	Kadın	121	11,3306	3,19736		
Beklenmedik Olay Ve Raporlama	**Erkek**	38	12,6579	3,54337	-,408	,684
	Kadın	121	12,9504	3,94515		
Çalışan Davranışları	**Erkek**	38	19,2895	4,51967	-,855	,394
	Kadın	121	20,0579	4,92493		

Araştırmamıza katılan AABT ve ATT' lerinin hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının, görev puanları ile karşılaştırılmasında (Tablo 5.16) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.(p>0.05).

Tablo 5.16. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının görev durumuna göre karşılaştırılması

Ölçek	Görev	N	Ortalama	Std. Sapma	T	P
Yönetim	**AABT**	49	16,2857	3,90512	-,437	,663
	ATT	110	16,5909	4,13820		
Çalışma İklimi	**AABT**	49	27,9592	5,36951	-1,155	,250
	ATT	110	28,9182	4,57583		
Yönetim Anlayışı	**AABT**	49	11,6939	3,14380	,867	,387
	ATT	110	11,2364	3,04078		
Beklenmedik Olay Ve Raporlama	**AABT**	49	12,8367	3,72686	-,096	,924
	ATT	110	12,9000	3,91176		
Çalışan Davranışları	**AABT**	49	19,7755	4,92555	-,172	,864
	ATT	110	19,9182	4,80659		

Araştırmamıza katılan AABT ve ATT' lerinin hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının, "HASTA GÜVENLİĞİ HAKKINDA EĞİTİM ALDINIZ MI?" sorusu puanları ile karşılaştırılmasında (Tablo 5.17) istatistiksel olarak **YÖNETİM** grup soruları ile anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup diğer grup soruları ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.(p>0.05).

Tablo 5.17. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının hasta güvenliği hakkında eğitim alma durumuna göre karşılaştırılması

Ölçek	Hasta Güvenliği Hakkında Eğitim Aldınız Mı?	N	Ortalama	Std. Sapma	T	P
Yönetim	**Evet**	116	15,8448	3,97077	-3,440	,001
	Hayır	43	18,2558	3,79908		
Çalışma İklimi	**Evet**	116	28,3707	4,54452	-1,079	,282
	Hayır	43	29,3023	5,55293		
Yönetim Anlayışı	**Evet**	116	11,2069	3,08014	-1,151	,251
	Hayır	43	11,8372	3,03103		
Beklenmedik Olay Ve Raporlama	**Evet**	116	12,6552	3,88331	-1,216	,226
	Hayır	43	13,4884	3,71209		
Çalışan Davranışları	**Evet**	116	19,5172	4,93872	-1,538	,126
	Hayır	43	20,8372	4,42896		

Araştırmamıza katılan AABT ve ATT' lerin hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının, "DAHA ÖNCE TIBBİ HATAYA TANIK OLDUNUZ MU?" sorusu puanları ile karşılaştırılmasında (Tablo 5.18) YÖNETİM, ÇALIŞMA İKLİMİ, BEKLENMEDİK OLAY ve RAPORLAMA ile ÇALIŞAN DAVRANIŞLARI grup sorularıyla anlamlı ilişki tespit edilmiştir. (p>0.05).

Tablo 5.18. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının daha önce tıbbi hataya tanık olma durumuna göre karşılaştırılması

Ölçek	Daha Önce Tıbbi Hataya Tanık Oldunuz Mu?	N	Ortalama	Std. Sapma	T	P
Yönetim	**Evet**	68	18,0147	3,90366	4,297	,000
	Hayır	91	15,3626	3,81085		
Çalışma İklimi	**Evet**	68	29,7500	4,19799	2,586	,011
	Hayır	91	27,7802	5,12684		
Yönetim Anlayışı	**Evet**	68	11,6176	2,83912	,852	,395
	Hayır	91	11,1978	3,23598		
Beklenmedik Olay Ve Raporlama	**Evet**	68	13,7794	3,46774	2,595	,010
	Hayır	91	12,2088	3,99031		
Çalışan Davranışları	**Evet**	68	20,9118	4,70863	2,376	,019
	Hayır	91	19,0989	4,79596	2,383	,018

Araştırmamıza katılan AABT ve ATT' lerinin hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının, çalışma süresi ile ilişkili soru puanları ile karşılaştırılmasında (Tablo 5.19), "Ayda Genellikle Kaç Saat Çalışıyorsunuz" sorusunun YÖNETİM, ÇALIŞMA İKLİMİ, YÖNETİM ANLAYIŞI ve ÇALIŞAN DAVRANIŞLARI grup soruları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 5.19. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının çalışma süresi ilişkisine göre karşılaştırılması

		Yönetim	Çalışma İklimi	Yönetim Anlayışı	Beklenmedik Olay Ve Raporlama	Çalışan Davranışları
Toplam Çalışma Süresi	**P**	,178	,535	,582	,319	,875
	R	-,107	-,050	-,044	,080	-,013
Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresi	**P**	,633	,883	,611	,435	,814
	R	-,038	-,012	,041	,062	-,019
Ayda Genellikle Kaç Saat Çalışıyorsunuz?	**P**	,027	,026	,066	,308	,022
	R	,175	,176	,146	,081	,181

Araştırmamıza katılan AABT ve ATT' lerinin hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının, "Yaş" puanları ile karşılaştırılmasında (Tablo 5.20) YÖNETİM grup sorularıyla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 5.20. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutlarının yaş ile ilişkisi

		Yönetim	Çalışma İklimi	Yönetim Anlayışı	Beklenmedik Olay Ve Raporlama	Çalışan Davranışları
Yaş	**P**	,013	,191	,568	,765	,169
	R	-,196	-,104	-,046	,024	-,110

Bu bölümde, hasta güvenliği kültürü ölçeğinin puan ortalamalarının Ambulans ve Acil bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerine ait sosyo-demografik değişkenler olan karşılaştırmalarına yer verilmiştir.

BÖLÜM 6

TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, acil sağlık hizmetlerinin yeri şüphesiz hiç yadırganamayacak şekilde ön planda yer almaktadır. Her hangi bir kaza veya yaralanma anında zamana karşı etkili ve verimli bir sağlık hizmetinin sunumunda bütün detayların kusursuz bir şekilde işlemesi gerekmektedir. Bu sebeple acil sağlık hizmetlerinin sunumunda, güvenli bir hizmet akışı ancak iyi organize edilmiş kurumların ve bu kurumlarda hasta güvenlik kültürünün öneminin tam benimsenmesi ile elde edilebilir. Hali hazırda Sağlık Bakanlığının hizmet sunumunda da akreditasyon işlemleri çerçevesinde hasta güvenlik kültürü basamakları en üst sıralarda yerini almaktadır.

Acil sağlık hizmetleri çalışanları, hasta güvenliği kültürünü, çalışma hayatlarının her anında davranışlarına yansıtarak uygulamaları, hizmet sunumunda birçok dezavantajlı durumun bir arada olduğu acil hallerde çok kritik bir hal almaktadır. Hayatın en kritik anlarında doğru müdahalenin altın davranış olarak nitelendirildiği bu anlarda, yanlış müdahalenin ise geri dönülemez zararlara yol açacağı aşikardır. 2000' li yıllardan itibaren 112 acil sağlık hizmetlerinin sunumunda Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenleri, acil hizmet sunumunun ana omurgasını oluşturmaktadır. Acil sağlık hizmeti sunumunda, doktor ve hemşirelerin çoğunlukla birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık teşkillerinde görevlendirilmesi ile 112 acil sağlık hizmeti, yoğun bir eğitim programı ile profesyonelleşen AABT ile ATT' ler tarafından verilmektedir.

Acil sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğinin sağlanması, kurumların önemli bir sorumluluğu olmakla birlikte aynı zamanda Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin de sorumluluğundadır. AABT ile ATT' lerin hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörler bu bölümde tartışılmıştır.

Çalışmamızda kullanılan ölçek içeriği AABT ve ATT' lerinin hasta güvenliği tutumları ile hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörler olarak analiz edilmiştir. Araştırmamıza katılan profesyonellerin hasta güvenliği ile hasta güvenliği kültüründen haberdar oldukları (%99,4) belirlenmiştir. Çalışma hayatları içerisinde önemli bir çoğunluğun (%73) hasta güvenliği eğitimi aldıkları tespit edilmiştir. Hasta güveliği kültürü ile ilgili yapılan çalışmalardan "Karaca (2014)" hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek üzere yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin %76,2'sinin hasta güvenliği konusunda bir eğitim aldığı, %91,3'ünün aldığı eğitimi yeterli bulduğu bildirilmiştir [32]. Aynı zamanda acil sağlık hizmetleri yönetimi tarafından güvenli ilaç uygulamaları, iş sağlığı ve güvenliği ile bulaşıcı hastalıklar ve kimyasal, biyolojik, radyasyon, nükleer durumlara karşı güvenli yaklaşımlar konusunda detaylı eğitim verilmesi de hasta güvenliği kültürünü artırıcı eylemler olarak değerlendirilmiştir. Bu eğitimlere katılımın yüksek olması AABT ile ATT' lerinin çalışma hayatlarında hasta güvenliğini ön planda tuttuklarının bir göstergesidir.

Acil Sağlık Hizmeti sunumunda meydana gelen tıbbı hatalara tanık olma durumu (%42,1) ise, tanık olma sıklığı ile birlikte değerlendirildiğinde büyük bir çoğunluğunun çalışma hayatları süre zarfında nadiren (%55,2) veya bazen (35,8) karşılaştıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar ile AABT ile ATT' lerin acil sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği kültürünü davranışlarına yansıttıkları, oluşan tıbbi hataların ise hizmet sunumunu etkileyen uzun çalışma saatleri, aşırı yorgunluk, yoğun strese maruz kalma, olay yeri karmaşası, çalışan davranışları, yönetim uygulamaları gibi diğer seçenekler sebebiyle oluştuğu düşünülmektedir. Tıbbı hata noktasında ise, hastaya zarar verebilecek düzeyde hata yapan meslek grubunun daha çok hekimler olduğu düşünülmektedir. "Blendon ve diğ. (2002)" çalışmasında da hekimlerin % 70'i kendilerine yapılan hataya hekimlerin sebep olduğunu belirtmiştir [8]. "Gallagher ve diğ. (2006)" da hekimlerin %55'inin hasta bakımında ciddi bir hatada paylarının olduğunu bildirmiştir. Hekimler sağlık hizmeti sunumunun öncüsü olması sebebiyle yapılan hatalardan direk olarak sorumlu tutulmaktadır [61]. "Blendon ve diğ. (2002)" çalışmasında hekimlerin % 18'i kendilerine yapılan tıbbi hatadan dolayı ciddi zarar gördüklerini belirtmiştir [8]. Tıbbi zararın ciddiyeti toplumdan topluma farklı algılanabilmektedir. Karşılaşılan tıbbi hataların bildirimi

konusunda, bildirim yapanların (%38,8), tıbbi hatanın hastaya zarar verdiğini ve önlenebilir ya da önlenemez sağlık sorunlarına sebebiyet verdiğini düşünerek bildirim yapmış olup, bildirim yapmayanlar (%61,2) ise meydana gelen tıbbi hatanın kazazedeye herhangi bir zarar vermediğini düşünerek aynı zamanda ekip ruhunu gölgelememesi, çalışma hayatlarını olumsuz etkilememesi için bildirim yapmamayı tercih ettikleri düşünülmektedir.

AABT ve ATT' lerinin acil sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği kültürünü olumsuz olarak etkileyebilecek durumlar bu çalışmada değerlendirilmiştir. Çalışanların, bağlı oldukları kurum yönetiminin, hasta güvenliğini ne derecede önemli kabul ettikleri değerlendirilmeye çalışılmıştır. Nitekim hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında en önemli engelin sağlık kuruluşlarında güvenlik kültürü ortamı olduğu değerlendirilmektedir. 112 Acil Sağlık Hizmetleri yönetimi hasta güvenlik kültürünü değerlendirmenin amacı, hasta güvenliği ile ilgili geliştirilmesi gereken alanları saptama, çalışanlarda hasta güvenliği hakkında farkındalık oluşturma, hasta güvenliği girişimlerinin zaman içindeki değişimini izleme ve sonuçların iç ve dış karşılaştırmalarının yapılmasına olanak sağlamaktır. Bu çalışmamızda "**112 Acil Sağlık Hizmetleri yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır"** sorusuna toplamda (%67,3) olumlu bir şekilde katıldıklarını belirtmiştir. Aynı şekilde **"112 Acil Sağlık Hizmetleri yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur."** sorusuna ise benzer bir oranla toplamda (%67,3) olumlu katıldıkları belirlenmiştir. Bu konuda devamlı olarak yönetimin çalışmalar düzenlemesi, eğitimler planlayarak personelin katılımını sağlaması nedeniyle katılımcıların, 112 Acil Sağlık Hizmetleri yönetiminin hasta güvenliği ile alakadar olduğunu ve çalışmalar yaptığı düşüncesini oturtmuştur. "**112 Acil Sağlık Hizmetleri yönetimi, sadece ters bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor izlenimi vermektedir."** düşüncesine ise katılımcılar %45,9 oranında katılmadıklarını belirtmiş olup %15,7'si ise kararsız kalmışlardır. Yönetimin hasta güvenliği kültürünü olaylar bazında daha önemli bir şekilde değerlendirmesi, personele hasta güvenliği ile ilgili hatırlatmaları devamlı surette tekrarlanmasının gerekliliği düşünülmektedir.

Çalışmamızda AABT ve ATT' lerine yöneltilen **"Yöneticilerimiz hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır"** düşüncesine %35,2 olumlu onay verirken, %27'si ise olumsuz onay vermişlerdir. Kararsız olarak cevap verenlerin oranı ise %37,7'dir. Yönetimin acil sağlık hizmetlerinin gelişimi için devamlı olarak personel ile iletişim halinde oldukları, ayrıca aylık olarak istasyon birim sorumluları ile yüz yüze toplantı yapıldığı tespit edilmiştir. Bu suretle personelin her düşüncesini rahatlıkla yönetime aktarabildiklerini ifade etmektedirler. Hasta güvenliği konusunda katılımcılarının fikirlerinin yetersiz olması, bu konu da yönetimin daha aktif bir rol üstlendiğini düşündürmektedir. **"Yöneticilerimiz kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister."** düşüncesine ise araştırmaya katılanların %58,5'i düşünceye katıldıkları ifade etmişlerdir. Acil sağlık hizmetinin devamlı ve kesintisiz bir şekilde hizmet sürmesi sağlık siteminin asli amaçlarındandır. Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu şehirlerde, 112 komuta kontrol merkezine başvuran çağrılarda, gereksiz aramalar, gerçek aciller ve gerçekte acil duruma ihtiyaç olmayan talepler nedeniyle sayısal olarak oldukça fazladır. Bu nedenle çağrı sayısının fazla olması ambulans ekiplerinin görev sayısının artmasına ve çalışma hızının sürekli olarak artmasına sebebiyet vermektedir. Çalışma hızının artması ambulans ekiplerinin etkili ve kaliteli tıbbi müdahalelerinin yapılamamasına, aşırı yorgunluk ve stres artışına neden olduğunu düşündürmektedir**. "Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği hatalarını görmezden gelir."** düşüncesine, katılımcıların %14,4'ü katılıyorum derken, %64,8'i ise düşünceye katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Acil sağlık hizmetleri yönetiminin hasta güvenliğini önemsediğini, oluşan hatalar ile ilgili idari önlemlerini aldığını, hastaya zarar verebilecek oranda oluşan hatalarda adli ve idari olarak gerekli çalışmaların yapıldığını, hataların önlenmesi konusunda personele önleyici tedbirler ile eğitim faaliyetlerinin devamlı surette yapıldığı görülmüştür.

Katılımcılara yöneltilen **"112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışanlar birbirini destekler."** ifadesine %52,2'si düşünceye katıldıklarını ifade etmişlerdir. 112 ambulans ekiplerinin çalışma şeklinde, ekip ruhunun çok kıymetli olması ve çalışma hayatını kolaylaştırması sebebiyle birçok yönden personelin birbirine destek olduğu görülmüştür. **"112 Acil Sağlık Hizmetlerinde her zaman bir takım gibi çalışırız."** ifadesine ise %59,1'nin katıldıkları belirlenmiştir. Birçok acil durum

algoritmalarında hasta yaklaşımı, hasta taşınması ve sedyelerin güvenli kullanımında, koordineli ve yardımlaşarak çalışma ambulans ekiplerinin olmazsa olmazıdır. Bu yardımlaşma ve organize olma durumu ambulans ekiplerinin bir takım gibi hareket etmesi gerekliliğini doğurmaktadır. **“ Herkes birbirine saygı göstermektedir.”** düşüncesine ise %43,4 ü olumlu olarak katılırken %34’ü kararsız fikir beyan etmiştir. Karşıt görüş olarak ise bildirim oranı %22,6’ dır. Genel anlamda çalışma hayatında çalışanların birbiri ile saygılı bir şekilde davranış gösterdiği fikri benimsenmiştir. Cinsiyet farklılıkları, yaş, eğitim düzeyi ve sosyo-kültürel farklılıkların saygı seviyesini etkilediği düşünülmektedir.

AABT ve ATT’ lerin çalışma iklimi ile ilgili **“Daha çok işi daha hızlı yapabilmek için, sürekli aşırı yoğun bir tempoda çalışmaktayız.”** düşüncesine, katılımcıların %81,1’i katıldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumun 112 acil çağrı merkezine ulaşan çağrılarda, acil sağlık müdahalesine ihtiyacı olsun ya da olmasın ambulans görevlendirilmesi, ambulans ekiplerin vaka sayılarının artmasına, çalışma hızının artmasına ve ekiplerin aşırı yorgun ve stres altında çalışmasına sebebiyet vermekte olduğunu değerlendirilmiştir. Sağlıklı bir güvenlik kültürü oluşturabilmek için 112 acil ambulans ekiplerinde çalışan AABT ve ATT’ lerinin çalışma koşulları ile ilgili iyileştirmeler yapılmalı ve çalışanların moral ve motivasyonunu arttırıcı ödüllendirme, sosyo-kültürel organizasyonlar ve moral artırıcı faaliyetler gibi çalışmalara yer verilmelidir. Ayrıca personelin aşırı yorgunluk, stres ve psikolojik rahatsızlıkları ile özellikle kas-iskelet sitemi rahatsızlıkları yönünde düzenli aralıklarla sağlık sunuculara başvurmaları ve personelin devamlı suretle zinde ve sağlıklı bir yaşam sürmesi için tedbirler alınmalıdır. **“112 Acil Sağlık Hizmetleri birimleri en iyi düzeyde acil sağlık hizmeti sağlamak için birlikte uyum içinde çalışmaktadır.”** düşüncesine katılımcıların %62,2 katıldıklarını beyan ederken %10,7’si ise katılmamışlardır. 112 Acil sağlık hizmetleri hizmet sunumunda zamana karşı etkili ve hayat kurtarıcı müdahalelerde bulunabilmek için özellikle iletişim alanında tam bir koordinasyon ve disiplin içinde çalışmak gerekmektedir. İyi bir iletişim olması durumunda, 112 acil ambulans ekipleri ile komuta kontrol merkezi ve diğer çalışma birimlerinin uyum içerisinde çalışmayı da beraberinde getirdiği düşünülmektedir. Uyum içinde çalışma ile hızlı ve doğru müdahale sunumu sağlanabildiği ve ambulans ekiplerinin görev yükünün azaldığı görülmüştür. **“112**

Acil Sağlık Hizmetlerinde nöbet değişimi/rapor/izin durumları acil sağlık hizmetinin aksamasına sebep olmaktadır." sorusuna katılımcıların %50,3'ü katılırken, %35,2' si görüşü desteklememektedir. 112 Acil sağlık hizmet sunucuları dağınık bir yapıya sahiptir. Bu dağınık yapı, birim bünyesinde toplam personel sayısının da göreceli olarak fazla olması gerekliliğine neden olmaktadır. Olası nöbet değişimi/rapor/izin durumları gibi personelin çalışamayacak durumda olması, ambulans ekiplerinin üç kişilik ekip olma kriterini sağlamayacak ve ambulans ekiplerinin hizmet sunumunu engelleyecektir. Bu gibi durumlarda, komuta kontrol merkezi tarafından günlük eksik ambulans ekiplerinin tespiti yapılmakta, gerekli önlemler alınarak personel tamamlama, fazla mesai talep eden personel görevlendirme gibi alternatif uygulamalar ile ekiplerin tamamlanması sağlanmaktadır. Bu uygulamalar ile çalışamayacak veya görevinden yoksun kalacak ambulans ekip sayılarını asgari seviyelere indirmek için günlük çalışmalar yapılmaktadır. **"Herhangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür."** görüşüne katılanlar %58,5 iken, %22,1'i ise bu görüşe katılmadıklarını beyan etmişlerdir. Sağlık kurumları birçok disiplin ile birlikte çalışma ortamını bünyesinde barındırmaktadır. Bu sayede, meydana gelen olayları derinlemesine inceleme yapabilecek uzman kişiler tarafından (müfettiş, kurum avukatı, incelemeci gibi) incelenerek, olayların hata ve kusurları tespit edilmektedir. Uzman kişiler tarafından hazırlanan raporlar doğrultusunda gerekli idari işlemler yapılmaktadır. **"Çalışanlar yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar."** ifadesine ise katılımcıların hemen hemen tamamına yakın kısmı %85,5'i görüşe katılmışlardır. Acil sağlık hizmetleri, personelinin kusurlu olduğu hatalar sonucunda, tabi olduğu kanuna yönelik, yapılan incelemeler neticesinde, uygulanacak müeyyide sonucu gereği işlemleri yapmaktadır. Personelin meydana gelen kusurlu davranışına karşılık gelen müeyyide, personelin sicil işlemlerine kaydedilmektedir. Bu konuda tüm personel, kurum tarafından eşit davranıldığı ve hukuki gereklerin yapıldığını düşünmektedirler. Meydana gelecek olumsuz olaylarda AABT ve ATT' lerinin hataları sonucunda, disiplin işlemlerinin siciline işlemesinden dolayı, çalışma ikliminde endişeli bir hal hissetmekte olup, davranışlarını da olumsuz yönde etkilemektedir.

Katılımcıların %50,4'ünün katıldıkları **"112 Acil Sağlık Hizmetlerinde gereğinden fazla geçici personel çalışmaktadır."** görüşüne %26,4'ü ise katılmadıklarını beyan etmişlerdir. 112 acil ambulans ekipleri mevcut istasyonlarının, bölgesel olarak dağınık yapıda bulunması, çalışanların ulaşım, ikametgah, aile mazereti ile eğitim-öğretim ve sağlık durumları gibi nedenler ile birçok personel kadrosunun bulunduğu birimde yada istasyonda görev almamakta, geçici süreli yer değişikliği veya birimler arası görev değişikliği gibi personel hareketliliği yaşanmaktadır. **"112 Acil sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez."** düşüncesi %56 ile kabul görürken %18,8'i tarafından benimsenmemiştir. Kalite standartlarında da en üst standartlar arasında yer alan hasta güvenliği, acil sağlık hizmetlerinin çalışma usul ve koşullarında her daim göz önünde bulundurması gereken ve uygulamada her daim istenen konular arasındadır. Desteklenen eğitimler ve sürekli olarak personele yapılan hatırlatmalar ile hasta güvenliği personel davranışlarına kazandırılmaya çalışılmış ve uygulamada kabul görmüştür. **"112 Acil sağlık hizmetlerinde ciddi hataların olmaması tamamen şans eseridir."** görüşü katılımcılar ile paylaşılmış ve %45,9'u tarafından kabul görmemiş olup, %18,2'si kararsız kalmış, %35,8 i ise görüşü desteklemiştir.

Hasta güvenliği ölçeğimizde bulunan **"112 Acil Sağlık Hizmetlerinde hasta güvenliği sorunları vardır."** düşüncesine %52,2 si katılmakta olup, %20,1 ise düşünceye karşıt cevap vermiştir. Acil sağlık hizmetleri sürekli olarak farklı olay ve olgular ile aniden karşılaşması nedeniyle, her zaman yeni güvenlik sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle acil sağlık hizmetleri bünyesinde hasta güvenliği uygulamaları, sürekli olarak güncellenmeli ve gerekli tedbirler hızlı bir şekilde alınmalıdır. **" Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur."** görüşüne ise %51,6'sı müspet cevaplarken, %17'si ise görüşü desteklememiştir. Acil sağlık hizmetleri yönetiminin iş sağlığı ve güvenliği birimi, kalite birimi ve başhekimlik yönetimi gerekli kanun, yönetmelik ve standartlar çerçevesinde hasta güvenliği prosedürlerini bünyesinde barındırmakta ve uygulamaktadır.

Çalışmamızda AABT ve ATT' lerine yöneltmiş olduğumuz **"Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?"** sorusuna %13,2'si asla, %44,7'si nadiren,%20,1'i ara sıra, %13,2'si çoğu zaman ve % 8,8' i ise her zaman olarak cevaplandırılmıştır. **"Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?**" sorusuna ise %17'si asla, %40,9'u nadiren %21,4'ü ara sıra, % 13,2' si çoğu zaman ve %7,5'i her zaman olarak belirtmişlerdir. **"Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?"** sorusuna ise %13,8'i asla, %37,7'si nadiren, %15,1'i ara sıra, %20,1 çoğu zaman ve %13,2'si ise her zaman cevabı olarak değerlendirmişlerdir. AABT ve ATT'lerin görevleri esnasında tıbbi müdahalede bulundukları hasta ve yaralıların, yapmış oldukları uygulamalardan dolayı, meydana gelen bir tıbbı hatada, personelin raporlanmasında, hasta ve yaralıların sağlık durumları ile doğru orantılı olduğu düşünülmektedir. Hastaların sağlığına herhangi bir zarar gelmediği kanaatine ulaşılmış ise personel raporlanmasının genellikle yapılmadığı gözlemlenmiştir. **"112 Acil Sağlık Hizmetleri işleyişinde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz."** düşüncesine ise katılımcılar %8,2'si asla, %25,2'si nadiren, %23,9'u ara sıra, %26,4'ü çoğu zaman ve %16,4'ü her zaman tercihi ile cevaplandırmışlardır. Acil sağlık hizmetleri yönetimi, meydana gelecek tıbbi hataları önlemek, hasta güvenliği ve oluşabilecek tıbbi hataları asgari seviyelere indirgemek amacıyla personeli sürekli olarak bilgilendirdiği tespit edilmiştir.

AABT ve ATT' lerine çalışan davranışlarını belirlemek amacıyla yöneltmiş olduğumuz **"Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir."** görüşünü %10,1'i asla, %35,8'i nadiren, %24,5'i ara sıra, %23,9'u çoğu zaman ve %5,7'si ise her zaman seçeneğini tercih etmiştir. Çalışanların kullanmış oldukları acil sağlık otomasyon sisteminde bulunan "Olay Bildirim Formu" ile her konuda her daim kolaylıkla olumsuz olarak nitelendirdikleri olayları kendi fikirleri ile acil sağlık hizmetleri yönetimi bünyesine iletebildikleri tespit edilmiştir. Ayrıca istasyon birim sorumluları kısa zamanda acil sağlık hizmetleri yönetimine fikirlerini iletebildikleri değerlendirilmiştir. "**Personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır."** düşüncesine ise

%22,6'sı asla, %37,7'si nadiren, %17,0' ı ara sıra, %17,6'sı çoğu zaman ve %5'i her zaman olarak değerlendirmiştir. Acil sağlık hizmetleri yönetimi çalışan davranışlarına yönelik alınacak kararları öncesinde düzenli aralıklar ile yapmış oldukları toplantılar ile analiz etmekte, ilgili mevzuat kanun ve yönetmeliğe uygun şekilde kararları aldıkları gözlenmiştir. Sonuç itibariyle alınan kararların, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının uyguladıkları ve çoğu personelin sorgulama yapmadıkları düşünülmektedir. **"112 Acil Sağlık Hizmetlerinde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız."** görüşüne katılımcıların %10,1'i asla, %29,6'sı nadiren, %28,9'u ara sıra, %26,4'ü çoğu zaman, %5'i her zaman olarak cevap vermişlerdir. Acil sağlık hizmetleri her zaman gelişime açık ve her daim insan hayatına katkı sağlamayı kendisine ilke edinmiş kuralları bünyesinde bulunduran bir disiplindir. Çalışma hayatında meydana gelen hata ve olayların tekerrür etmemesi ve benzer olayların yaşanmaması için her zaman önleyici ve düzeltici çalışmalar yapmaktadır. Bu konuda gerek bilimsel çalışmalar gerekse sahada uygulayıcılar bazında AABT ve ATT'leri ile her zaman iletişim kurdukları ve fikirlerini, önleme yollarını tartıştıkları düşünülmektedir. Acil sağlık hizmetleri yönetiminin gerek bire bir gerekse dolaylı iletişim kanalları ile tıbbi hataların önlenmesini ve hasta güvenliği konularının üst seviyelere çıkarılması için bütüncül olarak çalıştığı değerlendirilmektedir.

AABT ve ATT' lerine çalışmamızda yer alan **" Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder."** düşüncesine, katılımcıların %28,9'u asla, % 34,6'sı nadiren, %25,8'i ara sıra, %6,3'ü çoğu zaman ve %4,4'ü her zaman olarak cevap vermişlerdir. Acil sağlık hizmetleri yönetiminin, çalışanların üstün davranışlarını görmezden geldiği ya da personelin moral ve motivasyonunu yükselmek ve onurlandırmak amacıyla ödüllendirilmediği düşünülmektedir. Amaçları hayat kurtarmak ve sağlığın kötüye gitmesini engellemek olan AABT ve ATT' lerin çalışma koşullarında kendi hayatlarını riske atarak hasta güvenliğini ön planda tuttuğu davranışların değerli olduğu ve bu konuda yönetimin takdir yetkisinin eksik kaldığı değerlendirilmiştir**. "Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır."** düşüncesine ise %16,4'ü asla, %34' ü nadiren, %24,5' ara sıra, %18,2'si çoğu zaman ve %6,9'u her zaman seçeneği tercih edilmiştir. AABT ve ATT' lerin çalışma alanlarının dağınık olması ve sayı olarak fazlalığı nedeniyle, hasta güvenliği ile ilgili konuların birim sorumluları tarafından

iletildiği, amir pozisyondaki kişiler ile personel sorunları azami şekilde paylaşıldığı düşünülmektedir. **"Çalışanlar bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar."** düşüncesine ise katılımcıların %11,3'ü asla, %31,4'ü nadiren, %22,6'sı ara sıra, %28,9'u çoğu zaman ve %5,7 si ise her zaman cevabı ile katılmışlardır. AABT ve ATT' ler yanlış gördüğü durumlarda ilgili birimler ile ya da acil sağlık hizmetleri yönetimine soru sormaktan çekinmediklerini, bu konuda önemli olanın insan sağlığı olması sebebiyle gerekli soruları sormaktan korkmadıkları düşünülmektedir.

BÖLÜM 7

SONUÇ

Acil sağlık hizmetlerinde çalışan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin hasta güvenliği kültürü konusunda algılama düzeylerinin değerlendirildiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Araştırmamıza katılan AABT ile ATT' lerinin %23,9'u erkek, %76.1' i kadın personelden oluşmaktadır. Sağlık sektörünün hemen hemen birçok biriminde olduğu üzere acil sağlık hizmetleri bünyesinde çalışanlarında büyük bölümü bayanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 31.34 olup, ortalama çalışma süresi de dikkate alındığında çalışanların acil sağlık hizmetlerinde tecrübeli oldukları sonucuna varılmıştır.

AABT ve ATT' lerinin %15,7 kişinin lise mezunu, %43,4 kişinin ön lisans mezunu, %38,4 kişinin lisans mezunu ve %2,5 kişinin yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmamıza katılan 49 AABT ile 110 ATT' lerinin mezun oldukları okul durumu göz önünde bulundurulduğunda, acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin çalışma hayatı süresince bir üst öğrenim gördükleri ve başarılı oldukları sonucu elde edilmiştir. Acil tıp teknisyenliğinin sağlık meslek lisesi mezuniyeti sonucu elde edildiğinden, araştırmamıza katılan 110 Acil tıp teknisyeninden sadece 25 kişinin (%15,7) sinin bir üst öğrenim görmediği tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların %69,2'i ATT branşlı personelden oluşmaktadır. Acil Tıp Teknisyenlerinin ilk mezuniyetleri Sağlık Meslek Lisesi mezunu olup, özlük haklarında daha iyi koşullara sahip olabilmek amacıyla, açık öğretim ve ya örgün eğitim modelleriyle ön lisans mezuniyeti ile tamamlamışlardır. Aynı şekilde AABT branşlı personelin özlük haklarında daha kapsamlı haklara sahip olmak amacıyla ön lisans mezuniyetlerini açık öğretim ya da örgün eğitim modelleriyle lisans mezuniyetlerine tamamlamışlardır. Yüksek lisans mezuniyetin az olması ise eğitimin

zorluğu, çalışma hayatında sunduğu hakların personele çok fazla katkı sağlamadığı ve personel tarafından istek oluşturmadığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan AABT ve ATT personelin %78' i evli %22' si bekar olarak tespit edilmiştir. Çalışanların toplam çalışma süreleri asgari 1 yıl ile azami 18 yıl aralığında olup ortalama 10,170 yıldan oluşmaktadır. Toplam çalışma süresi içinde 112 acil sağlık hizmetleri bünyesinde çalışma süresi ise 8,723 yıldan oluşmaktadır.

Çalışanların tamamına yakın kısmı (%95,6) tam zamanlı nöbet usulü çalışmaktadır. Bunun sebebi ise acil sağlık hizmetlerin kesintisiz ve devamlı suretle sağlık hizmeti sunum ilkesinden dolayıdır. Diğer çalışma türleri ise gebelik, doğum, hastalık ve idari sağlık hizmetleri gibi mesai çalışma şeklinden oluşmaktadır. AABT ve ATT' lerin acil sağlık hizmet sunumunda, aylık çalışma saati dikkate alındığında ortalama 189,824 saat çalıştıkları tespit edilmiştir.

Araştırmamıza katılan AABT ve ATT' lerin hasta güvenliğinden haberdar oldukları sonucuna varılmıştır. Hasta güvenliği konusunda idari yönetim tarafından verilen eğitimler sonucunda, %73'ü hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim aldıklarını beyan etmiştir.

Acil sağlık hizmeti sunumunda ambulans içerisinde sunulan sağlık hizmeti çok önemli ve hayat kurtarıcı müdahaleleri bünyesinde barındırmaktadır. Sunulan sağlık hizmetin olası tıbbi hata şeklinde sonuçlanması, var olan durumun daha ciddi bir hal almasına, yaalanmalara ve hatta ölümlere sebebiyet verebilmektedir. Araştırmamız sonucunda katılımcıların %42,1'nin tıbbı hataya tanık olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun hem sağlık çalışanları hem de hasta tarafından büyük zararlara yol açabileceği düşünüldüğünde, tıbbi hatayla karşılaşma oranının bir hayli yüksek olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır.

Tıbbi hataya tanık olan personelin olası sonuçlarına karşın, tıbbi hatayı bildiriminde ise 38,8'i tanık oldukları tıbbi hatayı farklı birim ya da kişilere iletmiş olup, %61,2'si ise bildirmemeyi tercih etmişlerdir. Bildirimin yeterli sayıda olmamasının sebebi ise hastaya herhangi bir zarar oluşturmadan atlatıldığı sonucuna varılmasıdır. Bildirim yapılan birim ya da kişiler bazında ise çalışanların bu konu hakkında yeterli bilgiye

sahip olmadıkları tespit edilmiştir. Bildirim yapılan birim yelpazesi oldukça çeşitlilik arz etmektedir. Nitekim karşılaşabilecekleri tıbbi hata durumunda bildirim yapacakları birimler sorgulandığında büyük çoğunluğunun bağlı olduğu kurum ile amiri arasında tercih ederken, jandarma/polis, cimer/sabim ve diğer seçenekleri değerlendirenler de mevcuttur.

Acil sağlık hizmetleri sunumu ne kadar kıymetli ise yönetim bazında ise bir o kadar zorlukları mevcuttur. Acil sağlık hizmetlerinin amacı, kısa zamanda, en uygun ekip ile ulaşım, etkili ve doğru tıbbi uygulama ve hayata tutunma becerilerini kullanarak mortalite ve morbidite oranlarını minumum seviyelere indirgemek amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda katılımcıların hasta güvenliği konusunda bağlı oldukları yönetimi değerlendirmelerinde, acil sağlık hizmetleri yönetiminin, hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağladıkları ve hasta güvenliği konusunu oldukça önemli konular arasında değerlendirdikleri (%67,3) sonucuna varılmıştır. Yönetimin devamlı surette hasta güvenliği konusunda çalışmalar yaptığı, ters bir olay olduğunda hasta güvenliği konusunu ön plana çıkarmadığı tespit edilmiştir. Yönetimin hasta güvenliği ile ilgili 112 ambulans ekiplerinden yeteri kadar bilgi alışverişinde bulunmadıkları da tespit edilmiştir. Acil sağlık hizmetleri yönetiminin hasta güvenliği konusunu bu derecede önemser iken, saha çalışanlarının fikrinin alınmaması olumsuz yönde önemli bir husus olarak dikkat çekmektedir.

112 Acil sağlık hizmetinin asli görevi olan kesintisiz sağlık hizmeti sunumu sağlamak amacıyla ortaya çıkan hızlı çalışma talepleri, kalite kaybı yaşanmasına neden olmaktadır. Bu durum etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu etkilerken tıbbi hataların oluşmasını ve olası insan hayatında önemli zararların doğmasına sebebiyet verecektir. Acil sağlık hizmetleri yönetimi oluşan hasta güvenliği ile ilgili sorunlar ile ilgilenmektedir. Oluşan hatalar incelenirken, meydana gelen olaylara karşı önleyici tedbirler devamlı surette alınmaktadır.

Acil sağlık hizmetlerinin önemli bir ayağı olan hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunumunda görev yapan 112 ambulans çalışanları, çalışma hayatlarında devamlı surette birbirlerini destekleyici bir çalışma sistemini benimsemişlerdir. Bu durumun oluşmasında etkili olan ekip ruhu duygusu önemli yer tutmaktadır. Nitekim katılımcıların %59,1'i ekip ruhunun varlığını desteklerken aynı zamanda, %52,2'si

ise çalışanların birbirini desteklediğini savunmuşlardır. Çalışanların birbirleri ile saygılı bir şekilde çalışmakta olup, aynı zamanda yoğun bir tempoda ve hızlı bir çalışma şekli benimsenmiştir. Bu aynı zamanda hem çalışanlar açısından hem de yönetim açısından bir çalışma kültürü olarak da kabul görmüş bir hal almıştır.

Acil sağlık hizmetlerinde çalışan AABT ve ATT' leri birçok yaralı/ hastaya müdahale esnasında uyguladıkları tedaviyi en uygun şekilde sunabilmeleri için bir uyum içinde çalışmaları gerekmektedir. Tedavi algoritmalarının sırası dahilinde yapılabilmesi, çalışanların gerek tedavi sunumunda gerekse hasta taşıma ve triyaj işlemleri sırasında tam bir uyum içinde çalışmaları doğru hizmet sunumunu kolaylaştıran en önemli faktörüdür. Katılımcılar %62,2' si acil sağlık hizmeti sunumunda birlikte uyum içinde çalışmanın önemli olduğunu desteklemişlerdir.

Acil sağlık hizmeti kesintisiz ve sürekli verilen bir sağlık hizmetidir. Personelin nöbet değişimi/ rapor/ izin durumlarında, hizmet akışını engelleyici veya kesintiye uğratıcı sebeplere karşı, acil sağlık hizmetleri yönetimi önleyici tedbirler almakta olup, acil sağlık hizmetini kesintisiz bir şekilde sunmaya çalışılmaktadır.

Olası meydana gelen olaylarda tutulacak olan raporlarda, olayın kendisi değil, görevli olan sağlık çalışanları rapor edilmektedir. Oluşturulan disiplin heyeti, ilgili mevzuat hükümlerine göre görevli kişilerin savunmalarını değerlendirmekte, bu doğrultuda olayları detaylı bir şekilde analiz ederek meydana gelen hataların sebeplerini araştırmaktadır.

Acil sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanlar kamu görevlisi olup, ilgili yasa ve mevzuat hükümlerine tabidir. Bu doğrultuda meydana gelen disiplin işlemlerinde suçlu bulunanlar hakkında disiplin cezası verilenlerin sicil işlemleri kaydı tutulmaktadır. Bu husus çalışanlar tarafından sürekli bir endişe yaratmaktadır. Katılımcıların %85,5' i endişe duygusunu hissetmekte olup, çalışma ikliminde sürekli olumsuz bir duygu olarak yaşamaktadırlar.

112 Acil sağlık hizmetleri bünyesinde çalışan AABT ve ATT' lerinin çoğunlukla, kadrosunun bulunduğu 112 acil sağlık hizmetleri istasyonunda çalışmadığı, özellikle büyükşehirlerde ulaşım, aile birliği, eğitim, sağlık mazereti gibi değişen sebepler

nedeniyle geçici görevlendirme yordamıyla personel çalışmaktadır. Aynı zamanda 112 acil sağlık hizmetleri sunumunun hızlı ve etkili yapılabilmesi için birçok yerde acil sağlık hizmetleri istasyonunun bulunması, dağınık bir yapının oluşmasına sebebiyet vermektedir. Bu yapının işlerlik kazanabilmesi için ikamet edilen yerin coğrafi ve beşeri özelliklerinden kaynaklanan olumsuz özellikler, askerlik, doğum, vb. sebeplerle boş kalan pozisyonlara geçici görevlendirme ile personel ataması yapılmaktadır.

112 Acil sağlık hizmetleri yönetimi, hasta güvenliği konusunu önemserken, yönetim anlayışı çerçevesinde, öncelikli konuları arasında görmektedir. Kalite standartları çerçevesinde üst sıralarda yer alan hasta güvenliği, oluşabilecek tıbbi hataların ve zararların önüne geçmektedir. Aynı zamanda güvenlik kültürünün AABT ve ATT' ler tarafından benimsenmesi, oluşabilecek ciddi hataların önlenmesini de sağlamaktadır.

AABT ve ATT' lerin hasta güvenliği ile ilgili endişeleri mevcut olup, halen eksik kalan ve sorun olarak teşkil eden hasta güvenliği problemlerinin varlığı da tespit edilmiştir. Bu konuda personelin eksik olarak gördüğü hususlarda çalışmaların yapılmadığı ya da etkili kararların alınmadığı tespit edilmiştir. Tıbbi hataların oluşmasına engel olacak şekilde yönetim gerek bakanlık nezdinde alınan kararların uygulamasında gerek ise başkanlık seviyesinde alınmış kararların uygulamasında sistematik bir yöntem izlemektedir. Tüm bunlar belirli prosedürler çerçevesinde yapılmaktadır.

AABT ve ATT' lerin acil sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen tıbbi hataların raporlanması, tıbbi hatanın hastaya vermiş olduğu zarar ile doğrudan ilişkilidir. Özellikle meydana gelen tıbbi hata, hastaya herhangi bir zarar vermeden önce fark edilip düzeltildiğinde raporlanma oranı %22'dir. Meydana gelen tıbbi hata hasta açısından bir tehlike arz etmiyor ise %20,7 oranında raporlanmaktadır. Tıbbi hata, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmış ise %33,3 oranında raporlanmaktadır. Özetle tıbbi hatanın hasta açısından zarar düzeyi değerlendirilmekte olup, çalışanlar hastaya herhangi bir zarar vermeden durum atlatılmış ise bu durumu raporlamaktan kaçınmaktadırlar. Meydana gelen tıbbi

hatalardan dolayı oluşan gelişmeler doğrultusunda ise gerek yönetim tarafından gerek ise eğitimler çerçevesinde personelin sıklıkla bilgilendirmeleri yapılmaktadır.

Hasta güvenliği ile ilgili olumsuz bir olay gerçekleştiğinde, AABT ve ATT' ler fikirlerini yeteri kadar özgürce iletememektedirler. 112 Acil sağlık hizmetleri istasyonlarının dağınık bir yapıya sahip olması iletişimde engelleyici bir yapıya sahip olmasına da sebebiyet vermektedir. Aynı zamanda acil sağlık hizmetleri yönetimi ile sadece istasyon sorumlu personeli ile irtibat kurabilmeleri, fikirlerinin yeteri kadar aktarılmasına engel olmaktadır. Aynı zamanda bu duruma benzer bir şekilde, acil sağlık hizmetleri yönetiminin almış olduğu kararları ise personelin yeteri kadar sorgulama özgürlüğü de bulunmamaktadır. 112 Acil sağlık hizmetleri yönetimi meydana gelen tıbbi hataların önlenmesi hususunda özellikle istasyon sorumlu personelleri ile sürekli diyalog kurmakta ve tıbbi hataların önlenmesi hususunda tartışarak fikirlerini almaktadır.

Hasta güvenliği konusunda AABT ve ATT' lerin olası olumlu katkılarında, amir pozisyonunda bulunan acil sağlık hizmetleri yönetiminin, personelin motivasyonunu yükseltecek oranda takdir etmediklerini ve bu hususun yönetim nazarında ciddi bir eksiklik olarak dikkat çekmektedir. İdari yönetimin personelin fikirlerini almakta olup, bu konuda yeteri kadar ciddiyetle yaklaşmadığı, alınacak kararları idari yönetimin kendi içerisinde mevcut sistemi ile yapmakta olduğu değerlendirilmektedir. AABT ve ATT' ler kendi çerçevelerinde yanlış olan durumlar ile ilgili tespitlerinde idari yönetime karşı soru sormaktan çekinmemektedirler.

Hasta güvenliği konusunda AABT ve ATT' leri 112 acil sağlık hizmetleri biriminin toplamı üzerinde değerlendirmesinde ise kabul edilebilir bir çalışma sergilediklerini ve bu durumun memnuniyet verici olduğunu hissetmektedirler.

KAYNAKÇA

[1] Hakyemez, F.,"Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Paramediklerin Defibrilasyon, Kardiyoversiyon Uygulama Kararı Alma ve Uygulama Konusundaki Bilgi- Beceri Düzeylerinin Değerlendirilmesi", Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2018

[2] Ekşi, A., "Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi", 2. Baskı, İzmir, Kitapana. 2015

[3] Gül, G., "Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personele Yönelik Hasta ve Çalışan Güvenliğinin İncelenmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2012

[4] Wilson, M.H. & Habig, K. & Wright, C. & Hughes, A. & Davies, G. & Imray, C.H., "Pre-hospital emergency medicine", The Lancet, 386, 2526-34. 2015

[5] Altıntaş, H., "Acil Hasta Nakli", Ankara 1997

[6] Erbay, H., "Some ethical issues in prehospital emergency medicine", Turk J Emerg Med, 14(4):193-198. doi:10. 5505/1304.7361.2014.32656., 2014

[7] Northcott, H. & Vanderheyden, L. & Northcott, J. & Adair, C. & McBrien-Morrison, C. & Norton, P. & Cowell, J., "Perceptions of Preventable Medical Errors in Alberta, Canada", International Journal for Quality in Health Care, 20(2), 115-122., 2008

[8] Blendon, R. J. & DesRoches, C. M. & Brodie, M. & Benson, J. M. & Rosen, A. B. & Schneider, E. & Altman, D. E. & Zapert, K.& Herrmann, M. J. & Steffenson, A. E., "Views of Practicing Physicians and The Public on Medical Errors", New England Journal of Medicine, 347(24), 1933-1940, 2002

[9] Tabak, R.S., "Hemşireler için ilkyardım ve Acil Bakım Kitabı", 1.Baskı, İstanbul, Palme Yayınları, 2007

[10] Ekşi, A., "Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri In: Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi", 1. Baskı, İzmir, Kitapana, s. 5-45, 2015

[11] Klugman, C.M., "Why EMS needs its own ethics", EMS Mag, 36(10):114-122, 2007

[12] Tippett, V.C. & Watt, K. & Raven, S.G. & Kelly, H.A. & Coory, M. & Archer, F. & Jamrozik, K., "Anticipated behaviors of emergency prehospital medical care providers during an influenza pandemic", Prehospital and Disaster Medicine, 25(1):20-25, 2010

[13] Larkin, G.L. & Fowler, R.L., "Essential ethics for EMS: cardinal virtues and core principles", Emergency Medicine Clinics of North America, 20:887-911, 2002

[14] Resmi Gazete, 11.05.2000 tarih ve 24046 sayı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Beşinci Bölüm, Madde 28

[15] Çelikli, S., "Kuruluştan Bugüne Paramedik Eğitiminde Standarizasyon Çabaları ve Kırılma Noktaları", Hastane Öncesi Dergisi, p. 40, 2016

[16] Resmi Gazete, 11.05.2000 tarih ve 24046 sayı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Birinci Bölüm, Madde 4, z fıkrası

[17] Resmi Gazete, 11.05.2000 tarih ve 24046 sayı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Birinci Bölüm, Madde 4,aa fıkrası

[18] Zenginol, M. & Al, B. & Genç, S. & Deveci, İ. & Yarbil, P. & Yilmaz, D. A. & ark., "Gaziantep Ili 112 Acil Ambulanslarinin 3 Yillik Çalisma Sonuçlari/3 Yearly Study Results of 112 Emergency Ambulances in the City of Gaziantep", Journal of Academic Emergency Medicine, 10 (1), 27-32, 2011

[19] Demirhan, N., "Türkiye'de 112 - İlk ve Acil Yardım Hizmetleri ve Afetlerdeki Rolü", İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2003

[20] Kaba, H. & Elçioğlu, Ö., "Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Sürecinde İlk ve Acil Yardım Teknikerliği ve Acil Tıp Teknisyenliği Mesleklerinin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi", Türkiye Klinik Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 21(3):127-135, 2013

[21] Bakanlar Kurulu. Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük, 5-6, Türkiye, 1993

[22] MEB, An educational material in Turkish., "Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı", 720S00013 ed, Ankara, 2011

[23] Resmi Gazete, 11.05.2000 tarih ve 24046 sayı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Üçüncü Bölüm, Madde 10

[24] Ovalı, F., "Hasta Güvenliği Yaklaşımları", Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 1, 33-43, 2010

[25] Altındiş, S., "Bilgi yönetimi uygulamalarının hasta güvenliğine katkısı: kavramsal bir çerçeve", Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 15(3):325-52, 2010

[26] Aydın, Ş., "Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algılamaları", Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Sivas, 2010

[27] Akalın, H.E., "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?", Ankem Dergisi, 18(2), s.12-13, 2004

[28] Reason, J., "Human Error: Models and Management", British Medical Journal, 320. s.768-770, 2000

[29] Kohn, L.T. & Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S., "Hata yapmak insandır: daha güvenli bir sağlık sistemi kurmak." Ulusal Akademi Yayınları, Washington D.C., 1999

[30] Sarp, N., "Sağlık Hukuku" Yayınlanmamış Ders Notları, 2015

[31] World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme. Erişim Tarihi: 10 Ocak 2020 http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf , 2004

[32] Karaca, A., & Arslan, H., "Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma", Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(1): 9-18, 2014

[33] EU-OSHA, "Occupational Safety and Health Culture assessment-A review of main approaches and selected tools", p.77, Luxembourg, 2011

[34] Health and Safety Laboratory, "Safety Culture: A review of the literature", 2002;2, 2002

[35] Weaver, S.C. & Lubomksi, L.S. & Wilson, R.F. & Pfoh, E.R. & Martinez, K.A. & Sydney, M., "Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review", Ann İntern Med., 158:369-374, 2013

[36] Sabuncuoğlu, Z. & Tüz, M., "Örgütsel Psikoloji", Bursa, Ezgi Kitabevi, 2001

[37] Pidgeon, N., "Safety culture: key theoretical issues Work and Stress", 12:202 –216, 1998

[38] Pizzi, L.T. & Goldfarb, N.I. & Nash, D.B., "Promoting a culture of safety. In: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM ed. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices", Evidence report/technology assessment, AHRQ Publication, 449, 2001

[39] Berry, J.C. & Davis, J.T. & Bartman, T. & Hafer, C.C. & Lieb, L.M. & Khan, N. & Brilli, R.J., "Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system", J Patient Saf. PubMed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26741790 doi: 10.1097/PTS.000000000000025, 2016

[40] Tekarslan, E. & Kılınç, T. & Şencan, H., Baysal, C., "Davranışın sosyal psikolojisi", İ.Ü. İşletme Fakültesi, Yayın No: 278, s. 197-212, İstanbul, 2000

[41] Erdoğan, İ., "İşletmelerde davranış", İ.Ü. İşletme Fakültesi, 2. Baskı, Yayın No: 272, s. 361-363, İstanbul, 1997

[42] Tezbaşaran, A., "Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu", Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2. Baskı, s. 9-14, 1997

[43] Tavşancıl, E., "Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi", Ankara, Nobel Yayınları, 2. Baskı, s. 70-79, 2005

[44] Fleming, M. & Wentzell N., "Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use", Healthcare Quarterly, 11, 10-15, 2008

[45] Lowery, J.E., "Understanding the culture shift in health care. Culture shift:Aleader's guide to managing change in health care", p. 1-14, American Hospital Publishing Inc., Chicago, 1997

[46] O'Connor, E.J. & Fiol, C.M., "Creating a road map to lead people through change. Culture shift: A leader's guide to managing change in health care", p. 39-60, JE Lowery (ed), American Hospital Publishing Inc., Chicago, 1997

[47] Calp, Y., "İş güvenliği kültürü", Erişim Tarihi: 23 Şubat 2020, http://yavuzcalp.blogspot.com/2007/09/i-gvenlii-kltr.html 2007

[48] Akalın, H.E., "Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği", Yoğun Bakım Dergisi, 5 (3): 141-146, 2005

[49] Gökdoğan, F., "Hasta Güvenliği Kültürü", Hasta Bakımı ve Hasta Güvenliği kongresi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, 3-6 Haziran, Zonguldak, 2010

[50] Kaya, S., "Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir?", Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 1(1), 32-34., 2009

[51] Webair, H.H. & Al-Assani, S.S. & Reema, H. & Al-Haddad Wafa, H. & Al-Shaeeb, Manal, A. Selm, & A.S. Alyamani., "Birinci basamakta hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi", BMC FamPract., 16: 136. doi: 10.1186 / s12875-015-0355-1, Al-Mukala, Yemen, 2015

[52] Ghobashi, M.M., vd., "Kuveyt'teki birinci basamakta hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi", Epidemiol Biyostat Halk Sağlığı, 11 (3): e9101 – e9109, 2014

[53] Altındiş, M., "Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar", Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 32, 68-73. 2014.

[54] Adıgüzel, O., "A Research on ThePerceptıon of The Patıent Securıty Culture By The Health Staff (Article in Tukish)", Sosyal Bilimler Dergisi, 28:159–70, 2010

[55] Erdemir, A.D. & Elçioğlu, Ö.Ş., "Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları", Ankara ,Türkiye Klinikleri Yayınevi, p. 25–32. 14., 2000

[56] A Study for Evaluation of Patient Safety Culture in Nursing Services (Article in Turkish)., Journal of Health and Nursing Management, 1:9–18, 2014

[57] Gündoğdu, S. & Bahçecik, N., "Determining Nurses' Perception of Patient Safety Culture (Article in Turkish)", Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15:119–28, 2012

[58] Kalaycı, Ş., "SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri", 2. Baskı, Ankara, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti., 2006

[59] Ercan, İ. & Kan, İ., "Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik", Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (3), 211-216, 2004

[60] Hair, J.F. & Anderson, R.E. & Tatham, R.L. & Black, W.C., “Multivariate Data Analysis”, Prentice Hall, New Jersey, 2010

[61] Gallagher, T.H. & Waterman, A.D. & Garbutt, J.M. & Kapp, J.M. & Chan, D.K. & Dunagan, W.C. & Fraser, V.J. & Levinson, W., “US and Canadian physicians’ attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients”, Arch Intern Med., 166:1605-11., 2006

EKLER

EK 1- Etik Kurul Onayı

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Koordinatörlüğü

Sayı : 84892257-604.01.02-E.16559 03.06.2020
Konu : Değerlendirme ve Onay (Mustafa ARIK)

Sayın Mustafa ARIK

İlgili başvuru gereği, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı ve Güvenliği bölümü öğrencilerinden Mustafa ARIK'ın, "Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi: 112 Acil Sağlık Hizmetleri Personeli Örneği" başlıklı ve 22.05.2020 başvuru tarihli çalışması Etik Kurul üyelerimiz tarafından değerlendirilmiş ve bu değerlendirme sonucunda çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

Ek :
1 - Etik Kurul Başvuru Formu (8 sayfa)
2 - Bilgilendirilmiş Onam Formu (2 sayfa)
3 - Hasta Güvenliği (5 sayfa)

33 - 9295433 - 9295433 - 9295433 - 9295433 - 929

EK 2- Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

DEĞERLİ MESLEKTAŞIM;

Doldurulmasını rica ettiğim bu anket formu ile acil sağlık hizmetlerinde çalışan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ve Acil Tıp Teknisyenlerinin hasta güvenliği kültürü ile algı ve davranışlarının ölçülmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma verileri, yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılım sağladığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Mustafa ARIK

AABT

1.	**Cinsiyetiniz**	ERKEK	KADIN
2.	**Yaşınız**		
3.	**Eğitim Durumunuz**	LİSE	ÖN LİSANS
		LİSANS	YÜKSEK LİSANS
4.	**Medeni Durumunuz**	EVLİ	BEKAR
5.	**Göreviniz**	AABT	ATT
6.	**Toplam Çalışma Süreniz**		
7.	**Acil Sağlık Hizmetlerinde Kaç Yıldır Çalışıyorsunuz**		
8.	**Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Şekliniz**		
	Tam Zamanlı	Yarı Zamanlı	Diğer
	(Belirtiniz)		
9.	**Çalışma Saatleriniz**		
	Gündüz	Gece	Tüm Gün	Diğer
	(Belirtiniz)		
10.	**Ayda Genellikle Kaç Saat Çalışıyorsunuz**		

Ek 2-(devam) Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Değerli Meslektaşım;

Aşağıda bulunan anket soruları cevaplarken kutucuk içerisinde bulunan tanımlamaları dikkate almanızı rica ederim.

"**Hasta Güvenliği",** tedavi ve/veya diğer hizmetlerden kaynaklanan hasta yaralanmaları ya da istenmeyen olaylardan kaçınma ya da korunma anlamına gelmektedir. **"Tıbbi Hata"** , sonucuna bakılmaksızın, hizmet sunumunda, herhangi bir sağlık bakım personeli tarafından yapılan, herhangi bir yanlışlık olarak tanımlanır. **"Olay",** hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, herhangi bir hata türü, kaza ya da sapma olarak değerlendirilmektedir.

11. Hasta Güvenliğini Daha Önce Duydunuz mu? Evet Hayır

12. Hasta Güvenliği Hakkında Eğitim Aldınız mı? Evet Hayır

13. Daha Önce Tıbbi Hataya Tanık Oldunuz mu? Evet Hayır

14. Hangi Sıklıkla Tıbbi Hataya Tanık Oluyorsunuz?

Hiçbir Zaman Nadiren Bazen Sıklıkla Sürekli

15. Tanık Olduğunuz Hatayı Bildirdiniz mi? Evet Hayır

16. Tıbbi Hatayı Kime Bildirdiniz?

17. Eğer Tıbbi Hataya Tanık Olursanız Hatayı Kime Bildirirsiniz?

Bağlı Olduğum Kurumuma Amirime Polis/Jandarma

Cumhuriyet Savcılığına CİMER/SABİM Diğer (Belirtiniz)

Ek 2-(devam) Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Değerli Meslektaşım;

Aşağıda bulunan soruları cevaplarken "Acil Sağlık Hizmetleri" içerisinde değerlendiriniz. Cevabınızı aşağıdaki ölçeğe göre doldurunuz. Lütfen size uygun olan sadece 1 (BİR) şıkkı işaretleyiniz. Teşekkürler.

TAMAMEN KATILIYORUM	**: 1**	**ASLA**	**: 1**
KATILIYORUM	**: 2**	**NADİREN**	**: 2**
KARARSIZIM	**: 3**	**ARASIRA**	**: 3**
KATILMIYORUM	**: 4**	**ÇOĞU ZAMAN**	**: 4**
TAMAMEN KATILMIYORUM	**: 5**	**HER ZAMAN**	**: 5**

	TAMAMEN KATILIYORUM	KATILIYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	TAMAMEN KATILMIYORUM
YÖNETİM					
112 Acil Sağlık Hizmetleri yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır.					
112 Acil Sağlık Hizmetleri yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur.					
112 Acil Sağlık Hizmetleri yönetimi, sadece ters bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor izlenimi vermektedir.					
Yöneticilerimiz hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.					
Yöneticilerimiz kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.					
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği hatalarını görmezden gelir.					

Ek 2-(devam) Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

ÇALIŞMA İKLİMİ	TAMAMEN KATILIYORUM	KATILIYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	TAMAMEN KATILMIYORUM
112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışanlar birbirlerini destekler.					
112 Acil Sağlık Hizmetlerinde her zaman bir takım gibi çalışırız.					
Herkes birbirine saygı göstermektedir.					
Daha çok işi daha hızlı yapabilmek için, sürekli aşırı yoğun bir tempoda çalışmaktayız.					
112 Acil Sağlık Hizmetleri birimleri en iyi düzeyde acil sağlık hizmeti sağlamak için, birlikte uyum içinde çalışmaktadır.					
112 Acil sağlık Hizmetlerinde nöbet değişimi/rapor/izin durumları acil sağlık hizmetinin aksamasına sebep olmaktadır.					
Herhangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür.					
Çalışanlar yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar.					
112 Acil Sağlık Hizmetlerinde gereğinden fazla geçici personel çalışmaktadır.					
YÖNETİM ANLAYIŞI					
112 Acil Sağlık Hizmetlerinde hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.					
112 Acil Sağlık Hizmetlerinde ciddi hataların olmaması tamamen şans eseridir.					
112 Acil Sağlık Hizmetlerinde hasta güvenliği sorunları vardır.					
Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur.					

Ek 2-(devam) Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

	ASLA	NADİREN	ARASIRA	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN
BEKLENMEDİK OLAY VE RAPORLAMA					
Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
112 Acil Sağlık Hizmetleri işleyişinde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz					
ÇALIŞAN DAVRANIŞLARI					
Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir.					
Personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır.					
112 Acil Sağlık Hizmetlerinde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız.					
Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder.					
Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır.					
Çalışanlar bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.					

HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNİ DEĞERLENDİRİNİZ				
MÜKEMMEL	**ÇOK İYİ**	**KABUL EDİLEBİLİR**	**ZAYIF**	**BAŞARISIZ**