Neslihan Uçar, Gönül Yıldırım,
Duygu Eser, Zerrin Özçelik,
Banu Ayhan, Almıla Gülsün Pamuk,
Seda Banu Akıncı, Ülkü Aypar

Gece ve Gündüz Şiftlerinde, Sağlık Çalışanlarının Hata Bildirimlerinin Değerlendirilmesi

Determination of Medical Error Reportings at Day and Night Shifts

ÖZET Amaç: Sağlık personelinin gündüz ve gece shiftleri arasındaki hata oranları karşılaştırılarak uzun süreli nöbetlerin hata bildirimlerine etkisini göstermeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Anestezi Yoğun Bakımlarında 2006-2011 yılları arasında kalite birimimize bildirilen kazaya ramak kalma ve olay bildirim formları incelenerek veriler elde edildi. Bu belgelerde hastaların demografik özellikleri, bildirilen olayın tarihi, tipi, nedeni, olayın hastaya zarar verip vermediği, düzeltici önlem önerilerinin olup olmadığı, gündüz (08-16) ve gece (16-08) shiftleri arasında karşılaştırıldı. Daha sonra gündüz ve gece shiftleri arasında olay tipi, ilaç hatasının türü, ilaç hatasının nedeni, tanı ve bakım süreci hataları, katkıda bulunan faktörler ve hatanın hastaya etkisi, bildirimi yapılan hatalardan çıkarılan başlıkların sayıları karşılaştırıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamında incelenen 5 yıllık dönemde 19 olay gündüz shiftinde, 18 olay gece shiftinde bildirilmiştir.

Gündüz shiftinde 3 ilaç hatası, 5 tanı ve bakım süreci hataları, 2 düşme ve 9 tıbbi malzeme bağlantılı olaylar bildirilmiştir; gece shiftinde 9 ilaç hatası, 5 tanı ve bakım süreci hataları, 1 adli olay (kendine zarar verme) ve 3 tıbbi malzeme bağlantılı hata bildirilmiştir ($p=0,029$).

Gündüz shiftlerinde bildirilen olaylardan 9'unda (%47'si), gece shiftinde bildirilen olayların 8'inde (%44) hasta zarar görmüştür ($p>0,560$).

Gece ve gündüz shiftleri arasında olayın yılı, nedeni, hastaya zarar verip vermediği, düzeltici önlem önerisi bulunup bulunmadığı açısından fark olmadığı saptanmıştır.

Sonuç: Gece ve gündüz shiftleri arasında hata sayıları karşılaştırılmasında fark bulamamış olmamızı bildirim sayılarının yetersizliğinden olduğunu düşünmekteyiz. Gece nöbet şartlarında hata raporlamanın iş yükü olarak düşünülmesi, gece şartlarında iş yetiştirme kaygısı nedeni ile bildirim yapılan hata sayısının azlığı, araştırmamızda fark olmadığını gösteren bulgular elde etmemize neden olmuştur. Hataların bildiriminin artırılması

için konunun öneminin sık sık eğitimlerle çalışanlara hatırlatılması ve hata bildirimleri ile iyileştirmeler yapıp, bu iyileştirmeleri sağlık personeline bildirilmesinin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Shift, kaza, olay bildirim

SUMMARY Objective: In our study, we aimed to compare the effects of day and night shifts on error reporting by medical staff.

Material and Method: We examined the data from error reporting forms between 2006-2011 at Hacettepe University Anaesthesia Intensive Care Units. We compared demographics of patients, the date of reported event, if the event has given harm to the patient or not and between day shift (08.00-16.00) and night shift (16.00-08.00). Type of event, type of medication error, the errors in the process of diagnosis and care, the factors that contribute to event and medication errors were compared between day and night shift.

Results: In the five year period, 19 events were reported in the day shift and 18 events were reported in the night shift. During the day shifts, 3 medication errors, 5 errors in diagnosis and care, 2 patient falls, 9 errors associated with medical supplies were reported. During the night shifts, 9 medication errors, 5 errors in diagnosis and care, 1 self-harm, 3 errors associated with medical supplies were reported. During the day shifts 9 events and during the night shift 8 events resulted in harms to the patients.

Conclusion: In our study, we found there was no significant difference between day and night shift; we think it is either because of the lack of event or lack of medical error notification and reporting. We found that at night shift error reporting is considered as workload, long-term work conditions can reduce event and medical error reporting. To increase reporting we have to remind the importance of this issue to our medical staff and we have to train health personnel to report events and because medical errors would be useful for patient's health and improvement for patient safety.

Key Words: Shift, accident, event notification

Geliş Tarihi/Received: 08.07.2013

Kabul Tarihi/Accepted: 10.10.2013

Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

Journal of the Turkish Society of Intensive Care, published by Galenos Publishing.
ISSN: 1300-5804

Neslihan Uçar (✉), Gönül Yıldırım, Duygu Eser, Zerrin Özçelik, Banu Ayhan, Almıla Gülsün Pamuk, Seda Banu Akıncı, Ülkü Aypar
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

E-posta: pulatnes@gmail.com

Tel.: +90 312 305 43 53

***Çalışmamız 2011 yılında İç Hastalıkları Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.**

Giriş

Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar son yılların en fazla konuşulan konularından birisidir. "Institute of Medicine" yayınladığı iki rapor ile sağlık hizmetlerinin çok önemli iki sorununu gözler önüne serdi. Bu raporlara göre Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl 98000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybetmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı da kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır (1).

Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata); hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında, kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenilmeyen bir sonuçtur (2).

Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm personel bir şekilde hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir.

Bazı hizmet sunumları kesintisiz olmak zorundadır. Sağlık sistemi de bu şekilde hizmet gerektiren en önemli meslek gruplarındandır. Bu nedenle de vardiyalı veya nöbet usulü çalışma söz konusudur. Vardiya/şift çalışması gündüz saatlerinin dışında dönüşümlü olarak gündüz, akşam ya da gece çalışma; nöbet çalışması resmi çalışma günleri ve saatleri dışında çalışma durumudur (3). Hata riskini nöbetli çalışmanın getirdiği sıkıntıların yanında uzun süren uyanıklık hali ve fizyolojik olarak uyuması gereken saatte uyanık kalmak arttırmaktadır.

Yapılan araştırmalar, vardiyalı ya da nöbet sistemiyle çalışmanın, bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığını ve bu durumun hem çalışanları hem de hastaların güvenliğini olumsuz etkilediğini belirtmektedir (4).

Gece boyu süren uykusuzluk hali ile dikkat azalması ve bilişsel işlevlerdeki performansın düşmesi arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır (5). Sağlık hizmeti verenlerin nöbet sırasında genellikle yalnız olması, denetim mekanizmalarının olmaması, uyaran eksikliği ve iş yükünün gündüze oranla daha fazla olması nedeni ile hata yapma olasılıkları da artmaktadır.

Özellikle yoğun bakım ünitelerinde bakım, tedavi ve hastalığın ağır seyri nedeniyle karmaşık ve daha özen gerektiren hastaların bulunması hata riskini daha da arttırmaktadır. Sağlık hizmeti verenlerin yeterli dinlenme olanaklarının olmaması, shiftlerde çalışmaları ve aynı gün ikinci şifte devam etmeleri dikkat sürelerini azaltmakta ve bununla birlikte de hata yapma riskini de arttırmaktadır. Literatür taramalarımızdan elde ettiğimiz sonuçla geçmişte hatalara shiftlerin etkisi ile ilgili geçmişte yayınlanmış bir çalışma olmaması bizim bu çalışmayı yapmamıza neden olmuştur.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Kalite Koordinatörlüğü ve Anestezi Anabilim Dalı Başkanı'ndan izin alındıktan sonra Kalite Koordinatörlüğü'ne bildirim yapılan tüm formlar alınarak

bunlardan anestezi yoğun bakım ünitelerinden bildirimi yapılan olaylar seçilerek yapıldı.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Anestezi Yoğun Bakımları'nda 2006-2011 yılları arasında shiftlerde, gündüz 08-16 shiftinde 3 hemşire, 16-24 shiftinde 2 hemşire, 24-08 shiftinde 1 hemşire çalışmaktadır. Anestezi yoğun bakım 1 ve Anestezi yoğun bakım 2'de toplam 9 yatak bulunmakta ve her iki yoğun bakımda toplam 12 hemşire çalışmaktadır. Ayrıca iki yoğun bakımda, bir yoğun bakım sorumlu doktoru ve iki asistan doktor çalışmaktadır. 08-16 shiftinde iki ayrı yoğun bakımda toplam iki asistan hekim ve bir yoğun bakım sorumlu hekimi, iki sorumlu hemşire, iki hemşire; 16-08 shiftinde ise bir asistan ve iki hemşire çalışmaktadır.

Anestezi Yoğun Bakım 1 ve Anestezi Yoğun Bakım 2'de 2006-2011 yılları arasında toplam 3941 hasta yatmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Anestezi Yoğun Bakımları'nda 2006-2011 yılları arasında kalite birimimize bildirilen kazaya ramak kalma ve olay bildirim formları incelenerek veriler elde edilmiştir. Formlarda olayı bildiren kişilerin kişisel bilgisi yoktur. Yalnızca çalışılan bölüm bilgisi vardır ve meslek grubu ibaresi de bulunmamaktadır. Bu nedenle bildirimlerin hangi grup tarafından daha fazla yapıldığı hakkında bir veri elde edilemedi.

Bu belgelerin ışığında, önce yapılan hatalar sınıflandırıldı. Hangi hata türlerinin yapıldığı gruplandırıldı ve hastaların demografik özellikleri, bildirilen olayın tarihi, tipi, nedeni, olayın hastaya zarar verip vermediği, düzeltici önlem önerilerinin olup olmadığı sınıflandırıldı. Daha sonra gündüz 08-16 ve gece 16-08 shiftleri arasında hangi hataların yapıldığı ve ne sıklıkla yapıldığı karşılaştırıldı.

Elde edilen verilerin İstatistiksel analizleri, t-testi ve ki-kare testleri ile yapılarak, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde kalite birimi tarafından kullanımı onaylanan, "Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olay Bildirim" ve "Kazaya Ramak Kalma" formları olarak Ek 1 ve Ek 2'deki formlar kullanıldı.

Bu çalışmada incelenen hata ve hata türleri aşağıdaki gibi sınıflandırıldı.

Hatalar:

• Tanı aşamasındaki hatalar:

Yanlış tanı veya tanı koymakta gecikme, uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması, güncel olmayan yöntemlerin kullanılması ya da tetkik sonuçlarına uygun önlemlerin alınmaması gibi,

• Tedavi aşamasındaki hatalar:

Cerrahi bir girişim, işlem veya tedavinin yanlış yapılması, ilaç doz veya verililiş şeklinde hata yapılması, tedavinin uygulanmasında gecikme ya da uygun olmayan tedavinin planlanması gibi,

• Diğer basamaklardaki hatalar:

Profilaktik tedavi uygulamada hata, tedaviden sonra yetersiz takip, kullanılan aletlerde yetersizlik/eksiklik gibi,

Bunlara ek olarak yine "Institute of Medicine"nin raporlarından birinde sağlık hizmetinde kalite açısından öncelikli seçilen 20 alandan üçü hasta güvenliği ile ilgilidir (6).

Bu alanlar, ilaçlar, medikasyon yönetimi, hastane infeksiyonlarıdır. En ağır ve geri dönüşümsüz hatalar tedavi aşamasındaki hatalardır. Bu hatalar da, çalışmamızda şu başlıklar altında toplanarak incelenmiştir:

1. İlaç hataları: Verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidirler. Yanlış doz, yanlış verilme şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu grup hatalardır.

2. Cerrahi hatalar: Çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur. Yanlış taraf cerrahisi, yara infeksiyonları, cerrahi başarısızlık vb. (7).

3. Tanı koymada hatalar: Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır.

4. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar da (defibrilatör, ventilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) yer almaktadır.

5. Diğer: Hastane infeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır (8).

Buradan yola çıkarak hastanemiz kalite koordinatörlüğünde zaten varolan bildirim sistemimiz yapılmış olan bildirimlerin ışığında istatistiki değerler kullanılarak olaylara, olay türlerine değil de bildirimlerin şifitlerle bir bağlantısı olup olmadığı, hata türlerinin, tipinin buna etkisi olup olmadığını incelemek istedik.

Bulgular

Araştırma kapsamında incelenen formlarda, 5 yıllık dönemde 19 olay gündüz şiftinde, 18 olay gece şiftinde bildirilmiştir.

Gündüz şiftinde 3 ilaç hatası, 5 tanı ve bakım süreci hataları, 2 düşme ve 9 tıbbi malzeme bağlantılı olaylar bildirilmişken; gece şiftinde 9 ilaç hatası, 5 tanı ve bakım süreci hataları, 1 adli olay (kendine zarar verme) ve 3 tıbbi malzeme bağlantılı hata bildirilmiştir ($p=0,029$), (Gündüz şifti-Gece şifti), (Tablo 1).

Gündüz şifitlerinde bildirilen olaylardan 9'unda (%47'si), gece şiftinde bildirilen olayların 8'inde (%44) hasta zarar görmüştür ($p>0,560$).

Gece ve gündüz şifitleri arasında olayın yılı, nedeni, hastaya zarar verip vermediği, düzeltici önlem önerisi bulunup bulunmadığı açısından fark saptanmamıştır.

Toplam 37 hata gerçekleşmiştir. Bunlardan %51,4'ü gündüz (08-16), %48,6'sı gece (16-08) şiftinde gerçekleşmiştir. $P=0,029$, $P>0,05$ olduğundan gece ile gündüz arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 1).

İlaç hata türünde toplam 12 hata oluşmuştur. Bunlardan %25 gündüz şiftinde, %75'i gece şiftinde gerçekleşmiştir. $p=0,169$, $p>0,05$ olduğundan gündüz bildirim ile gece bildirim arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 2).

Toplam 10 neden saptanmıştır. Bunlardan %30'u gündüz şiftinde, %70'i gece şiftinde bildirilmiştir. $P=0,399$, $p>0,05$ olduğundan gündüz ve gece arasında anlamlı fark yoktur. İlaç hatası nedenleri arasında önemli fark olmasına rağmen $p>0,05$ olması bildirim sayısının az olmasına bağladık (Tablo 3).

Toplam 10 hata bildirimi yapılmıştır. Bunlardan %50'si gündüz, %50'si gece bildirilmiştir. $P=0,769$, $p>0,05$ olduğundan gece ve gündüz şifitleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Katkıda bulunan faktörlerde toplam 4 olgu bildirilmiş. Bunlardan %50'si gündüz, %50'si gece şiftinde bulunmuştur. $P=0,139$, $p>0,05$ olduğundan anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 1. Hataya neden olayın tipi

Şift	1 (08-16) gündüz	2 (16-08) gece	Toplam
İlaç Hatası	3	9	12
Tanı-bakım süreci hatası	5	5	10
Düşme	2	0	2
Adli olay	0	1	1
Tıbbi malzeme bağlantılı olaylar	9	3	12
Toplam	19	18	37

Tablo 2. İlaç hatasının türü

Şift	1 (08-16) gündüz	2 (16-08) gece	Toplam
İlacın verilmemesi veya atlanması	1	1	2
Yanlış ilaç	1	0	1
Yanlış doz	1	1	2
Yanlış hasta	0	1	1
Yanlış yol yada uygulama	0	2	2
İlaç yükleme hatası	0	1	1
İlaç yükleme	0	1	1
İlaç tanımlama hatası	0	1	1
TPN hız hatası	0	1	1
Toplam	3	9	12

Toplam 27 hasta etkisinden bahsedilmiştir. Bunlardan %51,9'u gündüz, %48,1'i gece şiftinde bildirilmiştir. $P=0,225$, $p>0,05$ olduğundan gece ve gündüz şiftleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 6).

Tablo 3. İlaç hatasının nedeni

Şift	1 (08-16) gündüz	2 (16-08) gece	Toplam
Yazılı istem Hatası	1	1	2
Eczaneden kaynaklı hata	2	4	6
Uygulama hatası	0	1	1
Doktor tarafından yanlış hastaya ilaç orderi	0	1	1
Toplam	3	7	10

Tablo 4. Tanı ve bakım süreci hataları

Şift	1 (08-16) gündüz	2 (16-08) gece	Toplam
İşlemin yanlış yapılması	1	1	2
Yanlış etiketlenmiş örnek/test	1	0	1
Yanık	0	1	1
Ekstravazasyon	2	1	3
Doktor tarafından takip yetersizliği sonucu bası yarası oluşumu	0	1	1
Trakeostomi tespitinin sıkı olmasından kaynaklı kesi oluşması	1	0	1
Kanın kan bankasından istenilen miktarda gelmemesi	0	1	1
Toplam	5	5	10

Tablo 5. Katkıda bulunan faktörler

Şift	1 (08-16) gündüz	2 (16-08) gece	Toplam
Beceri eksikliği ve yetersizlik	0	1	1
Prosedürün uygulanmaması	0	1	1
Eğitim eksikliği	2	0	2
Toplam	2	2	4

Tartışma

Son yıllarda yapılan birçok çalışmada, her yıl sadece ABD'de onbinlerce hastanın tıbbi olaylar sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Bunun gibi olaylara katkı sağlayan faktörler tıbbi personelin bireysel özellikleri, hastalar ve tüm tıbbi sistemi kapsamaktadır. Gittikçe artan sayıda tıbbi merkez, bu sorunları çözmek ve tıbbi olayların sayısını azaltmak amacıyla sistemlerini yeniden değerlendirmeye başlamıştır (9).

Uykusuzluk, yorgunluk, sağlık sistemindeki ağır iş yükü ve çalışan sayısının azlığı hata riskini artırıcı etmenlerdir. Gece nöbetlerinde, hasta sayısı azalmamakta fakat çalışan kişi sayısı azalmaktadır. Çalışmamızda hekim ya da hemşire diye belirtilmemesine rağmen, ilaç uygulayıcıların, teknik malzemeleri kullananların hemşire grubu olduğu bilinmekte ve bununla birlikte de hata yapma riski artmaktadır (Tablo 1).

Sağlık sistemi multidisipliner bir yaklaşımdır; hatayı önlemek için birtakım denetim mekanizmaları vardır. Bu nedenle hastalar hataya maruz kalma açısından daha güvendedirler. Fakat az sayıda hemşirenin vardiyalarda çok sayıda hastaya sağlık hizmeti vermeleri iş yükünü ağırlaştırmaktadır (10).

Yapılan bir araştırmada vardiyalı çalışan hemşirelerin 0,812'sinin bıkkınlık ve işe gelmede isteksizlik, 0,776'sının dikkatini yoğunlaştırmada güçlük ve 0,635'inin ise kendilerini uykulu hissettikleri saptanmıştır (11). Yine başka bir çalışmada 12 saatlik gece ve gündüz vardiyaları halinde çalışan asistanların bilişsel işlevlerinin vardiya çıkışlarında kısmen bozulduğu, özellikle gece vardiyası sonrası bu işlevlerin daha çok etkilendiği görülmüştür (12).

Tablo 6. Hatanın hastaya etkisi

Şift	1 (08-16) gündüz	2 (16-08) gece	Toplam
Hastaya yakın olduğu fakat gerçekleşmediği durumlar	0	1	1
Hata hastaya ulaşmadan engellendi	1	4	5
Hata hastaya ulaştı fakat hasta zarar görmedi	5	2	7
Hata hastaya ulaştı fakat hastanın zarar görmediğini anlamak için tetkikler yapıldı	4	3	7
Hata hastada geçici hasara sebep oldu ve hasarın önlenmesi için önlemler alındı	4	3	7
Toplam	14	13	27

Peş peşe gece vardiyalarında hata riski 2. gece nöbetinde %6, 3. gece nöbetinde %17, 4. gece nöbetinde %36 olarak bildirilmiştir (13).

Ülkemizde ve dünyada sağlık hizmetlerini verenlerin az olması, yeterli sayıda istihdam sağlanamaması, yoğun bakım hemşireliğinin zor, deneyim ve tecrübe gerektirmesi, kalifiye çalışan sayısının az olması nedeni ile sık nöbete girme, shift usulü çalışma zorunluluğu getirmektedir. Bu zorluklar nedeni ile yoğun bakımlardaki hemşireler deneyim kazandıktan sonra, oryantasyon ve eğitimleri tamamlandıktan sonra uzun yıllar yoğun bakımda kalmak istememektedir ve bıkkınlık, yorgunluk ve tükenmişlikle ayrılmak ya da başka bölümlere geçmek istemektedirler.

Bunun sonucunda, yoğun bakımlarda iş hayatına yeni başlamış, deneyimsiz ve tecrübesiz hemşirelerin sıklıkla çalışmasına yol açmaktadır. Yoğun bakımda çalışan sağlık hizmeti verenlerin sayısının azlığı, haftalık çalışma saatlerini artırmakta ve mesaili çalışma şeklinde 24 saat hizmet devamlılığı sağlanmaktadır. Personel sayısının gerek nitelik gerekse nicel olarak azlığı, fazla çalışma süreleri ile tıbbi hatalar ve hasta güvenliği arasında önemli bağlantı vardır (14). Çalışmamızın bulgular kısmındaki katkıda bulunan faktörler tablomuzda yer alan veriler bu tür hataları göstermektedir (Tablo 5). Rogers ve arkadaşları, günlük 8 saat veya daha az çalışan hemşirelerde tıbbi hata oranını %1,6 bulmuştur (15). Carter ve arkadaşları günlük 12,5 saat veya daha fazla çalışan hemşirelerde tıbbi hata oranını %6 olarak bulmuşlardır (16).

Patterson ve ark.'na göre iletişim/iletişimsizlik önemli bir tıbbi hata kaynağıdır (17). Gece vardiyalarında iletişimin gündüz vardiyalarına oranla daha kötü olduğu, hekim ve hemşire gündüz vardiyasında, her uygulama sırasında iletişim halinde iken, gece vardiyalarında hekimlerin klinikte olmaması ve birden çok iş yapması, hemşirenin doktora ulaşmasını ve iletişimi sağlamalarını da güçleştirmektedir. Telefonla verilen istemler, iletişimden kaynaklanan hataları da birlikte getirmektedir. Kurumumuzda bu tür hataları önlemek amaçlı bir dizi önlemler alınmış olsa da hatanın tamamen sıfıra inmesi mümkün olamamıştır.

2007'de Cincinnati Children's Hospital Medical Center'da yapılan bir çalışmada da aynı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada hata bildirim raporlarının %70'ini gece nöbetlerinde bildirilen raporlar oluşturmuş olup, bunun da %57'sini vital bulgulardaki yanlış yorumlar, geri kalanı ise hemşirelerin ve ailelerin birbirleri ve hekimle olan iletişimsizlikleri nedeni ile olduğu ortaya çıkmıştır (18).

Japonya'da yapılan bir çalışmada, özellikle vardiya çizelgelerinin hemşire performansına ağır bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin vardiya çalışması, sağlık ve yaşam tarzlarının tıbbi hata ve olay raporlarıyla ilişkisi incelenmiştir. Ankete dayalı bir veri toplama yöntemi kullanılmıştır. İki yüzden fazla yataklı genel servislerin

bulunduğu Japonya'nın Kanto bölgesindeki hastanelerin vardiyalı çalışan 6445 hemşire tarafından tamamlanan anketler analiz edilmiştir. Hemşirelerin tedavi altında olma, son 6 ayda hastalık nedeni ile devamsızlık yapması, işyeri, gece vardiyası boyunca mola süreleri, vücut ağrısı ve sosyal rolün, tıbbi olaylar/hatalar ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Gece vardiyalarındaki mola süreleri 1 dakika arttığında olayların/hataların oluşmasının çok az miktarda arttığını göstermiştir (9). Yorgunluk arttığı zaman, vardiya çalışanlarının dikkatleri ve yargıları azalırken tepki süreleri artmaktadır. Bu durum gece vardiyası çalışanlarının biyolojik saati bozulduğunda, çalışırken uyanıklığı etkileyen uyku bozuklukları ve uykuya meyilli olma ile sonuçlanır (19). Kahol ve arkadaşları uyku yoksunluğu yaşayan klinisyenlerin iyi uyuyanlara göre daha zayıf konsantrasyona sahip olduğunu ve çok fazla dikkat kaybı, görsel hafıza bozukluğu yaşadıklarını göstermiştir. Gazi Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada pediatri hemşireleri, en fazla hata yapma nedenlerinin uzun çalışma saatleri ve hemşireye düşen hasta sayısının fazla olması olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler hata bildirim sistemini bilmelerine rağmen çoğu hata raporlama yapmamıştır. Bunun sebebi olarak, zarar veririm suçlanırım ve güven kaybederim endişesi, disiplin cezası alırım korkusu raporlamayı engelleyen başlıca 3 neden olarak bulunmuştur. Bu çalışma aynı zamanda Türkiye'de çocuk hemşireleri arasında ilaç hataları üzerine yapılan ilk çalışmadır (20).

Çalışmamızda gece ve gündüz bildirim yapılan hata sayısı değil, hata türlerinin değişmekte olduğunu gözlemledik. Gece ve gündüz shiftlerinde hata bildirim sayısında fark olmaması gerçek sayıyı göstermediğinden anlamlı değildir. Yaptığımız çalışmada da ilaç hatasının fazla olmasına rağmen anlamlı fark bulunmasının nedenini bildirimlerin az yapılması nedeni ile olduğunu düşünmekteyiz (Tablo 3). Genellikle az sayıda personelin çalıştığı saatlerde hatalar daha fazla olmakta fakat bildirimlerinin az yapıldığı fark edilmiştir. Birçok hasta gece hataya maruz kalıp işlem yapılmış fakat hata bildirimi ile ilgili işlem yapılmamış, gündüz shiftinde hemşire viziti sırasında farkedilip rapor edilmesi sağlanmaktadır. Gündüz shiftin de denetim mekanizmasının olması, sorumlu hemşire ya da yoğun bakım sorumlu doktorunun bulunması olay ya da hata bildirimlerinin yapılmasında teşvik edici olmaktadır. Ya da işe yeni başlayan personel tarafından bildirimlerin öneminin yeterince anlaşılmaması, bunları etkileyen faktörlerdendir. İş yoğunluğu ve iş yetiştirme kaygısı da raporlamayı olumsuz etkilemektedir.

Güvenlik kültürünün oluşması bu nedenle son derece önemlidir. İsrail'de yapılan bir çalışmada güvenlik kültürünün oluşması ile rapor etme doğru orantılıdır denilmiştir, bu çalışmada hatalarla haftalık ve günlük olarak karşılaşılmasına rağmen %6'sı hiç rapor etmemiş, %50'si nadir veya bazen rapor etmiştir sonucu çıkmış. Hatalara ilişkin güvenlik kültürü

ile rapor etme doğru orantılıdır denilmiş. Organizasyondaki güvenlik kültürü ne kadar gelişmişse, hata raporları ne kadar fazla ise o kurum o kadar güvenlidir ve dikkatli dizayn edilmiş güvenlik kültürünün oluşturulması çalışan tarafından raporlamayı cesaretlendirir. Bu da hasta güvenliğini artırır sonucuna varılmıştır (21).

Yine Taiwan'da yapılan bir çalışmada da ilaç uygulama hatalarının raporlanmasındaki başarısızlık incelenmiş olup 5 tane araştırma hastanesinden 838 hemşire ile ilaç uygulaması sırasında yapılan hataların raporlanmasındaki başarısızlıklarına yol açan faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Sonuçlar katılan hemşirelerden 337 tanesi kendisinin (%47'si) yaptığı ya da şahit olduğu hatayı raporlamadığını ifade etmiş, 376 tanesi (%53'ü) rapor ettiğini ifade etmiştir. Bu başarısızlıktaki en önemli faktör daha önce böyle bir ilaç hatası deneyiminin olup bu hataya karşı farklı tutum sergilenmesidir. Bu raporlamada engeller, daha çok korku ve hemşire kalitesi olarak bulunmuştur (22).

Bu amaçla hata ve olay bildirimlerinin zamanında ve mutlaka yapılması için çalışanların sık sık bilgilendirilmesi, eğitimler verilmesi ve oluşabilecek hataların kişisel olarak değil, aksaklıkları gidermek ve o hatanın tekrarlanmaması adına önlem almak amaçlı yapılması gerektiği herkes tarafından bilinmeli, çalışanlara bu yönden güven verilmelidir.

Formlar ad-soyad, servis, meslek grubu içermediğinden teşvik edicidir. Zamanla bildirim yapanların ceza almadığı görüldükçe bildirim sayılarının artacağı düşünülmektedir. Vakit sıkıntısı nedeni ile doldurulamamış olguların daha sonra kayda

geçmesi yöneticiler tarafından sağlanmalıdır. Şiftilere özgü düzeltici önlemler alınmalıdır.

Ayrıca bildirimlerin artmasında bir diğer etkili olacak yöntem de bildirilen hataların hastane genelinde paylaşım toplantılarında sunumlarının yapılması, bunların neticesinde nelerin iyileştirmeye gidildiği, hangi tip hata ile daha sık karşılaşıldığı personele bildirilmelidir.

Hem hasta haklarının önemi, hem gereksiz hata nedeni ile ölümle bile sonuçlanabilecek istenmeyen olayları önlemek amacı ile kurumların hasta güvenliği konusuna kaynak ayırması zorunludur.

Hastaların karşılaşılabileceği risklerin azaltılması, yan etkilerin önlenmesi, gerçekleşmesi halinde hızlı bir şekilde anlaşılması hasta ve yapılan tedavi üzerindeki olumsuz etkilerinin hızlı bir şekilde giderilmesi ve gelecekte başına gelmesi muhtemel sorunların en aza indirilmesi için bu çalışmalara ve istatistiklere ihtiyaç vardır.

Sonuç

Gece ve gündüz bildirimleri arasında benzer bildirimler yapılmaktadır. Fakat bu hata bildirimlerinin yapılan hataların tamamını yansıtmaması nedeni ile hataların bildirilmesi için bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmaları yapılması hasta güvenliği için şarttır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

- Akalın HE. Hasta Güvenliği Açısından Hastane Enfeksiyon Kontrolü. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 2006;10:16-8.
- National patient safety foundation, July 2003, www.npsf.org
- International Labour Organization. "What is workplace stress?". (online) Available from: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/whatis.htm> (Last update: 10.3.2001), (reached: 02.10.2007).
- Blachowicz E, Letizia M. The challenges of shift work. Medsurg Nurs 2006;15(5):274-80.
- Leproult R, Colecchia EF, Berardi AM, Stickgold R, Kosslyn SM, Van Cauter E. Individual differences in subjective objective alertness during sleep deprivation are stable and unrelated. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2003;284(2):R280-90.
- Institute of Medicine: To err is human: Building a safer health system, Washington DC National Academies Press, (2000).
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324(6):377-84.
- Akalın HE. Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştiriliriz? ANKEM Derg 2004;18(Ek 2):12-3.
- Akakawa C, Kanoya Y, Sato C. Factors contributing to medical errors and incidents among hospital nurses –nurses' health, quality of life, and workplace predict medical errors and incidents-. Ind Health 2011;49(3):381-8.
- Karaefe M. Dönüşümlü Şiftilerde Çalışan Hemşirelerde Uyku Düzeni Değişimlerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.1996; s.60.
- Karaefe M. Dönüşümlü Şiftilerde Çalışan Hemşirelerde Uyku Düzeni Değişimlerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 1996; s: 62.
- Sarıcaoglu F, Akıncı SB, Gözaçan A, Güner B, Rezaei M, Aypar Ü. Gece gündüz vardiya çalışmasının bir grup anestezi asistanının dikkat ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. Türk Psikiatri Dergisi 2005;16:106-12.
- Drake CL, Roehrs T, Richardson G, Walsh JK, Roth T. Shift Work Sleep Disorder: Prevalence and Consequences Beyond that of Symptomatic Day Workers. Sleep 2004;27(8):1453-62.
- Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. J Nurs Care Qual 2004;19(3):209-17.
- Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff (Millwood) 2004;23(4):202-12.
- Carter DC. Adverse Events. British Journal of Surgery 2004;91(7):785-6.
- Patterson E, Cook R, Woods D, Render M. Examining the Complexity Behind a Medication Error: Generic Patterns in Communication. Man and Cybernetics 2004;6(34):749-57.

18. White C, Gonzales del Rey J. Decreasing Adverse Events Through Night Talks: An Interdisciplinary, Hospital-based Quality Improvement Project. Perm J 2009;13(4):16-22.
19. Samaha E, Lal S, Samaha N, Wyndham J. Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. J Adv Nurs 2007;59(3):221-32.
20. Kılıçarslan TE, Gulzade U. Causes, reporting and prevention of medication errors from a pediatric nurse perspective. Australian Journal of Advanced Nursing 2012;4(29):28-35
21. Kagan I, Barnoy S. Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses. J Nurs Scholarsh 2013;45(3):273-80.
22. Chiang HY, Lin SY, Hsu SC, Ma SC. Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan. Nurs Outlook 2010;58(1):17-25.

Ek 1. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olay Bildirim Formu

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ Kalite Koordinatörlüğü		HASTA GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN OLAY BİLDİRİM FORMU						
<i>Olay bildirimini yapan kişi tarafından isteye bağlı olarak doldurulabilir, zorunlu değildir.</i>								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Olay Yeri: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Bildirim Tarihi</td> <td style="width: 20%;">Saati</td> <td style="width: 30%;">Olayın Tarihi</td> <td style="width: 20%;">Saati</td> </tr> </table> </div> </div>				Bildirim Tarihi	Saati	Olayın Tarihi	Saati	
Bildirim Tarihi	Saati	Olayın Tarihi	Saati					
OLAYA MARUZ KALAN HASTAYA AİT BİLGİLER <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Adı, Soyadı: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Cinsiyet ☐ K ☐ E</td> <td style="width: 20%;">Doğum Tarihi:</td> <td style="width: 20%;">Doğum Yeri:</td> <td style="width: 30%;">Tanı:</td> </tr> </table> </div> <div> Poliklinik Hastası (Polikliniği belirtiniz) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Yatan Hasta (Servis/Öde No)</td> </tr> </table> </div> </div>				Cinsiyet ☐ K ☐ E	Doğum Tarihi:	Doğum Yeri:	Tanı:	Yatan Hasta (Servis/Öde No)
Cinsiyet ☐ K ☐ E	Doğum Tarihi:	Doğum Yeri:	Tanı:					
Yatan Hasta (Servis/Öde No)								
İLAÇ HATALARI <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Hata Türü ☐ İlaçın Verilmesi veya Alınması ☐ Yanlış İlaç ☐ Yanlış Dose ☐ Yanlış Sıklık ☐ Yanlış Zaman ☐ Yanlış Hz ☐ Yanlış Hasta ☐ Yanlış Yolu ya da Uygulama ☐ Order Edilmeden İlaç Verilmesi ☐ İlaç Etiketi Hatası ☐ Hastanın Alması Öldüğü Bilinen İlaç Verilmesi Hastanın Nedeni ☐ Yazılı İstem Hatası ☐ Sözlü İstem Hatası ☐ Eczaneden Kaynaklanan Hata ☐ Prosedür Hatası ☐ Uygulama Hatası </td> <td style="width: 50%;"> TANI VE BAKIM SÜRECİ HATALARI ☐ Yanlış Hastaya İşlem Yapılması ☐ İşlemin Yanlış Yapılması ☐ Hatalı Kateter/Çip/Dren Çıkması ☐ Yanlış Etiketleme Örneği/Test ☐ Kayıp Örneği ☐ Ciddi Transfüzyon Reaksiyonu ☐ Yanlış Alan Cihazı ☐ Ameliyathaneye Beklenmeyen Dönüş** ☐ Yoğun Bakıma Beklenmeyen Dönüş** ☐ İşlem Öncesi Hazırlık Hatası ☐ Steril Teknik ve Asepsi Kurallarına Uyulmadan İşlem Yapılması </td> </tr> </table>	Hata Türü ☐ İlaçın Verilmesi veya Alınması ☐ Yanlış İlaç ☐ Yanlış Dose ☐ Yanlış Sıklık ☐ Yanlış Zaman ☐ Yanlış Hz ☐ Yanlış Hasta ☐ Yanlış Yolu ya da Uygulama ☐ Order Edilmeden İlaç Verilmesi ☐ İlaç Etiketi Hatası ☐ Hastanın Alması Öldüğü Bilinen İlaç Verilmesi Hastanın Nedeni ☐ Yazılı İstem Hatası ☐ Sözlü İstem Hatası ☐ Eczaneden Kaynaklanan Hata ☐ Prosedür Hatası ☐ Uygulama Hatası	TANI VE BAKIM SÜRECİ HATALARI ☐ Yanlış Hastaya İşlem Yapılması ☐ İşlemin Yanlış Yapılması ☐ Hatalı Kateter/Çip/Dren Çıkması ☐ Yanlış Etiketleme Örneği/Test ☐ Kayıp Örneği ☐ Ciddi Transfüzyon Reaksiyonu ☐ Yanlış Alan Cihazı ☐ Ameliyathaneye Beklenmeyen Dönüş** ☐ Yoğun Bakıma Beklenmeyen Dönüş** ☐ İşlem Öncesi Hazırlık Hatası ☐ Steril Teknik ve Asepsi Kurallarına Uyulmadan İşlem Yapılması	DÜŞME ŞEKLİ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> ☐ Musyeye Masasından Düşme ☐ Sedyeden Düşme ☐ Taçma Esnasında Düşme ☐ Yataktan Düşme ☐ Banyoda Düşme ☐ Kuvvetli Kuvvetle Düşme ☐ Takılma (Kablolu, vb.) ☐ Bayılma ☐ Kayma ☐ Yerde Bulundu </td> <td style="width: 50%;"> Alınması Önemli ☐ Yatak Kenarından Kalkış Değil ☐ Frezler/Teçerlekler Kilitli Değil ☐ Tutamak Mevcut Değil ☐ Uygun Kıyaslama Örneği Alınmamış ☐ Zıllık/Kaygan Yer Tabloları Yok ☐ Zıllık Bırakılmış Zemin ☐ Düşme Riski Değerlendirilmesi Yapılmamış ☐ Düşme Riski Değerlendirilmesi Yapılmış, Gerektiği Önemli Alınmamış ☐ Yeterli Aydınlatma Yok ☐ Ortamda Gereksiz Malzeme, Kablo, vb. Bulunması ☐ Sürekli Kullanılan Güçlük, İşleme Cihazı, vb. Yardımcı Cihazlar Yanında Değil ☐ Yeterli Bilgilendirme Yapılmaması </td> </tr> </table>	☐ Musyeye Masasından Düşme ☐ Sedyeden Düşme ☐ Taçma Esnasında Düşme ☐ Yataktan Düşme ☐ Banyoda Düşme ☐ Kuvvetli Kuvvetle Düşme ☐ Takılma (Kablolu, vb.) ☐ Bayılma ☐ Kayma ☐ Yerde Bulundu	Alınması Önemli ☐ Yatak Kenarından Kalkış Değil ☐ Frezler/Teçerlekler Kilitli Değil ☐ Tutamak Mevcut Değil ☐ Uygun Kıyaslama Örneği Alınmamış ☐ Zıllık/Kaygan Yer Tabloları Yok ☐ Zıllık Bırakılmış Zemin ☐ Düşme Riski Değerlendirilmesi Yapılmamış ☐ Düşme Riski Değerlendirilmesi Yapılmış, Gerektiği Önemli Alınmamış ☐ Yeterli Aydınlatma Yok ☐ Ortamda Gereksiz Malzeme, Kablo, vb. Bulunması ☐ Sürekli Kullanılan Güçlük, İşleme Cihazı, vb. Yardımcı Cihazlar Yanında Değil ☐ Yeterli Bilgilendirme Yapılmaması			
Hata Türü ☐ İlaçın Verilmesi veya Alınması ☐ Yanlış İlaç ☐ Yanlış Dose ☐ Yanlış Sıklık ☐ Yanlış Zaman ☐ Yanlış Hz ☐ Yanlış Hasta ☐ Yanlış Yolu ya da Uygulama ☐ Order Edilmeden İlaç Verilmesi ☐ İlaç Etiketi Hatası ☐ Hastanın Alması Öldüğü Bilinen İlaç Verilmesi Hastanın Nedeni ☐ Yazılı İstem Hatası ☐ Sözlü İstem Hatası ☐ Eczaneden Kaynaklanan Hata ☐ Prosedür Hatası ☐ Uygulama Hatası	TANI VE BAKIM SÜRECİ HATALARI ☐ Yanlış Hastaya İşlem Yapılması ☐ İşlemin Yanlış Yapılması ☐ Hatalı Kateter/Çip/Dren Çıkması ☐ Yanlış Etiketleme Örneği/Test ☐ Kayıp Örneği ☐ Ciddi Transfüzyon Reaksiyonu ☐ Yanlış Alan Cihazı ☐ Ameliyathaneye Beklenmeyen Dönüş** ☐ Yoğun Bakıma Beklenmeyen Dönüş** ☐ İşlem Öncesi Hazırlık Hatası ☐ Steril Teknik ve Asepsi Kurallarına Uyulmadan İşlem Yapılması							
☐ Musyeye Masasından Düşme ☐ Sedyeden Düşme ☐ Taçma Esnasında Düşme ☐ Yataktan Düşme ☐ Banyoda Düşme ☐ Kuvvetli Kuvvetle Düşme ☐ Takılma (Kablolu, vb.) ☐ Bayılma ☐ Kayma ☐ Yerde Bulundu	Alınması Önemli ☐ Yatak Kenarından Kalkış Değil ☐ Frezler/Teçerlekler Kilitli Değil ☐ Tutamak Mevcut Değil ☐ Uygun Kıyaslama Örneği Alınmamış ☐ Zıllık/Kaygan Yer Tabloları Yok ☐ Zıllık Bırakılmış Zemin ☐ Düşme Riski Değerlendirilmesi Yapılmamış ☐ Düşme Riski Değerlendirilmesi Yapılmış, Gerektiği Önemli Alınmamış ☐ Yeterli Aydınlatma Yok ☐ Ortamda Gereksiz Malzeme, Kablo, vb. Bulunması ☐ Sürekli Kullanılan Güçlük, İşleme Cihazı, vb. Yardımcı Cihazlar Yanında Değil ☐ Yeterli Bilgilendirme Yapılmaması							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ADLI OLAYLAR ☐ İntihar ☐ Kendine Zarar Verme ☐ Taciz-Sütlimal ☐ Hasta-Bebek Kaçırılması ☐ Kavgı-Dayak ☐ Horzük-Gasp ☐ Kıyma-Dökme ☐ Kaçan Hasta </div> <div> KESİCİ-DELİCİ ALET YARALANMALARI Yaralanma Şekli ☐ Cam Kesici ☐ Enjektör-İğne Batması ☐ Bisturi-Nakos vb. Kesmesi Yaralanma Nedeni ☐ Kesici-Delici Aletlerin Ortada Bırakılması ☐ İğne Kapağını Kapatılmaması ☐ Kesici-Delici Alet Kutusu Bulunmaması ☐ Eşel Nibelikli Alet Kutusuna Kesici-Delici Alet Atılması ☐ Hastanın Ani Hareketlenmesi </div> <div> TESTİS GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ OLAYLAR ☐ Yangın-Patlama ☐ Su-Gaz Sızıntısı ☐ Hırsızlık-Hayvan Olayları ☐ Kilitli-Kapalı Kalma (Asansör, vb.) ☐ Radyasyona Maruz Kalma ☐ Kimyasal Madde Dökülmesi-Saçılması ☐ Elektrik Çarpması </div> </div>								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> TIBBİ MALZEME BAĞLANTILI OLAYLAR ☐ Son Kullanım Tarihi Geçmiş Malzeme Kullanılması ☐ Kullanılan Malzemenin İstenilen Teknik Özelliklere Sahip Olmaması </div> <div> TIBBİ CİHAZ BAĞLANTILI OLAYLAR Cihazın Adı: ☐ Cihazın Çalışmaması veya Bozuk Olması ☐ Cihazın Olmaması ☐ Cihazda Elektrik Kaçağı ☐ Kullanım Talimatına Uymama </div> </div>								
Olay bildirimini yapan kişi tarafından doldurulacaktır Olayın kısa açıklaması:								

*Hastanın alan ünitesi dışında tedaviye alınmadığı belirtilmelidir

**Yoğun Bakım Servisiyle ilişkili olan hastalar

Kıl.No: 420622

KİP-007/REV.0/10.2006

Ek 1. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olay Bildirim Formu

Gerektiğinde olaya müdahale eden doktor veya bilgilendirilen kişi tarafından doldurulacaktır.

Muayene eden doktorun yorumları ve ilave medikal uygulamaları: ☐ Hasar yok ☐ Muayene reddedildi

Tarih:

Olayın geçtiği birimin sorumlusu tarafından doldurulacaktır.

Görüşen:

Tarih:

KATKIDA BULUNAN FAKTÖRLER	DÜZELTİCİ ÖNLEM ÖNERİSİ
☐ Organizasyon Eksikliği	
☐ Sistem/Süreç Hatası	
☐ Beceri Eksikliği ve Yetersizlik	
☐ Güvenlik Önlemlerinin Yetersizliği	
☐ İletişim Eksikliği	
☐ Prosedürün Uygulanmaması	
☐ Prosedür Bulunmaması	
☐ Eğitim Eksikliği	
☐ Ekipman/Malzeme Eksikliği	
☐ Fiziki Ortam	

BU KISIM KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

HATANIN HASTAYA ETKİSİ

- ☐ Hataya Yakın Olanıncaya Fakat Gerçekleşmediği Durumlar
- ☐ Hata Hastaya Ulaşılmadan Engellendi
- ☐ Hata Hastaya Ulaştı Fakat Hasta Zarar Görmedi
- ☐ Hata Hastaya Ulaştı Fakat Hastanın Zarar Görmediğini Anlamak İçin İzlemek Gerekli
- ☐ Hata Hastada Geçici Hasara Sebep Oldu Ve Hasarın Önlenmesi İçin İlave Tedavi Gerekli
- ☐ Hata Hastamda Kalıcı Uzamaya Sebep Oldu
- ☐ Hata Uzun Süreli Hasara Sebep Oldu
- ☐ Hata Hastanın Ölümüne Neden Olabilecek Önemli Reaksiyonlara (Alerjik Reaksiyon, Kardiyak Arrest Gibi) Sebep Oldu
- ☐ Hata Sonuçta Hasta Öldü

ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER**Strateji**

- ☐ Kurumla İlgili Politika/Prosedür Geliştirilmeli
- ☐ Kurumla İlgili Talimat Yazılmalı/Güncellenmeli
- ☐ Bölümler Arası Toplantı Yapılmalı
- ☐ Eğitim Programı Geliştirilmeli

İnsan Kaynakları

- ☐ Personel Gözetim/Denetim Sağlanmalı
- ☐ Hizmet İçerisi
- ☐ Eleman Sayısı Arttırılmalı
- ☐ Kişisel Rehberlik Verilmeli
- ☐ Kadro Planlaması, Kişilerin Eğitim ve Yetkinliği Diskarte Alınarak Tekrar Gözden Geçirilmeli

Cihaz-Ekipman ve Malzemeler

- ☐ Ek Gereksinim Karşılanmalı
- ☐ Kullanım Dışı Olmakla
- ☐ Kalibrasyon Gözden Geçirilmeli
- ☐ Düzenli Bakım Planlanmalı
- ☐ Teknik Şartname ve Şartnameye Uygunluk Gözden Geçirilmeli

TAKİP NOTLARI

Bu formdaki bilgiler bilimsel değildir, bu form kopyalanamaz, formu dikkatle doldurup olayı takip eden 24 saat içerisinde KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ'ne ulaştırınız. Bu bilgiler yalnızca kalite iyileştirme çalışmalarında kullanılacaktır.

Ek 2. Kazaya Ramak Kalma Formu**Formu Dolduranın****Adı-Soyadı:****Bölümü:****Görevi:****İmza:****Tarih:****Saat:****Kazanın Son Anda Atlatıldığı Tehlikeyi Tanımlayınız:****Tehlikenin Tam Yerini Açıklayınız:****Böyle Bir Durumla Tekrar Karşılaşmamak İçin Neler Yapılabilir?****Bildiriği Alan Yöneticinin Görüşü:****Tarih:****İmza:****.....'nin Görüşü:****Tarih:****İmza:**