



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.

Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

4. SAĞLIKTA KALİTE VE GÜVENLİK ÖDÜLLERİ

Baş Editörler

Prof. Dr. Doğan ÜNAL

Dr. Hasan GÜLER

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Editörler

Dr. Umut BEYLİK

Uzm. Özlem ÖNDER

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Ankara – Kasım 2014

4. SAĞLIKTA KALİTE VE GÜVENLİK ÖDÜLLERİ

Kasım 2014

ISBN: 978-975-590-513-6

Bakanlık Yayın No: 967

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz. Yazarların bu kitap içinde yer alan bildirimlerini başka kitap ve/veya dergilerde münferiden yayınlama hakları saklıdır.

Kapak ve Sayfa Tasarım

AYDER ORGANİZASYON

Tel : 0 312 425 00 36 Faks : 0 312 425 00 46

Baskı

MİKİ MATBAACILIK SAN. TİC. LTD. ŞTİ.

Tel : 0 312 395 2128 Faks : 0 312 395 23 49

www.mikimatbaacilik.com

İletişim

T. C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 Kat: 1

Kolej / Ankara

E-posta: kalitekongre@gmail.com

Web: www.kalite.saglik.gov.tr

SKS En İyi Uygulama Ödülü Jürisi

- Prof. Dr. Turan ASLAN
- Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU
- Prof. Dr. L. Özlem ATAY KAPUCU
- Prof. Dr. İhsan BAKIR
- Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN
- Prof. Dr. Metin ÇAKMAKCI
- Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA ŞARDAN
- Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
- Prof. Dr. Meral GÜLTEKİN
- Prof. Dr. Ramazan KAHVECİ
- Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
- Prof. Dr. Yeşim ÖZARDA
- Prof. Dr. Hacer ÖZGEN
- Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK
- Prof. Dr. Mustafa PAÇ
- Prof. Dr. Arzu SAYINER
- Prof. Dr. Haydar SUR
- Doç. Dr. Salim BİLİCİ
- Doç. Dr. Muhammet Güzel KURTOĞLU
- Doç. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
- Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
- Doç. Dr. Haluk ÖZSARI
- Doç. Dr. İsmail SARI
- Doç. Dr. Doğan YÜCEL
- Yrd. Doç. Dr. Kazım SARICI
- Dr. Mehmet DEMİR

SKS En İyi Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü Jürisi

- Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
- Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ
- Prof. Dr. Mustafa ERTEK
- Prof. Dr. Fahri OVALI
- Prof. Dr. Onur ÖZVERİ
- Prof. Dr. Selami SÖZÜBİR
- Prof. Dr. Bilçin TAK MEYDAN
- Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT
- Prof. Dr. Nazmi ZENGİN
- Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN
- Doç. Dr. Tamer İNAL
- Doç. Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
- Doç. Dr. Musa ÖZATA
- Doç. Dr. Demet ÜNALAN
- Doç. Dr. Türker YARDAN
- Doç. Dr. Gülsen YILMAZ

Jüri yesi Adı Soyadı:

e-Posta Adresi:

IV. Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik dlleri Jüri Değerlendirme Sonuçları		
Başvuru Kodu*	Sıralama**	Yayınlanma Durumu***

* İlgili çalışmanın dosya adı da olan ve bir harf iki rakamdan oluşan kodu yazılır.

** Aşağıda yer alan Temel Değerlendirme Kriterleri'ne göre en iyi çalışmaya 1 verilir ve en başa yazılır, diğerleri başarı durumuna göre 1'den itibaren sıralanır.

*** "Yayınlanabilir" ya da "Yayınlanamaz" seçeneklerinden biri yazılır.

Temel Değerlendirme Kriterleri:

- Sağlıkta Kalite Standartları ile ilişkisi
- Bilimselliği
- Uygulanabilirliği
- Literatüre katkısı
- Sağlık hizmetlerine katkısı

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenlik, çağın getirdiği teknolojik gelişme ve bilgiler ışığında verilen hizmetin istenen sonuçlarını artırma, istenmeyen sonuçlarını azaltma derecesidir. Sağlıkta Kalite Standartları, kalite uygulamalarında Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına sadece referans değil, genel olarak iyileştirme yaratacak temel noktaları öne çıkarmada en önemli yol göstericidir. Küreselleşen dünyada iyileştirme ve gelişimin en temel unsur olduğu düşüncesinden hareketle, Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri; sağlık hizmetlerinde sahip olunan SKS bilincinin gelişimini artırmak, SKS bilinciyle başarılarını desteklemek ve kalite iyileştirme stratejilerini daha iyiye yükseltmek amacını gütmektedir.

Bu yıl 4.sü düzenlenen Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri yarışması hizmet farklılaşması ve yeniliğine öncelik kazandırmak amacı ile “Sağlıkta Kalite Standartları En İyi Uygulama Ödülü” ve “Sağlıkta Kalite Standartları Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü” olmak üzere 2 kategoride ödül verilmektedir. Ödüllü yarışmalara “Sağlıkta Kalite Standartları En İyi Uygulama Ödülü” kategorisinden 108, “Sağlıkta Kalite Standartları Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü” kategorisinden 71 adet olmak üzere toplam 179 adet başvuru yapılmıştır.

Değerlendirme, alanında uzman ve söz sahibi Jüri Üyeleri tarafından yapılmış olup, Jüri Üyelerince her bir çalışma başta Sağlıkta Kalite Standartları ile ilişkisi, bilimselliği, uygulanabilirliği, literatüre ve sağlık hizmetlerine katkısı olmak üzere içerik değerlendirmesi göz önünde bulundurularak sıralamaları yapılmıştır. Jüri Üyelerinin sıralamaları dikkate alınarak ilk 9 (dokuz) dereceye giren çalışmalar belirlenmiştir. Bu 9 (dokuz) çalışma arasından ilk 3 (üç) dereceye giren ve Jüri Özel Ödülü almaya hak kazanan çalışmalar V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi’nde yapılacak oylama ile belirlenecektir.

4.Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri kapsamında düzenlediğimiz Sağlıkta Kalite Standartları Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü ile En İyi Uygulama Ödülü yarışmalarına değerli katkılarından dolayı Jüri üyelerine ve kamu-özel-üniversite sağlık kurum ve kuruluşlarımızdan başvuruda bulunan çok sayıda katılımcıya teşekkür eder; bu çalışmanın ülkemizde sağlık hizmetlerinin daha iyi noktalara gelmesine katkıda bulunmasını dilerim.

Prof. Dr. Doğan ÜNAL

S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

İÇİNDEKİLER

SKS EN İYİ UYGULAMA ÖDÜLÜ

Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinde Hizmetiçi Eğitimlerde Yeni Bir Uygulama:
Hastane Bilgi Yöneti Sistemi Eğitim Modülü
H. İsmail Sarı, Cennet Sarıca, Füsün Şahin, Zehra Künarıcı, Ayşe Canan, Hasret Karadeniz, Sıdıka Güneren, Ozan Karaca, Nuri Şaşmaz, Şerife Akalın..... 13

Hemşirelik Bakım Değerlendirme Sisteminin Geliştirilmesi: HBDS
Esmâ GÜNEY KIZIL, Pınar AKÇAY, Seçil BEYECE İNCAZLI, Sibel YÖNTEM, Sevil ERKEN, Özlem KARADAĞ, Yasemin TOKEM, Behzat ÖZKAN..... 37

Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) Kapsamında Farkındalık Çalışması
Özlem YILMAZ, Nilgün RÜZGAR..... 53

Telefon Teknolojilerinden Sms Uygulamasının Rapor Ve Tetkik Sonuçlarının Bildiriminde Kullanılmasının Hasta Ve Çalışan Memnuniyetine Etkisi: İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği
Pınar BOL, Gülnur GÜL, Mehmet İZCİ, Özgür USLU, Nurdan ÇAMLİBEL, Mustafa ÇOŞKUN Cihan BEKTAŞ, Ahmet Emin ERBAYCU..... 73

Diyalizde Performans Odaklı Kalite Yönetimi
Kutay GÜNEŞTEPE, Leyla GÜLDALI, Sibel ÇETİN, Doç. Dr. Fatih KIRÇELLİ, Emine ÜNAL Levent EREN..... 87

Samsun Kamu Hastaneleri Birliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde Laboratuvar Test Kısıtlama Sistemimin Hasta, Çalışan Ve Maliyet Üzerine Etkisi
Metin ÖZDEMİR, Ahmet A. İSMAİLOĞU, Arzu KESKİN GÖKSEL..... 105

Multidisipliner Yaklaşım Gerektiren Ve Yatış Endikasyonu Bulunan Hastaların Acil Servis Müşahede Kalış Sürelerinin Kısaltılması
Hayrettin DİZEN, Füsün GÖNEN DEDE, Davut KAPLAN, Müge GÜLEN, Özlem AYDIN..... 121

Hasta-Çalışan Elele Engelsiz Hastaneler: Adana Devlet Hastaneleri Uygulaması
Reşan ARLIER, Mehmet ŞAHİN, Kemal KİRAZ, Tevfik DOĞAN, İsmail GÜNEŞ..... 133

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Yaralarının Oluşumunun Engellenmesi Ve Oranların Düşürülmesinde Nutrisyon Ekibi Farkı Denizli Devlet Hastanesi Örneği
Nevin ŞAHİN, Op.Dr.Sami CEBELLİ, Tijen KURT..... 161

SKS EN İYİ ARAŞTIRMA VE BİLİMSEL YAYIN ÖDÜLÜ

Hemşirelik Hizmetlerinin Ve Kayıtlarının Değerlendirilmesi
Rüküye BURUCU, Deniz S. ÖZDEMİR, Nesibe G. MOLU, Figen T. DÜDÜKCÜ..... 179

Konya Seydişehir Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların, Bilgilendirilme Ve Aydınlatılmış Onam Alma Süreçlerinin Değerlendirilmesi
Emrullah İNCESU..... 193

Protez Hizmetleri Kalitesi İle Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin İlişkisi <i>Hülya KAPLAN, Esra TUNALI, Hatice KALKAN, Gülşen ÜZEL, Hanım ELVEREN</i>	217
Bir Ölçek Geliştirme Çalışması Tesis Yönetimi Ve Güvenliği Programlarını Değerlendirme Ölçeği <i>Ahmet ATASOY, Songül YORGUN, Emrullah İNCESU</i>	229
Eskişehir Devlet Hastanesinde Çalışan Kamu Personelinin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi <i>Dilek ŞAYIK, Adem ŞERBETÇİ, Dilek DEMİRSÖZ, Mehmet EROĞUL, Ahmet MUSMUL</i>	247
Tekrarlayan Ölçümlerle Uygulanan Saps Iı Skorlama Sisteminin Mortaliteyi Tahminindeki Etkinliğinin Araştırılması <i>Osman Özcan AYDIN, Murat ÇAĞLAYAN, Mehmet EROĞUL, Zöhre ÜNLÜCE, İlknur IŞIK Ertan BİTİRGEN, Zekiye ÇETİN, Ayhan GÖLCÜKCÜ</i>	273
Türkiye İçin Palyatif Bakım Kalite İndikatörlerinin Belirlenmesi <i>Başak YALÇIN BURHAN, Eylem KAYA EROĞLU, Ayşe Sibel ÖKSÜZ</i>	287
Sivas Numune Hastanesi Nefroloji Polikliniğine Başvuran Evre 3-5 Kronik Böbrek Hastalığı Sürecindeki Hastaların Düşük Klirensli Hasta Takip Programına Alınmasının Evre 5 Son Dönem Böbrek Yetmezliğine Gidiş Süresinin Uzatılmasına Etkileri Ve Sosyal Güvenlik Kurumuna Maliyetinin Analizi <i>Mehmet BÜYÜKBAKKAL, Leyla TEMÜR, Rukiye ERTÜMEN</i>	309
İzmir İli Hastanelerinde 2006-2014 Tarihleri Arasında Hasta Güvenliği Kültüründeki Değişimin Analizi <i>Ali ÇAKIR, Akif ÇİMEN, Öznur KOÇ DÖRTTEPE, Şeyda SEREN İNTEPELER, Bediha TÜRKYILMAZ</i>	323

IV. SAğLIKTA KALİTE VE GÜVENLİK ÖDÜLLERİ

“SKS EN İYİ UYGULAMA ÖDÜLÜ” DALINDA DERECEYE GİREN ALIşMALAR

Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinde Hizmetiçi Eğitimlerde Yeni Bir Uygulama: Hastane Bilgi Yöneti Sistemi Eğitim Modülü

H. İsmail SARI¹
Cennet SARICA²
Füsün ŞAHİN³
Zehra KÜNARCI²
Ayşe CANAN²
Hasret KARADENİZ²
Sıdıka GÜNEREN²
Ozan KARACA²
Nuri ŞAŞMAZ⁴
Şerife AKALIN⁵

Özet

Ülkemizde sağlık sisteminde yeni bir reform dönemi söz konusudur. Bu adaptasyonun sağlanması, “Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları”nın kurumumuzda verimli ve başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için çalışanların uyumu oldukça önemlidir. Sağlıkta kalite çalışmalarının sürekliliğini sağlamak, değişim ve yenilenmeyi güncel olarak çalışanlara duyurmak, öğretmek ve bu sayede çalışanların kişisel gelişimlerinin sağlanması eğitim sayesinde gerçekleştirilmektedir.

Sağlık kurumları, bir yandan bilimsel kurallar ve standartlara uygun tanı ve tedavi prosedürlerini uygularken, diğer taraftan hizmetin sunumu sürecinde hasta istek ve beklentilerini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Devebakan,2006:129). Hem çalışan açısından yeniliklerin olması, hem de hastaların beklenti düzeylerinin artması kurum olarak çalışmalarımızda yeni bir

1 Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji BD, Denizli (Kalite Yönetim Direktörü)

2 Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalite Yönetim Birimi, Denizli

3 Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD, Denizli (Eğitim Komitesi)

4 Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hastane Müdürlüğü, Denizli (Kalite Yönetim Biriminden sorumlu hastane müdürü)

5 Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Denizli (Kalite Yönetim Direktör Yardımcısı)

sistemin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bunun yanında bilimsel, teknolojik ve kanuni değişiklikleri izleyerek kalite iyileştirmenin sağlanması ve devamlılığı için hizmet içi eğitim programlarının uygulanması ve sürekliliği zorunlu hale gelmiştir.

Bu çalışmada Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde kullanılan "Hastane Bilgi Yönetim Sistemi" yazılımında "Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları" uygulamaları ve eğitimleri alternatif bir yol olarak hızlı, doğru veri kaydı için mevcut program içine ara yazılımlarla entegre edilebilen bir sistem (alt modül) oluşturulmuştur. Yapılan alt modül sayesinde eğitim dokümanlarının "Hastane Bilgi Yönetim Sistemi" kullanıcılarına ulaşması, ulaştıktan sonra işlem gören eğitim kayıtlarının hızlı doğru veri kaydı sağlanarak modüle işlenmesi ve başka bir alt modül olan "İnsan Kaynakları Personel Eğitim Kayıtları"na entegrasyon sağlanarak kayıt altına alınması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Eğitim, Hizmet İçi Eğitim, Eğitim Modülü

Abstract

A new period of reform in the healthcare system in our country is concerned . Ensuring this adaptation depends on the efficient and successful implementation of the Health Service Quality Standards in institutions. Trainings will be carried out to provide the continuity of the quality studies, to announce, inform and provide personal devolepment to employess with the current changes and renewals.

Health institutions should take in to consideration in one hand applying scientific rules and standards to appropriate diagnosis and treatment procedures, on the other hand the process of service supply for the patients' demands and expectations.

The necessity to develop a new sytem in the Institution have been revealed due to innovations in terms of employees and increased levels of patients' expectations. Besides, scientific, technological and legal changes following the provision of quality improvement and implementation of training programs for the sustainability and continuity of services has become imperative .

In this study, alternative way for fast, accurate data recording which can be integrated to create a system for Health Service Quality Standards practices and trainings as an " Hospital Information Management System" software used in Pamukkale University Medical Research Center to the current program is aimed .

With this system, reaching the training documents to " Hospital Information Management System" users, providing modular processing of fast, accurate data entry of education records and saving the records in Human Resources Employee Training module with the integration is intended.

Key Words: Education, in-service training, training module

1. Giriş

Sağlık reformları ile gelişen sağlıkta kalite çalışmaları, hasta ve çalışan güvenliği mevzuatlarını destekleyen standartlar oluşturarak ulusal bir yapılanmaya girmiştir (T.C.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012:19-20).

Hizmet içi eğitim; kurum açısından “Sağlıkta Hizmet Kalite Sistemleri (SHKS)” kalitesinin artması, SHKS tarafından zorunlu tutulan eğitimlerin verilmesi, kurumun değişim gücünü arttırarak, sağlıktaki reforma ait değişikliklere ayak uydurabilmesi, çalışan ve hasta güvenliğini sağlayarak kazaların ve tıbbi hataların önlenmesi gibi konularda büyük yararlar sağlar. Bununla birlikte hizmet içi eğitimde SHKS açısından ve eğitimlere katılacak çalışanların verimliliği açısından temel sorunlar vardır. Bu sorunların başında çok fazla çalışanı olan sağlık kurumlarında, sadece bir tane eğitim başlığının bile çalışanlara verilmesinin uzun zaman alması gelmektedir. Aynı zamanda, hizmet içi eğitimin faydalı ve yararlı olması için katılımcı sayısının sınırlı tutulması gerektiği de görülmektedir.

Nitelikli ve etkili bir hizmet içi eğitim programı için kurumun çalışma yapısı (vardiya ve nöbet usulü) ile eğitim saatlerinin uygunluk göstermesi, eğitimin uzman kişiler tarafından istenen doğrultuda yapılması, küçük gruplar halinde düzenlenmesi, katılımcıların gereksinimlerinin karşılanması, kurumda çalışanların istekli katılımının sağlanması ve devamının sağlanması, en önemlisi de sürdürülebilir olması gerekmektedir. Hizmet içi eğitimlerde gereksinimlerden yola çıkılarak planlama yapılmaktadır. Bu planlama kapsamında “SHKS Zorunlu Eğitimleri” için en az 50 eğitim planının yapılması gerekmektedir. Bunun yanında yasal değişiklikler (yönetmelik, yönerge, mevzuatlar vs.) sonucu ortaya çıkan eğitim ihtiyaçları ve çalışan personelin talep ettiği eğitimler de olmaktadır.

Davranışçı psikolojiye göre eğitim, kişide öğrenme yaşantıları yoluyla istendik davranış değişiklikleri oluşturma sürecidir. (Vikipedi, özgür ansiklopedi). Eğitim kısa anlatımla bir değişim sürecidir. Bu değişim bireylerin bilgi, düşünce, yetenek ve davranışlarında görülen gelişimdir. Eğitim sürecinde bireyin davranışlarının istenen yönde değiştirilmesi amaçlanmaktadır.

Sanal ortamlar ve bilişim teknolojileri kullanılarak, eğitimde yeni yöntem olarak kabul edilen uzaktan eğitim yöntemi uygulanmaktadır. Uzaktan eğitim; eğitime katılanların farklı zaman ve ayrı mekanlarda olduğu bilgisayar desteği ile gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır. Uzaktan eğitim uygulamalarının, diğer klasik (TV, Radyo, Gazete, Mektup v.b) uzaktan eğitim uygulamalarından en büyük farkı eş zamanlı – zamansız interaktif bir işleyiş göstermesi ve daha büyük kitleleri çok daha çabuk bir araya getirmesidir (Sevindik ve Kayışlı, 2006:27).

Hiper ortamlar sayesinde eğitim alanlar kendi öğrenme hızlarına göre ilerler ve

program akışını belirlerler. Eğitim öğrenme ihtiyacına göre yapılandırılabilir. Bu da geleneksel ortamda öğrenime göre daha çok verim sağlamaktadır (Dağ ve Geçer, 2009:4).

Hizmet İçi Eğitim: “Özel veya tüzel kişilere ait işyerlerinde maaş veya ücret karşılığında işe alınmış ve çalışmakta olan bireylerin görevleri ile ilgili konularda gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazanmalarını sağlamak üzere yapılan eğitimlerdir” (Taymaz, 1981:4). Başka bir şekilde değinecek olursak kişilerin hizmetteki verim ve etkinliklerinin arttırılmasını; bilgi beceri ve tutumların zenginleştirilmesini amaç edinen ve kurumların genel çalışma düzenini sürekli etkileyen eğitimlerdir (Taymaz, 1992:1-6).

Hizmet içi eğitimde üç tür eğitimden söz etmek mümkündür. Bunlar, iş başı, iş dışı ve teknoloji destekli eğitimlerdir.

İş Başı Eğitimi: İşe yeni başlayan veya görev değişikliği yapan personelin kısa sürede işe intibak ettirilmesi ile çalışmalarında etkinlik, verimlilik unsurlarının ön plana çıkarılması için uygulanan eğitimidir.

İşbaşı Eğitim Yöntemleri

- Yönetici gözetiminde eğitim
- Yetki göçerimi yoluyla eğitim
- Formen aracılığı ile eğitim
- İşe uyum eğitimi
- Rotasyon eğitimi
- Takım çalışmalarına katılım yoluyla eğitim
- Staj yoluyla eğitim
- Gösteri yoluyla eğitim

İş Dışı Eğitim Yöntemleri

- Konferans
- Seminerler
- Kurslar
- Örnek olay yöntemi
- Rol oynama yöntemi

Teknoloji Destekli Eğitim Yöntemleri

- Multimedya eğitim
- Bilgisayar destekli eğitim

2. Uygulamanın Amacı

SHKS'nin uygulanabilmesi ve bu sayede hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanabilmesi için personelin hizmet içi eğitiminde sistemsel bir çözüm yaklaşımı hedeflenmiştir. Çalışan personel sayısının ve eğitim sayısının fazla olması sebebi ile eğitimlerde alternatif bir sistem olarak bilgisayar destekli ve uzaktan eğitim yöntemi seçilerek kurum içinde "Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)" etkin kullanılarak personel eğitiminin gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir (Sabuncuoğlu, 2011:145-161).

Bu çalışmada, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde SHKS eğitimleri ve diğer eğitimlerin SHKS kapsamında çalışanlara zamanında, etkin, personel yoğunluğunu kapsayacak şekilde verilmesi amaçlanmıştır.

- 2100 kişiyi aşmakta olan kalabalık bir ekiple çalışan bir kurum olarak, program oluşturulmasında, eğitimin hazırlanmasında ve uygulanmasında yetişkin eğitimi programının güçlüklerini gidermektir.
- Standartları karşılamak için sayısı belirsiz eğitim programlarını sayıca fazla çalışanı olan kurum olarak planlama güçlüklerini ortadan kaldırmaktır.
- Eğitimlerin etkinliğini ve katılımcıların başarısını ölçmek için değerlendirme (ön test son test) yapılmaktadır. Bu değerlendirmeleri yaparken kurum olarak soru basımı, cevap kağıdı basımı vs. konularda yüksek maliyeti ortadan kaldırmaktır.
- Eğitime katılan çalışanların ön değerlendirme ve son değerlendirmede zaman kaybı yaşanmadığı görülmüştür.
- Eğitim sırasında katılımcılar birimlerinde uzak kalmakta ve uzayan eğitim saatleri personelin birimi açısından iş kaybına sebep olmaktadır.
- Eğitim programları yapıldığı zaman kurum içinden eğitimciler bulunmaktadır. Eğitimi alacak grup sayısı çok olduğu için eğitimci açısından da bulunduğu birimde hizmet kaybı yaşanmasını önlemek amaçlanmaktadır.
- Hizmet içi eğitimin gerçekleştirileceği bina-tesis, araç gerecin yetersizliğini ortadan kaldırmak amaçlanmıştır.
- Ayrıca eğitimlerde yapılan ön değerlendirme ve son değerlendirme sonuçlarının istatistiklerinin çıkarılabilmesi için emek ve zaman kaybı önlenmesi amaçlanmıştır.
- Yapılan eğitim programlarında eğitime katılan personelin ikram vb. beklentiye girmelerini önlenmek amaçlanmıştır.

- Eğitim programlarında eğitime katılan personelin bilgi açısından beklentilerini karşılayamama durumunu ortadan kaldırmak amaçlanmıştır.
- SHKS'nda en yüksek karşılanma oranını sağlamak amaçlanmıştır. Eğitime bağlı 328 standart ve indikatörle ilgili ise 19 standarda Evet cevabını almak hedeflenmiştir.
- Kurumumuzda uzaktan eğitim yöntemi için HBYS kullanılmaktadır. Bu sayede çalışanlarımızın eğitim zamanını ve süresini kendi içinde bulundukları iş yoğunluğuna göre ayarlayarak eğitim yapmalarına imkan tanınması amaçlanmıştır.

3. Uygulamanın Sağlıkta Kalite Standartları İle İlişkisi

Eğitim planı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nın 2011 basım tarihli Hastane Hizmet Kalite Standartları kitap içeriğinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

01.01.17.00.Eğitim Komitesi Bulunmalıdır.

01.01.17.02.Komite;

- Hizmet Kalite Standartları Eğitimi
- Hizmetiçi Eğitimler
- Uyum Eğitimleri
- Hastalara Yönelik Eğitimleri planlamalıdır.

Eğitim planı ve programı hedeflenirken Hastane Hizmet Kalite Standartları kapsamında hasta ve çalışan güvenliğini ilgilendiren maddeleri içerecek şekilde Hastane Hizmet kalite Standartları içindeki dikey boyutları ayrıntılı olarak incelendiğinde 4 dikey boyutta 29 bölümde ve ayrıca indikatör yönetiminde eğitim gerektiren standartların bulunduğu saptanmıştır. Bu bölümlerdeki standartlar incelendiğinde ise en az 328 standardın eğitimi gerektirdiği, indikatörlerle ilgili olarak 19 standartta da eğitim gerektiği belirlenmiştir. Ayrıca, diğer yasal zorunluluklar, SHKS komite istekleri, yasal komite istekleri ve güncel durumlar sonrası oluşan talepler doğrultusunda çalışanların bilgilendirme ve eğitim ihtiyacının oluştuğu tespit edilmiştir.

4. Uygulama Süreci

Eğitim gerektiren standartlar eğitim komitesi tarafından incelendiğinde kurumdaki tüm personeli kapsayacak şekilde yıllık SHKS Eğitim Planı oluşturulmuştur. Diğer komitelerin eğitim talepleri de eğitim komitesince planlanmaktadır.

Tablo 1. Yıllık SHKS Eğitim Planı

1	Acil Durum Yönetimine Yönelik Eğitim
2	Hasta Memnuniyeti Eğitimi
3	İletişim Becerileri ve Beden Dili Eğitimi
4	Kardiyopulmoner Resusitasyon Eğitimi
5	Hasta Başı Test Cihazlarının Kullanımı Eğitimi
6	Hasta Kimliğinin Doğrulanmasına Yönelik Eğitim
7	Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı Eğitimi
8	Hastanın Güvenli Transferine Yönelik Eğitim
9	Güvenli Cerrahi Uygulama Eğitimi
10	Atıkların Kaynağında Ayrıştırılması Eğitimi
11	Atık Yönetimi Konusunda Eğitimi
12	Bilgi Güvenliği Sağlamaya Yönelik Eğitim
13	Örneklerin Alınması ve Transferi Konusunda Eğitim
14	Panik Değerler ve Panik Değer Bildirimi İle İlgili Eğitim
15	Temizlik Hizmetlerine Yönelik Eğitimi
16	Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemi Eğitimi
17	İzolasyon Önlemleri İle İlgili Eğitimi
18	El Hijyeni Sağlamaya Yönelik Eğitim
19	Sözel İstem Uygulaması Hakkında Eğitim
20	Yatan Hasta Eğitimi
21	Hareket Kısıtlamasına Yönelik Düzenleme Eğitimi
22	Hasta ve Hasta Yakınlarının Bölüme Uyum Eğitimi
23	Laboratuvar Güvenliği Eğitimi
24	Tehlikeli Madde Sınıfını Gösteren Simgeler Hakkında Eğitim

25	Tesis Kaynaklı Düşmeleri Engellemeye Yönelik Eğitim
26	Güvenlik Raporlama Sistemi Eğitimi
27	Ulusal Kodlarla İlgili Eğitim
28	Diyaliz Tedavisi Gören Hastalara Tedavinin Gerektirdiği Hususlarda Eğitim
29	Hasta Hakları Eğitimi
30	Acil Durum ve Afet Yönetiminde Uygulamalı Eğitim
31	Muayene Zaman Aralığı İle İlgili Eğitim
32	Engelli Kişiler İçin İşlevsel Düzenlemeler Hakkında Eğitim
33	Öz Değerlendirme Eğitimi
34	Psikiyatri Taburculuk Eğitimi
35	Çalışan Güvenliği Eğitimi
36	Enfeksiyon Kontrolü Ve Önemi Eğitimi
37	Bebek Dostu Hastane Eğitimi
38	Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi
39	Hasta ve Yaşlı Kişilerle İlgili Düzenleme Eğitimi

Eğitimlerin hangi personel grubuna verileceği de plana dahil edilmiştir. Eğitimlerin sürekliliği ele alınarak tüm personel için sistemsel ve çağımıza uygun bir çözüm düşünülmüştür. Hastanemizde işbaşı eğitim yöntemleri, iş dışı eğitim yöntemlerinin yanında en büyük eğitim yöntemi olarak teknoloji destekli eğitim yöntemlerinden bilgisayar destekli uzaktan eğitim yöntemi seçilerek HBYS içine entegre edilen Eğitim Modülü seçilmiştir. SHKS gereği bazı eğitimlerin 6 ayda bir, bazılarının ise yılda bir mutlaka tekrarlanması zorunluluğu mevcuttur. Standartların sistemli ve düzenli uygulanabilmesi ve standarttan puan alınabilmesi için bu eğitimlerin yapılması ve tamamlanmasına bağlı olduğu görülmüştür.

Eğitim komitesinde SHKS'nın karşılanması için sistem bazlı bir çözüm için çalışma yapılması planlanmıştır. Bu açıdan eğitim komitesi üyeleri görevlendirilmiştir. Kalite yönetim biriminden eğitim komitesine üye olan iki kişi ile bilgi işlem sorumlusu tarafından modül planlaması ve kurgulamasını üç ayda tamamlanmıştır. Deneme çalışmaları içinde üç ay çalışılmıştır. Aynı süre zarfında, Eğitim Komitesi tarafından eğitimlerin hangi birimler ve kişiler tarafından hazırlanacağı ile ilgili

organizasyonlar yapılmıştır. Kalite Yönetim Birimi eğitim hazırlayacak birimlerle iletişimi sağlayarak eğitim için sunu, video ve eğitim etkinliğini ölçmek amacı ile 10 soruluk ön test, son test sorularını hazırlamıştır.

Tablo 2. Eğitim ve Eğitim Hazırlayan Birim Tablosu

	EĞİTİM PLANI	EĞİTİM HAZIRLAYAN BİRİMLER
1	Acil Durum Yönetimine Yönelik Eğitim	Hastane Afet Yönetim Birimi
2	Hasta Memnuniyeti Eğitimi	Kalite Yönetim Birimi+ İnsan Kaynakları Birimi
3	İletişim Becerileri ve Beden Dili Eğitimi	İletişim Becerileri Komisyonu(Dekanlık)+Kalite Yönetim Birimi
4	Kardiyopulmoner Resusitasyon Eğitimi	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü+Acil Tıp Anabilim Dalı + Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
5	Hasta Başı Test Cihazlarının Kullanımı Eğitimi	Merkez Laboratuvarı
6	Hasta Kimliğinin Doğrulanmasına Yönelik Eğitim	Kalite Yönetim Birimi+ İnsan Kaynakları Birimi
7	Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı Eğitimi	Çalışan Sağlığı Güvenliği ve Hakları Birimi-Enfeksiyon Kontrol Komitesi
8	Hastanın Güvenli Transferine Yönelik Eğitim	Hastane Müdürlüğü
9	Güvenli Cerrahi Uygulama Eğitimi	Kalite Yönetim Birimi+ İnsan Kaynakları Birimi
10	Atıkların Kaynağında Ayrıştırılması Eğitimi	Ev İdaresi Koordinatörü
11	Atık Yönetimi Konusunda Eğitimi	Ev İdaresi Koordinatörü
12	Bilgi Güvenliği Sağlamaya Yönelik Eğitim	Bilgi İşlem Koordinatörlüğü
13	Örneklerin Alınması Ve Transferi Konusunda Eğitim	Merkez Laboratuvarı
14	Panik Değerler ve Panik Değer Bildirimi İle İlgili Eğitim	Merkez Laboratuvarı

15	Temizlik Hizmetlerine Yönelik Eğitimi	Ev İdaresi Koordinatörü
16	Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemi Eğitimi	Enfeksiyon Kontrol Komitesi
17	İzolasyon Önlemleri İle İlgili Eğitimi	Enfeksiyon Kontrol Komitesi
18	El Hijyeni Sağlamaya Yönelik Eğitim	Enfeksiyon Kontrol Komitesi
19	Sözel İstem Uygulaması Hakkında Eğitim	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
20	Yatan Hasta Eğitimi	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
21	Hareket Kısıtlamasına Yönelik Düzenleme Eğitimi	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
22	Hasta ve Hasta Yakınlarının Bölüme Uyum Eğitimi	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
23	Laboratuvar Güvenliği Eğitimi	Laboratuvarlar
24	Tehlikeli Madde Sınıfını Gösteren Simgeler Hakkında Eğitim	Hastane Müdürlüğü
25	Tesis Kaynaklı Düşmeleri Engellemeye Yönelik Eğitim	Hastane Müdürlüğü
26	Güvenlik Raporlama Sistemi Eğitimi	Kalite Yönetim Birimi
27	Ulusal Kodlarla İlgili Eğitim	Hastane Afet Yönetim Birimi + Çalışan Sağlığı Güvenliği ve Hakları Birimi + Hastane Müdürlüğü
28	Diyaliz Tedavisi Gören Hastalara Tedavinin Gerekletirdiği Hususlarda Eğitim	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
29	Hasta Hakları Eğitimi	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü+ İnsan Kaynakları Birimi
30	Acil Durum ve Afet Yönetiminde Uygulamalı Eğitim	Hastane Afet Yönetim Birimi
31	Muayene Zaman Aralığı İle İlgili Eğitim	Kalite Yönetim Birimi
32	Engelli Kişiler İçin İşlevsel Düzenlemeler Hakkında Eğitim	Hastane Müdürlüğü
33	Öz Değerlendirme Eğitimi	Kalite Yönetim Birimi
34	Psikiyatri Taburculuk Eğitimi	Kalite Yönetim Birimi

35	Çalışan Güvenliği Eğitimi	Çalışan Sağlığı Güvenliği ve Hakları Birimi
36	Enfeksiyon Kontrolü ve Önemi Eğitimi	Enfeksiyon Kontrol Komitesi
37	Bebek Dostu Hastane Eğitimi	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
38	Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
39	Hasta Ve Yaşlı Kişilerle İlgili Düzenleme Eğitimi	Hastane Müdürlüğü

Son olarak HBYS'ye entegre edilen Eğitim Modülünün 2013 Temmuz ayında eğitimler yüklenmeye başlamıştır.

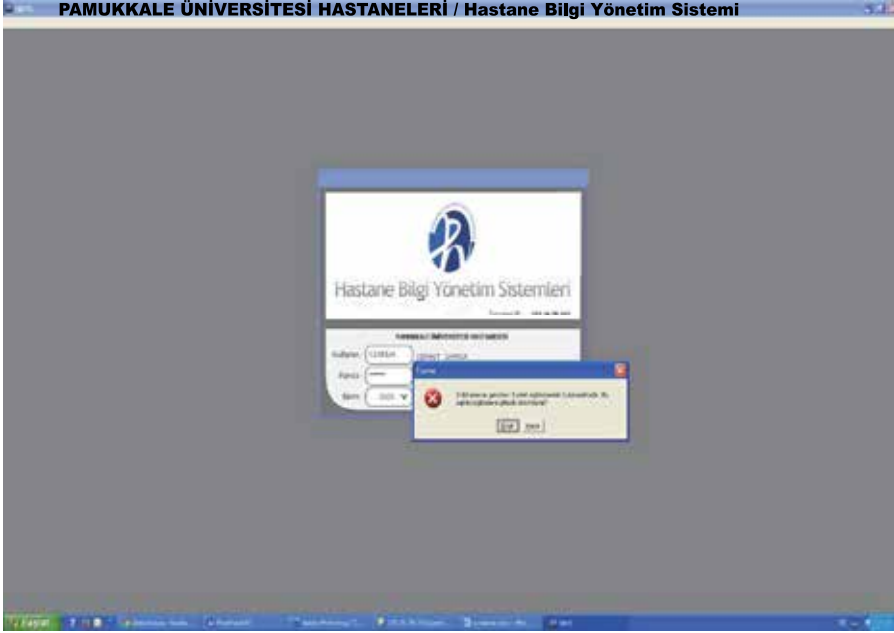
Şekil 1.Eğitim Modülü Yönetici Paneli



Eğitim modülü yönetici panelinde eğitim planı doğrultusunda ilgili birim ve çalışanlara eğitimler yüklenmekte ve eğitimler tamamlandıktan sonra eğitim kayıtlarına ulaşarak istatistik bilgileri alınmaktadır. Yönetici paneli için kalite yönetim birimine yetki verilmiştir.

Eğitimler yüklendikten sonra ilgili çalışanlara, kendilerini ilgilendiren konularda HBYS üzerinden uyarı verilmektedir. Bu uyarı sonucunda istedikleri anda eğitimlere katılımları sağlanmaktadır.

Şekil 4. Eğitim Modülü Kullanıcı Ekranı



Kullanıcı HBYS üzerine giriş yaptığında; doldurulması gereken anket/eğitim olduğunu gösteren bir bilgi ile karşılaşmaktadır. Evet tıklandığında; eğitim başlayacaktır. Hayır tıklandığında; sisteme giriş yapacaktır, eğitimler bir sonraki sistem girişinde ekrana tekrar düşecektir.

Şekil 5. Eğitim Modülü Ön Test Ekranı

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ / Hastane Bilgi Yönetim Sistemi	
Adı: OLYKA MUSTAFA Hastanesi Örneği	SÖRULAR Eğilim No: 10734
Tercihler	10 - Hangisi acil tıbbiye faaliyetindeydi?
1 - Hastane merkezi ile ilgili olarak soruldu mu?	☐ Soruldu
2 - Hangisi hastane genel hastaneler deydi?	☐ Hastaneler
3 - Hastane hayvanlar mıydı?	☐ Hayvanlar
4 - Hangisi hastane ila ile ilgiliydi?	☐ İla ile ilgili
5 - Hastane ambulansla mı çalışıyordu?	☐ Ambulansla
6 - Hangisi hastane ambulansla mı çalışıyordu?	☐ Ambulansla
7 - Hastane ambulansla mı çalışıyordu?	☐ Ambulansla
8 - Hastane ambulansla mı çalışıyordu?	☐ Ambulansla
9 - Hastane ambulansla mı çalışıyordu?	☐ Ambulansla
10 - Hastane ambulansla mı çalışıyordu?	☐ Ambulansla

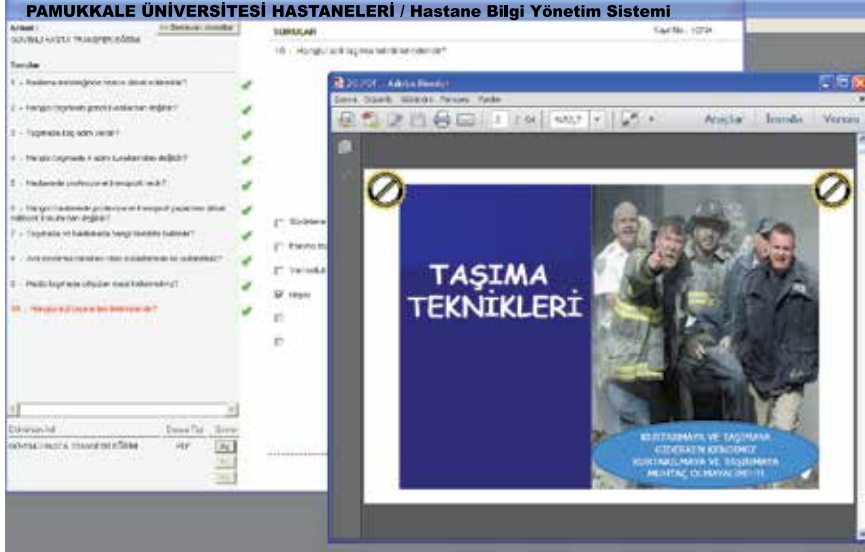
Kullanıcı eğitim modülüne girdiği zaman kullanıcının eğitim değerlendirilmesinin sağlanması açısından, eğitim öncesi sorularının (ön test) yanıtlanacağı ekran çıkmaktadır. Ekranın sol bölümünden sorular takip edilebilmektedir. Sorular yanıtlandıkça sorular yeşil okey simgesi ile işaretlenmektedir. Sorular yanıtlandığında eğitim ile ilgili doküman okunmadan çıkış yapmaya/eğitim sonrası değerlendirme testine gitmeye izin verilmemektedir.

Şekil 6.Eğitim Sunumuna Geçiş Ekranı

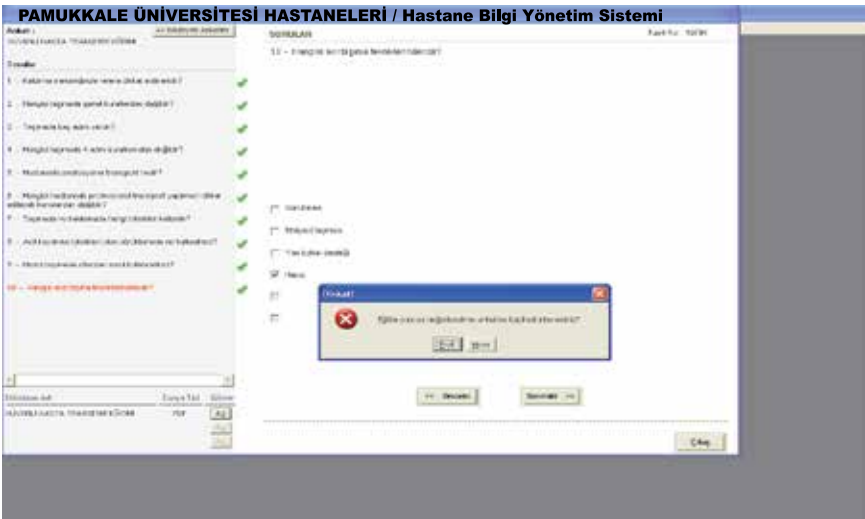
[illegible]

Eğitim dokümanı, ilgili alana tıklanarak açılmakta ve incelenmektedir.

Şekil 7. Eğitim Modülü Sunum Ekranı



Şekil 8. Eğitim Modülü Son Test Ekranına Geçiş



Eğitim dokümanı incelendikten sonra kullanıcının isteği doğrultusunda eğitim

sonrası değerlendirme (son test) sorularına ulaşılabilmekte yada daha sonra yapılmak üzere çıkış yapılabilir.

Şekil 9.Eğitim Modülü Son Test Ekranı

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ / Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

Son Test Ekranı

SORULAR

1 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi nedir?

2 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin amacı nedir?

3 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin faydaları nelerdir?

4 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

5 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

6 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

7 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

8 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

9 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

10 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

GÖRÜMLER

1 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

2 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

3 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

4 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

5 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

6 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

7 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

8 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

9 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

10 - Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nin kullanılması için gerekli olanlar nelerdir?

Eğitim sonrası değerlendirme (son test) soruları yapıldıktan sonra çıkış yapılarak eğitim tamamlanmış olmaktadır.

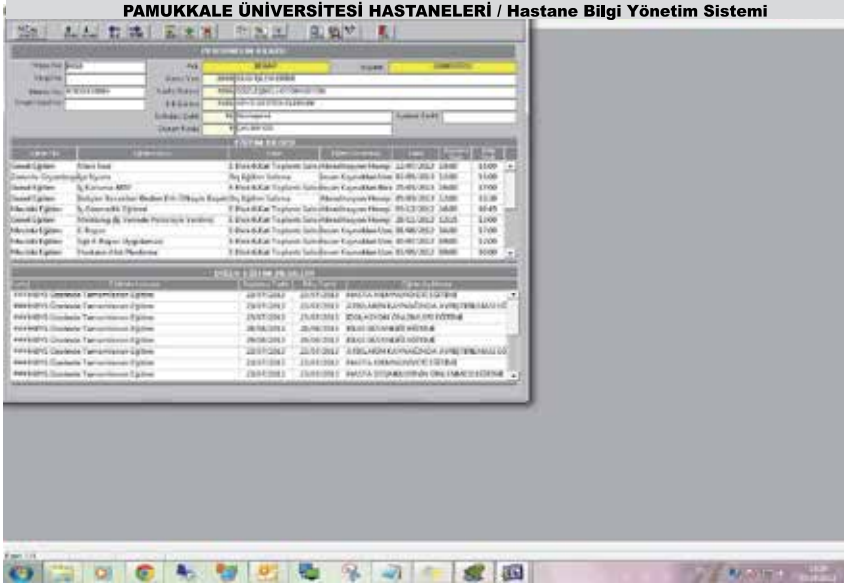
Şekil 10.Eğitim Kayıtlı Olma Ekranı

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ / Hastane Bilgi Yönetim Sistemi									
İsim	Soyisim	Doğum Tarihi	Doğum Yeri	Yaş	Yaş	Yaş	Yaş	Yaş	Yaş
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
57	57	57	57	57	57	57	57	57	57
58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
67	67	67	67	67	67	67	67	67	67
68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
69	69	69	69	69	69	69	69	69	69
70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
73	73	73	73	73	73	73	73	73	73
74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
81	81	81	81	81	81	81	81	81	81
82	82	82	82	82	82	82	82	82	82
83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
86	86	86	86	86	86	86	86	86	86
87	87	87	87	87	87	87	87	87	87
88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
91	91	91	91	91	91	91	91	91	91
92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
97	97	97	97	97	97	97	97	97	97
98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Eğitimi tamamlayan personelin (kullanıcının) kayıtları yönetici panelinde kayıt edilir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası kayıtlar alınır. Kayıtlarda çalışanların eğitim öncesi ve sonrasındaki doğru ve yanlış soru sayıları, sorularda hangi şıkların işaretlendiği de yer almaktadır.

Eğitim modülü yönetici panelindeki kayıtların, insan kaynakları modülüne entegrasyonu sayesinde çalışanların personel bilgi ekranına aldıkları eğitimler aktarılır, kişi başı eğitim süreleri insan kaynakları modülü üzerinden hesaplanır.

Şekil 13. İnsan Kaynakları Modülü Personel Bilgi Ekranı



İnsan Kaynakları Modülündeki Personel Bilgi ekranında kayıtları görülmektedir.

5. Uygulamanın Yapıldığı Bölümler

Kurum içinde uygulama temizlik personeli, hasra bakıcı, mutfak personeli haricindeki tüm tıbbi, idari personel ile hizmet alımı yapılan firma çalışanlarına uygulanmıştır. Kurum içinde çalışan tüm personelin HBYS şifresi olması avantaj olmuştur. Hizmet alımı yapılan firma çalışanlarına ise bilgi güvenliği göz önünde tutularak kısıtlı yetki verilerek sadece eğitimlere girmeleri için HBYS şifresi oluşturulmuştur. 2013 Eğitim Planında yer alan eğitim başlıkları ilgili meslek gruplarına ve eğitim başlıklarına göre Eğitim Komitesi'nde kararlaştırılan tarihlerde Eğitim Modülüne yüklenmiştir.

6. Uygulamanın Takibi

Kalite Yönetim Direktörü ve Eğitim Komitesi Başkanı Koordinatörlüğünde Eğitim Komitesi üyeleri, Kalite Yönetim Birimi ve Bilgi İşlem Birimi çalışanları tarafından

projenin takibi yapılmıştır. Yönetici paneli için Kalite Yönetim Birimi' ne yetki verilmiştir. Yazılım ve destek kısmında Bilgi İşlem Birimi destek olmaktadır. Eğitim yüklendikten sonra bütün komite üyelerine, birim sorumlularına, bölüm kalite sorumlularına bilgi verilmiştir. Kurum içi ağ sisteminden ve HBYS'nden sürekli sisteme giriş konusunda bilgilendirici ve hatırlatıcı duyurular yapılmıştır. Eğitime katılan çalışanlara sistemi kavramaları ve öğrenmeleri açısından kesintisiz telefonla iletişim sağlanarak, gerektiğinde birimlerinde sistem üzerinden gösterilerek modül konusunda bilgilendirme sağlanmış ve ihtiyaç duyulan konular cevaplandırılarak bilgilendirilmişlerdir.

7. Uygulamadan Öğrenilen Dersler

- Çağımızda teknoloji destekli iletişimin sistemli ve entegre edilmiş çalışmaların çalışanlar üzerinde etkili olduğu ve yoğun iş yükü olan sağlık çalışanının bilgisayar destekli çalışmaları daha çok tercih ettiği görülmektedir.
- Eğitim için hazırlanan dokümanların video gibi görsellerle desteklendiğinde eğitim etkinliğinin arttığı eğitim istatistik sonuçlarında görülmüştür.
- Eğitim modülü sayesinde kesintisiz hizmet veren sağlık kuruluşlarında verilen hizmeti aksatmadan eğitimlerin gerçekleştirilebileceği saptanmıştır.
- Çalışanların hangi çalışmada, hangi aşamada sorun yaşadığı yapılan ön test ve son testler sayesinde öğrenilmiş, sistemin canlı bir organizma gibi sürekli yenilendiği görülmüştür.
- Verilen eğitimler sayesinde standartları karşılamının daha kolay sağlandığı görülmüştür.
- Eğitimleri personelin istediği zamanda yapması için fırsat verilmesi sayesinde daha etkili ve etkin olduğu saptanmıştır.
- Gelişen teknolojinin ve sistemlerin kullanılması sayesinde zaman, malzeme(bilgisayar, projeksiyon, kağıt, ısı, ışık, kalem, vs.) iş gücü kayıpları azaltılmıştır.
- İşbaşı ve işdışı eğitimler için katılım oranları artmaya başlamıştır.

8. Elde Edilen Sonuçlar

Hastanemizdeki eğitim faaliyetlerine katılımlarda ciddi ölçüde kolaylık, işlerlik ve artış sağlamıştır. Sunum programları ile yapılamayacak görsellik gerektiren

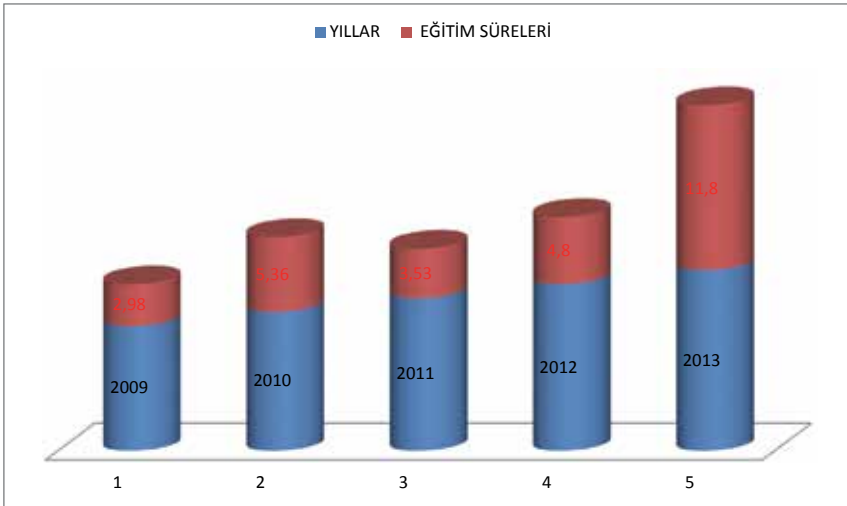
eğitimler videolar vb. eğitim materyalleri hazırlanarak modül içinde kullanılmaya başlanmıştır. 2013 yılı HBYS eğitim kayıtları aşağıdaki gibi belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre eğitim girişleri yer almaktadır.

Tablo 3.Eğitim Modülü Mesleklere Göre Eğitim Dağılımı

Birimler	Eğitim Sayısı
Toplam Eğitim Girişi	10519
Hemşirelik Hizmetleri	4395
Doktorlar	2851
Sekreterlik Hizmetleri	597
İdari Birimler	543
Sağlık Teknisyeni/Teknikerleri	1011
Yönetici	203
Diğer	919

2013 yılı temmuz ayında eğitim modülü devreye girmiştir. Eğitim modülünün 2013 yılında 6 ay kullanılmış olmasına rağmen kişi başı eğitim süresine etkisi Şekil.14'te verilmiştir.

Şekil 14. Kişi Başı Eğitim Süresi



Yıllar bazında kişi başına düşen eğitim süresine bakıldığında katılımın Eğitim Modülü sayesinde arttığı görülmektedir. Kişi başına düşen eğitim süresinde belirgin bir farkın olduğu gözlenmektedir.

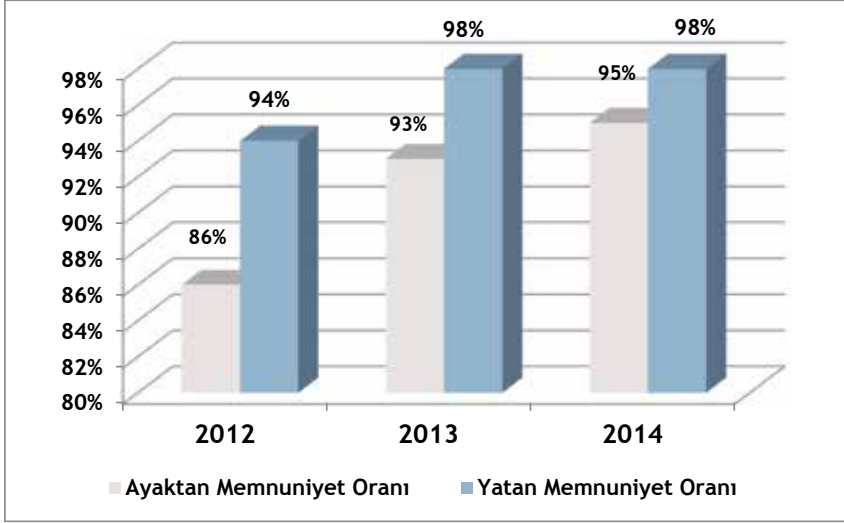
9. Kurum Veya Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

Teknoloji destekli eğitim yöntemleri çalışanlar tarafından ve günümüz eğitim yöntemlerinden dolayı bilinirlik durumu artan eğitim yöntemlerindendir. İntranet sistemi veya bilgi yönetim sistemi olan bütün kurumlarda etkin ve verimli bir şekilde kullanılabilir. Sadece kurum olarak mesleki açıdan ağ sistemi ile ilgili çalışma gerektirmeyen mesleklerde (Hasta bakıcı, temizlik personeli, mutfak personeli, teknik atölye çalışanları) yetersiz bilgisayar sayısı ve HBYS şifrelerinin olmaması eğitim modülünün kullanılmasını zorlaştıracaktır. Bu tip mesleklerde normal iş başı eğitim ve iş dışı eğitim yöntemlerinin kullanılması daha doğru olabilir. Eğitim Modülü, HBYS veya intranet sistemi kullanan bütün hastanelerde ve sağlık kurumlarında; etkin, verimli, bilgi ve beceri düzeylerini arttıran sistematik ve faydalı bir uygulamadır. En önemli gerekçesi ise SHKS'nın karşılanması aşamasında standartların alt ölçütlerinin gerçekleştirilmesini sağlaması nedeni ile Eğitim Modülünün diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanabilir olduğu düşünülmektedir.

10. Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkileri

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek, yeniliklere uyumu kolaylaştırmak, hizmet sunumu şartlarındaki değişiklikleri kurum çalışanlarının aktif katılımını sağlayarak yapmak hedeflenmektedir. Çalışanların aktif katılımını sağlamak için yeni teknolojik gelişmeler eğitim sorunlarının çözümünde ideal imkanlar oluşturmaktadır ve teknolojik gelişmeler sayesinde eğitime katılımı arttırmak amaçlanmaktadır. Eğitim alanına giren teknolojilerin, kapasite ve çeşitliliği hizmet içi eğitim sorunlarımızı büyük ölçüde gidermektedir. Teknolojik gelişmelere paralel olarak eğitim yöntemlerinde klasik yöntemlere kıyasla büyük gelişmeler görülmektedir. Multimedia sistem sayesinde konular görsel ve işitsel olarak hazırlanmakta ve HBYS içinde yapılandırılan modül sayesinde etkin bir eğitim sağlanması amaçlanmıştır.

Şekil 15. Ayaktan ve Yatan Hasta Memnuniyet Oranı



11.Uygulamanın Bütçesi Ve Finansmanı

Uygulama çalışmaları yapılırken kurum çalışanlarının görüşleri alınmıştır. HBYS kurum içinde mevcut bir sistemdir. Bu sistem üzerine çalışanlarımız tarafından modül eklenmiştir. Modül içinde yer alacak yazılımların projesini ve çalışmasını yine çalışanlarımız kurgulamıştır. Eğitim başlıklarının sunumlarını, videolarını ve diğer çalışmaları yine mevcut sistem içindeki çalışmalardan yararlanarak idari ve tıbbi birimlerde, konusunda eğitilmiş ve profesyonel çalışanlar belirlemiştir. Bu yazılım, modül, sunumlar ve videolar için herhangi bir şekilde bütçe ve finansman kaynağı ayrılmamıştır. Mevcut malzeme ekipman ve sistemin kullanılması eğitim için ayrılan bütçenin azalmasını sağlamıştır.

Sonuç

Ulusal sağlık hizmetlerinde kalite sistemindeki yeni yapılanma sürecinde, ortaya çıkan yeniliklerin uygulanmasında ve eksikliklerin giderilmesinde eğitimin yeri oldukça önemlidir. Eğitimler sayesinde olumlu gelişmelerin ortaya çıkarılmasının kurumumuzda sağlık sisteminin ve kalitesinin gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Kalite eğitimlerinin sistematik bir şekilde sürdürülebilmesi için alternatif bir yöntemin olması gerektiği görülmüştür. Bu sayede ulusal kalite sistemindeki yeni yapılanma süreci ve SHKS uygulamalarının personele sürekli

olarak iletilmesinin sağlanması mümkün olabilir. Günümüzde sağlık kuruluşları teknolojiden faydalanarak personel eğitimlerinin etkin, verimli ve hızlı yapılmasını kurumda sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini hedeflemektedir. Kurumumuzda çok sayıda personel çalışması nedeniyle eğitim faaliyetlerinin istenen düzeye ulaştırılabilmesi için bilişim teknolojilerinden yararlanarak etkili bir yöntem oluşturulması amaçlanmıştır. Bilişim teknolojisi kullanılarak “HBYS” üzerinden Eğitim Modülü yapılmış ve ilgili personeller için eğitimler yüklenmiştir.

“HBYS” üzerinden Eğitim Modülüne yüklenen eğitimler sonrası katılım oranının yüksek olduğu görülmüştür. Eğitimlere ayrılan zamanlarda birimlerinde olabilecek işgücü kaybının azalması, zaman tasarrufu, sistemi kontrol etme kolaylığı, istediği zamanda ve sürede eğitimleri tamamlaması sağlanmıştır.

HBYS üzerinden yapılan Eğitim Modülü eğitimlerinde, en büyük sorun olan doktor eğitimlerinin bu sistem sayesinde arttığı ve katılım düzeyinin sistemi tanıdıkça daha iyi olduğu görülmüştür. Bu sistem sayesinde eğitimler konusunda personel memnuniyetinin arttığı görülmüştür. Çok nadir olarak da iş başı ve iş dışı eğitim yöntemlerinin daha etkin olduğunu söyleyen personellerde bulunmaktadır.

Daha önce, eğitim değerlendirme puanları tek tek manuel olarak yapılırken ve sisteme tek tek kayıtları girilirken, modül sayesinde eğitim değerlendirme puanlarının otomatik olarak belirlenmesi ve karşılaştırmanın yapılabilmesi sağlanmıştır. Eğitim Modülünün İnsan Kaynakları ile yapılan entegrasyonu sayesinde eğitim kayıtlarının doğrudan personel dosyasına aktarılması sağlanmıştır. Bu entegrasyon ve bilişim sistemi sayesinde enerji, zaman, işgücü ve emek kaybı önlenmiş, doğru ve hızlı olarak bilginin tekrarsız bir işlemle İnsan kaynaklarına kaydı sağlanmıştır.

Kaynaklar

Devebakan, Nevzat, “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt.8 Sayı.1, sayfa 129

Sabuncuoğlu, Zeyyat,(2011) İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulaması, Beta Yayınları, İstanbul.

Taymaz, Haydar(1981), Hizmetiçi Eğitim: Kavramlar, İlkeler, Yöntemler, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayını, No 94, Ankara

Taymaz, Haydar(1992), Hizmetiçi Eğitim Kavramları, İlkeler, Yöntemler, Ankara, Pegem Yayınları

http://tr.wikipedia.org/wiki/E%C4%9Fitim_an%C4%B1mlar%C4%B1(12.08.2013-13:30)

Dağ, Funda ve Geçer, Aynur (2014), “Uyarlanı Hiper Ortamların Eğitim Sistemine Getirdiği Katkılar”, [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VyBYgSO0DWgJ:akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/fundadag/bildiri/fundadag02.11.2009_16.35.16bildiri.pdf+%&cd=1&hl=tr&ct=clnk&gl=tr&client=firefox-a\(25.04.2014\)](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VyBYgSO0DWgJ:akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/fundadag/bildiri/fundadag02.11.2009_16.35.16bildiri.pdf+%&cd=1&hl=tr&ct=clnk&gl=tr&client=firefox-a(25.04.2014))

Sevindik, Tuncay ve Kayışlı, Korhan (2006), “Mesleki Eğitimde Uzaktan Eğitim Yoluyla Bilgisayar Destekli Tasarım ve Paylaşım”,Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, Cilt.5, Sayı.1,Elazığ, sayfa.27.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü(2012), SKS Işığında Sağlıkta Kalite, C.1, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Hemşirelik Bakım Değerlendirme Sisteminin Geliştirilmesi: HBDS

Esma GÜNEY KIZIL¹

Pınar AKÇAY¹

Seçil BEYECE İNCAZLI¹

Sibel YÖNTEM¹

Sevil ERKEN¹

Özlem KARADAĞ²

Yasemin TOKEM³

Behzat ÖZKAN⁴

Özet

Sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesinin arttırılmasının önemli bir bileşeni, hastanelerde hasta bakım kalitesinin arttırılmasıdır. Bakım, hemşirelik mesleğinin temel değeridir. Ancak ülkemizde sağlık alanında gelişmiş ülkelerdeki birçok standarda erişilmiş olmasına rağmen, hemşireler çeşitli nedenlerle hastalar için tedavi odaklı ve iş merkezli çalışmakta, hastaların bakımına yönelememektedir. Ülkemizde, hemşirelik bakımının uygulanmasını kapsamlı bir şekilde ölçebilecek değerlendirme sistemleri bulunmamaktadır. Dünyada ve ülkemizdeki hemşire yetersizliği de göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin bireye özgü hasta bakımına odaklanmasını sağlayacak yeni sistemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaçtan hareketle İzmir İli Güney Bölgesi'ne bağlı 13 hastanede yaklaşık 2500 hemşireyi kapsayan, "Hemşirelik Bakım Değerlendirme Sistemi (HBDS)" çalışması başlatıldı. Çalışmanın amacı; hemşirelik bakım standartlarının oluşturulması, bakım değerlendirme sisteminin geliştirilmesi ve bu sistem kullanılarak hastanelerdeki mevcut durumun saptanmasıdır. HBDS sisteminin oluşturulmasını sağlayan, 104 temel hemşirelik uygulamasını kapsayan "Hemşirelik Bakım Standartları (HBS) klinisyen- akademisyen işbirliği ile yayınlandı ve standartların ölçümünü sağlamak amacı ile pilot uygulama olarak toplam 850 sorudan oluşan

1 İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı- Sağlık Bakım Hizmetleri, İzmir, khb35g.saglikbakim@saglik.gov.tr, tel.: 0 232 232 32 32

2 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, İzmir, ozlemkaradag@gmail.com , tel.: 0 232 244 44 44

3 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, ytokem@yahoo.com, tel.: 0 232 325 35 35

4 İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri, İzmir, khb.35g@saglik.gov.tr, tel.: 0 232 232 32 32

“Hemşirelik Bakım Değerlendirme Kriterleri (HBDK)” belirlendi. İlk merkezi değerlendirme sonucuna göre; 13 hastanenin HBDS puan ortalaması %73 olarak belirlendi. Tüm hastanelerde HBDS puanı en başarılı standart kan transfüzyonu iken (%97), oral mukozitte bakım başarı oranı %40 olarak tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, bakım kalitesi, değerlendirme sistemi, bakım standartları

Abstract

An important component of increasing the quality of health care service providers is to improve the quality of patient care at hospitals. Care is a core value of nursing. However, even if it has been accessed at a standard understanding of health care as developed countries in our country, nurses have been working as treatment and business focused for a variety of reasons and can not deal with the care of patients. In our country, a comprehensive assessment system that will be able to evaluate nursing care services is not available. When the lack of nurses in our country and in the world is taken into consideration, new systems for the nurses to focus on individual patient care are needed. From this point, at 13 hospitals in the Southern District of İzmir Province, “Nursing Care Assessment System (HBDS)” research consisting approximately 2.500 nurses has been initiated. The aim of this research is to establish nursing care standards, to develop hospital care evaluation system and to determine the current status by using this system. “Nursing Care Standards (HBS)” was published with the cooperation of clinician-academic people which enables the constitution of HBDS System and covers 104 basic nursing practices and “Nursing Care Evaluation Criteria (HBDK)” consisting of totally 850 questions were comprised to be able to provide the standard evaluation through a pilot scheme. According to the first main evaluation, the average HBDS point of 13 hospitals was determined as 73%. At all hospitals, blood transfusion was the most successful rate at HBDS (97%) while oral mucositis success rate was identified as 40%.

Key Words: Nursing, the care quality, assessment system, the care standards

Uygulamanın Amacı

Ülkemizde sağlık alanında gelişmiş ülkelerdeki birçok standarda erişilmiş olmasına rağmen sağlık bakımı geleneksel bakım anlayışını devam ettirmektedir. Hemşireler çeşitli nedenlerle hastalar için tedavi odaklı ve iş merkezli çalışmakta, hastaların bakımına yönelememektedirler (Türkmen ve Uslu, 2011:61, Bakkalcı vd., 2005:8, Ekici, 2013:262).

Yıllardır süregelen bu yapı, hemşirelerin bakımdan uzaklaşmalarına ve

motivasyonlarının azalmasına neden olmaktadır (Öztürk vd., 2009: 57, Gavaz, 2010: 131). Dünyada ve ülkemizdeki hemşire yetersizliği de göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin bireye özgü hasta bakımına odaklanmasını sağlayacak yeni sistemlere ihtiyaç duyulmaktadır (oecd.org, 2014; sagem.gov.tr, 2014)

Oluşturulacak sistemler;

- Hemşirelik bakımını standart hale getirebilmeli,
- Hasta bakım uygulama oranını ölçebilmeli,
- Engelleyici unsurları belirleyebilmeli,
- Hemşirelerin hasta bakımına odaklanmasını sağlayabilmeli ve
- Dünyada uygulanan sistemlerden farklı olarak ülkemize özgü hemşirelik uygulamalarını ve ihtiyaçlarını karşılayabilmelidir.

Bu sistem ihtiyacından hareketle İzmir İli Güney Bölgesi'ne bağlı 13 hastanede yaklaşık 2500 hemşireyi kapsayan, "Hemşirelik Bakım Değerlendirme Sistemi" (HBDS) çalışması başlatıldı. Bu uygulamanın amacı; İzmir İli Güney Bölgesi Genel Sekreterliği hastanelerinde hemşirelik bakım standartlarının oluşturulması, bakım değerlendirme sisteminin geliştirilmesi ve bu sistem kullanılarak hastanelerdeki mevcut durumun saptanmasıdır.

Uygulamanın Sağlıkta Kalite Standartları İle İlişkisi

Sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesinin geliştirilmesinin önemli bir bileşeni, hastanelerde hasta bakım kalitesinin artırılmasıdır. Uluslar arası düzeyde bilinen ve sağlık kurumlarının kalitesinin artırılması amacını taşıyan kalite değerlendirme programları, kalitenin artırılmasında hasta bakımının da dahil olduğu birçok kriteri esas göstermektedir. Joint Commision International Accreditation (JCI), hasta odaklı kalitenin geliştirilmesi için hastaların bakıma kabulü, bakımın devamlılığı, hastaların değerlendirilmesi ile hasta ve ailesinin eğitimine yer vermektedir. Amerikan Hemşireler Birliği tarafından sağlık kurumlarında hemşirelik hizmetleri yönetiminin mükemmelliğini onaylayan bir akreditasyon programı olan Magnet, hasta bakım standartları olarak; hemşirelik teşhisleri, hasta sonuçlarının tanımlanması, bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme kriterlerine yer vermektedir (Uçak, 2008: 147). Magnet, ilk olarak 1981 yılında Nursing American Academy tarafından uygulandı ve hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek için dünyada önemli bir ölçme aracı haline geldi (Vicki, 2008). Günümüzde Magnet, en iyi hasta uygulamalarını ve en iyi bakımı vermeyi şartlarından biri olarak bildirmekte ve buna yönelik olarak çalışma ortamının uygunluğunu sağlayan bir sistemdir (Uçak, 2008: 147).

Bakım, hemşirelik mesleğinin temel değeridir (Taylan vd., 2011: 68; Velioğlu, 1994: 79). Geleneksel bakım modeli yerine, bireye özgü hemşirelik bakımının uygulanması kaliteli hasta bakımının göstergesidir (Ovayolu ve Bahar, 2006). Hemşireler, hastalarına profesyonellik ilkeleri çerçevesinde bütüncül bakım vermek durumundadırlar (Tuğut ve Gölbaşı, 2013). Ülkemizde eğitim düzeyini yükseltme, hastalara bütüncül bakım verme, hemşirelik uygulamalarını uluslararası düzeyde tutma ve otonomi çabasında olan hemşireliğin bu hedeflere ulaşabilmesi için; günümüzde kendi alanı içine giren uygulamalarla ilgili standartları saptaması, denetlemesi ve değerlendirmesi zorunludur. Çünkü bir meslek vermiş olduğu hizmetin kalitesine önem vermek ve kalitesini garanti altına almak için, vermiş olduğu hizmetin kontrol mekanizmalarını araştırmak, oluşturmak zorundadır. Bu mekanizmaların arkasında ise yüksek kalitede hizmetin sunulacağı güvencesini veren standartlar bulunmaktadır (Ertem ve Sevil, 2007). Dünyada hemşirelik bakımını değerlendiren birçok ölçek bulunmaktadır. Ancak bu sistemlerde genel olarak hemşirelik bakımı, hasta hemşire ilişkisi üzerinden ve sonuç odaklı olarak değerlendirilmektedir (www.springerpub.com).

Kaliteli bir bakım verilmesi ve bakım kalitesinin ölçülmesi, günümüzün hızla değişen sağlık bakım ortamlarında önem taşıyan bir durumdur (Algier vd. 2005:33). Standartlar ise kaliteyi ölçen belirleyicilerdir (Ertem ve Sevil, 2007).

Uygulamanın Yapıldığı Bölümler

Uygulamanın Kapsamı ve Örneklemi

Çalışma, İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı 13 hastaneye bağlı bir yoğun bakım ünitesi, bir cerrahi kliniği ve bir dahiliye kliniği olmak üzere toplam 781 yatak kapasitesine sahip klinik alanlarda uygulandı.

Uygulamanın Süresi

- Başlangıç Tarihi; 22/ 02/ 2013
- Bitiş Tarihi; 31/ 12/ 2014

Uygulama Süreci (Hemşirelik Bakım Değerlendirme Sistemi: HBDS)

İlk aşama; referans kitabın oluşturulması:

İzmir İli Güney Bölgesi hastanelerinde kullanılmakta olan, hemşirelik bakım

talimatlarının kanıta dayalı uygulamalarla güncellenmesiyle 104 temel uygulamayı içeren **“Hemşirelik Bakım Standartları”** oluşturuldu.

İkinci aşama; değerlendirme standartlarının ve kriterlerinin oluşturulması:

Hastanelerde, hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları en temel hemşirelik uygulamalarını içeren 20 standart, akademisyen görüşü alınarak hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere belirlendi (Bkz. Tablo 1). Belirlenen 20 standardın temel ilke ve işlem basamaklarını içeren toplam 850 değerlendirme ölçütü (kriter), **“Hemşirelik Bakım Değerlendirme Kriterleri (HBDK)”**ni oluşturdu. Oluşturulan HBDK, değerlendirme soru listelerine dönüştürüldü (Bkz. Tablo 2). Kriterlerin değerlendirilmesi için **Evet**, **Hayır** ve **Değerlendirme Dışı** parametreleri tanımlandı. **Evet**; kriterin tamamıyla karşılandığı durumu ifade etti ve tam puan verildi. **Hayır**; kriterin tam olarak karşılanamadığı durumu ifade etti ve sıfır puan verildi. **Değerlendirme Dışı**; kriterin uygulanmadığı/ gözlenemediği durumu ifade etti ve puanlandırma yapılmadı. Hazırlanan değerlendirme listeleri ile belirlenen kliniklerde, hemşirelik uygulamalarının kriterlere uygun yapıp yapılmadığı değerlendiriciler tarafından değerlendirildi.

Tablo 1: HBDS’de Kullanılan Hemşirelik Bakım Standartları

1. Hasta Kabul ve Oryantasyon	11. Ameliyat Sonrası Hasta Bakımı
2. Nöbet Değişim ve Hasta Teslimi	12. Yenidoğan Göbek Bakımı
3. Ağrılı Hasta İzlemi	13. Subkutan (SC) Enjeksiyon Uygulama
4. Oral Mukozitte Bakım	14. İnsülin Uygulama ve Takip
5. Günlük Özbakım Gereksinimleri	15. Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu
6. Periferik Damar Yolu Bakımı	16. Parenteral Beslenme
7. Santral Venöz Kateter Bakımı	17. Aldığı- Çıkardığı Takibi
8. Basınç Ülseri Önleme ve Bakımı	18. Ödem İzlemi ve Bakımı
9. Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı	19. Hastanın Yatak İçi Mobilizasyonu
10. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Hasta Bakımı	20. Hastaya Pozisyon Verme

Tablo 2. HBDK Soru Listesi Örneği

	İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ		Kod	SBH –FR-06		
			Yayın Tarihi	09.06.2014		
	HEMŞİRELİK BAKIM DEĞERLENDİRME SİSTEMİ BAKIM DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ		Rev. No/Tarihi	00		
			Sayfa	30 / 303		
KURUM ADI:						
TARİH:						
DEĞERLENDİRME YAPILAN BİRİM:						
Değerlendirici (İmza)				Görüşülen Kişiler (İmza)		
Sayı No	Standart No	Kriter No	KRİTERLER	EVET	HAYIR	DD
184	00	00	25-SANTRAL VENÖZ KATETER BAKIM STANDARDI			
184	01	00	Santral Venöz Kateter (SVK) takılırken ya da değiştirilirken maksimum bariyer önlemleri (bone, maske, steril önlük, steril eldiven ve büyük steril örtü) alınmalıdır.			
185	02	00	SVK'lerin değerlendirilmesi yapılmalıdır.			
186	02	01	SVK'nin değerlendirilmesi en az günde bir kez yapılır.			
187	02	02	Kateterlerin değerlendirilmesi yapılırken; a) Pansuman örtüsü şeffaf ise bölge gözlenir,			
188	02	02	b) Örtü şeffaf değilse tespit materyali üzerinden nazikçe palpe edilerek			

Üçüncü aşama; kodlama ve puanlama sisteminin geliştirilmesi:

Standartların hastanelerde uygulanma derecesinin belirlenmesinde istatistiki kayıt oluşturmak ve standartların sınıflandırılarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla **kodlama sistemi** geliştirildi. Kriterlerin puanlanması için belirli kuralların uygulandığı **puanlama sistemi** oluşturuldu. “*Hemşirelik Bakım Değerlendirme Sistemi (HBDS)*” adı verilen bu kodlama ve puanlama sistemi ile; verilen kodlar, verilerin işlenmesine ve yapılan puanlamalar, hastanelerin standart uygulama puanlarının ve toplam puanlarının elde edilmesine olanak sağladı.

Puanlama sisteminde; 20 standardın her biri toplam 100 puan üzerinden değerlendirildi. Puanlamaya, hastanelerde sağlık bakım hizmetlerinin yönetim kriterlerinin değerlendirildiği bir standart daha eklenerek, değerlendirme toplam 2100 puan üzerinden yapıldı. Kriterlere, standardın hastanelerdeki uygulama sıklığı, uygulama zorluğu ve gerekliliği göz önüne alınarak 1 ile 20 arasında değişen puanlar verildi. Her bir standart, standart ana kriterleri ve ana kriterlerin puanını oluşturan standart alt kriterlerinden oluştu. Puanlamada, karşılanmayan

alt kriter, ana kriter puanını sadece kendi puanı kadar etkiledi. Hastane puanı hesaplanırken değerlendirme dışı bırakılan kriterler (hastanede uygulanamayan/ gözlenemeyen kriterler) toplam puana yansıtılmadı. Toplam puan yüzdelik cinsinden hesaplanarak **“Hastane HBDS Puanı”** elde edildi (Bkz. Tablo 3). HBDS, aynı standardın farklı hastanelerdeki uygulamalarının karşılaştırılmasına olanak sağladı. Bu sistem geliştirilirken, Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SHKS) referans alındı (kalite.saglik.gov.tr, 2014).

Tablo 3: HBDS Puanlama Tablosu Örneği

HEMŞİRELİK BAKIM DEĞERLENDİRME SİSTEMİ BAKIM DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ						
Sayı No	Standart No	Kriter No	KRİTERLER	HASTANESİ		
				PUAN	SONUÇ	DD
				1112,75	710,50	1112,75
146	00	00	23-PERİFERİK DAMAR YOLU BAKIM STANDARDI		0,00	
146	00	00	DEĞERLENDİRME	100	0	0
146	01	00	Periferik venöz kateter değişimi uygun sıklıkta yapılmalıdır.	8	0	0
147	01	01	a)Erişkin hastalarda periferik venöz kateterler 72- 96 saatte bir değiştirilir.	2	2	
148	01	01	b)Damar yolunun bulunmasında sorun olan hastalarda flebit ya da başka enfeksiyon belirtisi yoksa bu süre uzatılabilir.	2	2	
149	01	01	c)Çocuk hastalarda komplikasyon gelişmedikçe periferik venöz kateterlerin değişmesine gerek yoktur.	2	2	
150	01	01	d)Aseptik tekniğe bağlı kalındığından emin olunmayan ve acil şartlarda takılan kateterler 48 saatten geç olmamak kaydıyla değiştirilir.	2	2	
151	02	00	Periferik venöz kateterlerin değerlendirilmesi en az günde 1 kez yapılmalıdır.	10	10	0

Bu puanlama tablosunda;

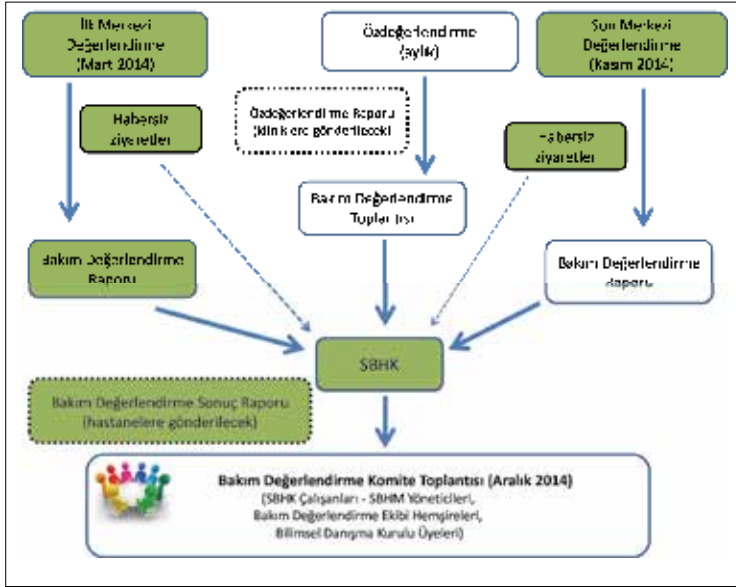
- Standardın adı (1)
- Standardın ana kriteri (2)
- Standardın alt kriteri (3)
- Hastaneden beklenen toplam bakım uygulama puanı (4)
- Hastanenin aldığı toplam puan (5)
- Hastanede gözlenemeyen/ uygulanmayan ve kapsam dışı bırakılan kriterlerin toplam puanı (6)
- Özellikle puan verilemeyen kriterlerin nedenleri/ engeller veya iyi uygulama örneklerinin açıklamalarının yazıldığı alan (7)

- Hastane HBDS puanı % (=Sonuç/ (Puan- Değerlendirme Dışı Puanı) (8) olarak belirlendi.

Dördüncü aşama; bakım değerlendirme prosedürünün oluşturulması:

HBDS'nin değerlendiriciler tarafından standart bir şekilde uygulanması amacıyla sistemin işleyişini anlatan bir prosedür oluşturuldu. Oluşturulan prosedürün araştırma kapsamındaki tüm kurumlarda işlerliği sağlandı (Bkz. Resim 1). Hastanelerin mevcut durumunu saptamak amacıyla oluşturulan prosedür doğrultusunda değerlendirme ziyaretleri HBS yayınlanmadan önce gerçekleştirildi.

Resim 1: HBDS Prosedürü Akış Şeması



Uygulamanın Takibi

Uygulama Sorumlu Birimi

Tıbbi Hizmetler Başkanlığı Sağlık Bakım Hizmetleri Koordinatörlüğü

Uygulama Destek Kuruluşu

Çalışma, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü tarafından desteklendi.

Uygulama Ekibi

Çalışma, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürleri (13 kişi), Araştırmacı Hemşire Ekibi

(25 kişi), Eğitim Destek Ekibi (20 kişi), Yürütme Kontrol Ekibi (4 kişi), Bakım Değerlendirme Ekibi (67 kişi), Bilimsel Danışma Ekibi (7 kişi), Kitap yazarları (52 kişi) ile birlikte toplam 188 kişi ile yürütüldü.

Değerlendirme Planı; oluşturulan prosedürle (Bkz. Resim 1);

- Hastanelerin yılda 2 kez (Mart 2014 ve Kasım 2014) **merkezi değerlendirmesinin** yapılması,
- Hastanelerin özdeğerlendirmelerinin, Haziran 2014 tarihinden itibaren yapılarak aylık özdeğerlendirme puanlarının belirlenmesi,
- Habersiz ziyaretler ile hastanelerin **habersiz değerlendirilmesi**,
- Yıl sonunda Mart 2014 ile Kasım 2014 değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılması ve habersiz ziyaret sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Elde edilen üç değerlendirme puanı ortalamasının, hastanelerin 2014 yılı HBDS puanlarını oluşturması planlandı.
- Ayrıca bakım değerlendirme prosedürü doğrultusunda *Bakım Değerlendirme Komitesi* ile yıl sonu değerlendirme toplantısı yapılarak, engelleyici faktörlerin azaltılmasına yönelik iyileştirme faaliyetlerinin ve revizyonlarının gündeme alınması planlandı.

Değerlendirme Ekibi; değerlendirmelerde görev alacak kişiler “*Bakım Değerlendirme Ekibi*” adı altında, alanında deneyimli ve eğitimli hemşireler arasından belirlendi. Ayrıca her hastanede bakım değerlendirme sistem sorumlusu olarak “*Bakım Koordinatörleri*” seçildi. Belirlenen koordinatörlere, bakım değerlendirme ziyaretleri öncesi değerlendirci eğitimleri yapıldı.

Eğitim Modülü; çalışma hedefleri doğrultusunda standartların uygulama eğitimlerinin verilmesi amacıyla eğitim modülü oluşturuldu. 04 Nisan, 06 Mayıs ve 29 Mayıs 2014 tarihlerinde yapılan eğitimlerde, akademisyen sunumu ile birlikte uygulama zorluklarının ve klinisyen deneyimlerinin paylaşılabileceği oturumlar gerçekleştirildi. Eğitim modülünün, çalışma kapsamındaki hastanelerde birebir eğitimler ve uzaktan eğitim sistemi ile 2014 yılı sonuna kadar tamamlanması hedeflendi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Hastanelerin bakım değerlendirmeleri oluşturulan puanlama sistemi ve SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 istatistik programı kullanılarak hesaplandı.

Uygulamanın Sınırlılıkları

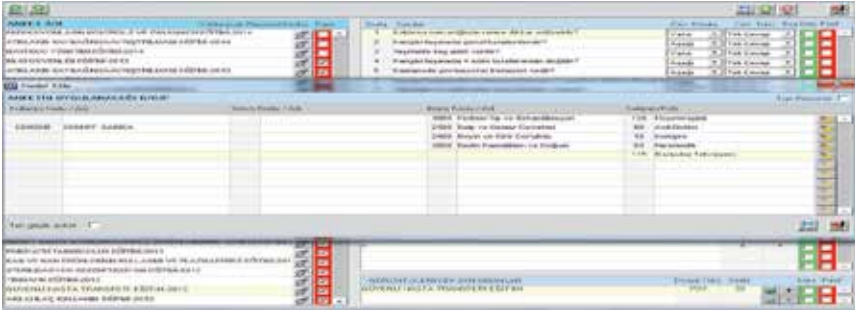
Ülkemizde hemşirelik bakımının uygulanmasını kapsamlı bir şekilde ölçebilecek değerlendirme sistemlerinin bulunmayışı ve çalışmanın uygulama alanının

genişliği (3'ü merkez, 10'u ilçelerde olmak üzere toplam 13 ayrı hastane merkezli olması, ortalama 2500 hemşire) uygulamanın sınırlılıklarıdır.

Elde Edilen Sonuçlar

İlk merkezi değerlendirme (Mart 2014) sonucuna göre; 13 hastanenin HBDS puanı ortalaması %73 olarak belirlendi (Bkz. Grafik 1). HBDS puanı yüksek olan ilk üç hastanenin eğitim araştırma hastaneleri olduğu saptandı.

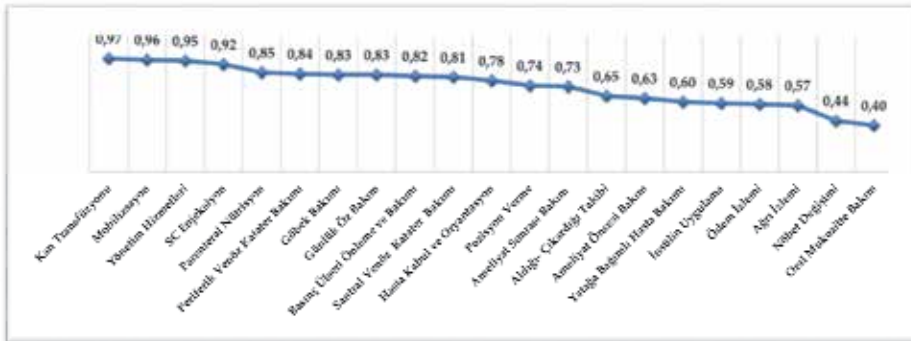
Grafik 1: Hastanelere Ait Hemşirelik Bakım Değerlendirme Sistemi Puan Sıralaması



Çalışma kapsamına alınan 13 hastanenin HBDS puan ortalaması en yüksek uygulamalar; kan transfüzyonu (%97), hastanın yatak içi mobilizasyonu (%96), yönetim hizmetleri (%95), subkutan enjeksiyon (%92) olarak tespit edildi.

HBDS puan ortalaması en düşük uygulamalar ise insülin uygulaması (%59), ödem izlemi (%58), ağrı izlemi (%57), nöbet değişimi ve hasta teslimi (%44), oral mukozitte bakım (%40) olarak belirlendi (Bkz. Grafik 2).

Grafik 2: Hastanelere Ait Hemşirelik Bakım Standartları Başarı Durum



Çalışmadan elde edilen bulgulara göre; 13 hastanede hemşirelik bakım standart-

larının uygulama farklılıklarının olduğu tespit edildi. Tüm hastanelerde HBDS puanı düşük uygulamaların insülin uygulama ve takip, ödem izlemi ve bakım, ameliyat öncesi fiziksel hazırlık, ağırlı hasta izlemi, nöbet değişim ve oral mukozitte bakım standartlarında olduğu belirlendi. HBDS puanı düşük olan standartlara yönelik analizler yapılarak en düşük puanı alan alt ve ana kriterler belirlendi (Bkz.Tablo 4).

Tablo 4. HBDS Puanı Düşük Olan Kriter Örnekleri

Standardın Adı	İlgili Kriter	Uygulanma Oranı
İnsülin Uygulama ve Takip Standardı	İnsülin enjeksiyonu uygulamasında enjeksiyon bölgeleri uygun şekilde değiştirilmelidir.	%11,1
	Uygulama konusunda birey mutlaka diyabet eğitim hemşiresine yönlendirilmelidir.	%30,8
Ödem İzlemi ve Bakım Standardı	Hastanın ödem belirtileri yönünden değerlendirmesi yapılmalıdır.	%38,9
	Ödem tanılanmaya yönelik uygun hemşirelik girişimleri yapılmalıdır.	%9,9
Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Hasta Bakımı-Ameliyat Öncesi Fiziksel Hazırlık	Ameliyat öncesi hastanın fiziksel olarak hazırlanmasında dikkat edilecek noktalar göz önünde bulundurulmalıdır.	%10
	Malnütrisyon ya da sıvı dengesizliği bulgusu varsa hastanın sıvı alımı takip edilir.	%25
	Ameliyat öncesi gece banyo yapması sağlanır.	%50
	Ameliyat bölgesi tüylerinin temizliği bir gün öncesinden yapılmaz, temizlik için jilet kullanılmaz.	%13,6
	Hastanın <u>ameliyat sabahı bakımına</u> ilişkin standart adımlar izlenmelidir.	%42,9
	Ameliyat bölgesi tüylerinin temizliği ameliyat sabahı elektrikli tıraş makinası ile yapılır.	%11,5
Ağırlı Hasta İzlemi	Ağrı izlemi vital bulgularla birlikte değerlendirilmeli ve 5. vital bulgu olarak kayıt edilmelidir.	%53,8
	Hastanın yaşına ve genel durumuna uygun ağrı değerlendirme ölçeği kullanılır.	%21,5
	Ağrı değerlendirme sıklığı belirlenmeli ve ağrı izlemi yapılmalıdır.	%6,1

Nöbet Değişim ve Hasta Teslimi	Nöbet defterine ilgili tüm kayıtlar tutulmalıdır.	%32
	Tüm malzeme/cihaz/ilaçların teslimi uygun şekilde yapılmalıdır.	%48,4
Oral Mukozitte Bakım	Bilinci kapalı/sitotoksik ajan alan hastalarda Oral Mukozit Risk Değerlendirme Ölçeği ile risk belirlenmelidir.	%15,4
	Oral mukozitte, “Mukozit Sınıflandırma Ölçeği” kullanılarak bakım sıklığı belirlenmeli ve uygun bakım verilmelidir.	%20,3

Uygulamadan Öğrenilen Dersler

- Türkiye’de hemşirelik bakımını, hemşirelik bakım standartlarını esas alarak ve belirli kriterlere dayandırarak ölçebilen özgün bir hemşirelik bakım değerlendirme sistemi (HBDS) geliştirildi. Literatürde hasta bakımını hemşire hasta ilişkisi ve hasta sonuçları ile değerlendiren sistemlerden farklı olarak; HBDS, bakım değerlendirmelerini, basamakları belli hemşirelik uygulamalarını esas alarak yapmaktadır. Bu sistemle; tüm hastanelerde bakımın belli kriterlerle ölçülmesi, hemşirelerin bakım uygulamalarını bu kriterler dahilinde yapmalarını sağlamakta, dolayısıyla aynı hemşirelik bakımının tüm hastanelerde aynı şekilde uygulanmasına olanak sağlanmaktadır.
- **Çalışma** sonucunda 13 hastanede 20 standartla ilgili hemşirelik bakım uygulamaları, değerlendirildi. Sözkonusu standart uygulamalar konusunda hastaneler arasında farklılıklar tespit edildi. Genel olarak eğitim ve araştırma hastanelerinin bakım uygulamalarında standartlara daha uygun yapıldığı, ilçe hastanelerinde uygulamaların daha düşük oranda standarda uygun yapıldığı belirlendi. Bu farkın eğitim araştırma hastanelerinde hemşirelerin bilgiye daha kolay ulaşmasından ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.
- **Çalışma** sonucunda en başarılı uygulanan standart kan transfüzyonu uygulama olarak belirlendi. Bu standardın bazı basamaklarının Sağlıkta Hizmet Kalite Standartlarında da yer alması bu uygulamanın başarı ile uygulandığı düşündürmektedir. Başarı puanı en düşük uygulama olan oral mukozitte bakımı ile ilgili olarak bu standartla ilgili hemşirelerin bilgi eksikliği olduğu düşünülmektedir.
- **Çalışma sonuçlarına** göre,
 - Hastanelerin mevcut hasta bakım uygulamaları derlenerek, **HBS**

rehber kitabı yayınlandı. Bu kitap 13 hastanede uygulanan 104 standardı kapsamakta olup, kitabın daha sonraki revizyonlarının hastanelerden gelen geribildirimler dikkate alınarak yapılması önerilmektedir.

- Yapılacak çalışmalarla, HBDS’de kullanılan hemşirelik bakım standartlarının sayısının arttırılarak, hemşirelik bakımının daha geniş alanda değerlendirilmesi planlanabilir.
- HBDS başarı puanı düşük olan kriterlere ait nedenler bakım koordinatörlerinin geri bildirimleri ile tespit edildi. Tespit edilen nedenlere yönelik bakım iyileştirme çalışmaları yürütüldü. Bu çalışmaların sonucunda;
 - ✓ Ameliyat öncesi hastanın ameliyata hazırlığında bölge temizliği için elektrikli tıraş makinesi ve yatağa bağımlı hastaların tartılabilmesi için hasta yatağı tartısı satın alma yoluna gidildi.
 - ✓ İnsülin uygulamalarının iyileştirilmesi için tüm hastanelerde diyabet eğitim hemşiresinin görevlendirilmesi sağlandı.
 - ✓ Ödem izlemi ile ilgili olarak standardın içerdiği bilgi ve uygulamaların hemşire gözlem formlarında yer alması ve kullanılması sağlandı.
 - ✓ Ağrı izlemi ve oral mukozit bakımının yapılabilmesi için ilgili tanılama ölçeklerinin kullanımı sağlandı.
 - ✓ Nöbet değişim ve hasta teslim standardı ile ilgili olarak uygun form/defterin geliştirilmesi ve kullanımının sağlanmasına yönelik çalışma başlatıldı.
 - ✓ Araştırmadan elde edilen diğer bulgulara yönelik iyileştirme faaliyetleri hastanelere özgü olarak başlatıldı.
- Çalışmada, **Hastane HBDS Puanı**’nın yanısıra, HBDS’nin hastanelerdeki belirlenen göstergelere etkisinin araştırılması amacıyla; HBDS’nin etkinliğinin değerlendirilmesi çalışmasının yapılması planlandı. Etkinliğin değerlendirilmesi amacıyla belirlenen göstergeler;
 - **Genel Göstergeler:** Mortalite Oranları, Hastane Enfeksiyon Hızları, Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı, Hastanede Kalış Süresi olarak belirlendi.
 - **Hemşirelik Uygulamaları İle İlgili Göstergeler:** Basınç Ülseri Oranları, Ağrı Değerlendirme Oranı, Kontraktür Gelişen Hasta Oranı, Ekstravazasyon Gelişen Hasta Oranı, Hasta

(Hemşireden) Memnuniyet Oranları, Hemşire Memnuniyeti Oranı, Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı, Günlük Hasta Başına Hemşire Çalışma Saati olarak belirlendi.

- Ayrıca “hastaların tanı sayısı ortalaması, malzeme ihtiyaç sayısı, hemşire/hasta sayısı oranı ve hasta bağımlılık düzeyi (Rush Medicus)¹” parametrelerin **Hastane HBDS Puanı**’na etkisini ölçmek amacıyla, veri toplama formları geliştirildi.

Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkileri

Elde edilen sonuçlar Genel Sekreterliğimizce değerlendirilip, gerekli satın alma, eğitim, insan gücü planlaması vb. konularda Tıbbi, İdari ve Mali Hizmetler Başkanlıklarına rapor sunuldu ve iyileştirme faaliyetlerine başlanarak 2015 yılı içinde iyileştirme faaliyetlerine devam edilmesi planlandı.

HBDS sisteminin tüm Türkiye’de uygulanabilir bir sistem olması için; gerekli çalışmaların 2015 yılı içinde tamamlanması ve buna yönelik Ar-Ge ve destek faaliyetlerinin yürütülmesi hedeflendi.

Uygulamanın Bütçesi Ve Finansmanı

Çalışma, kurum özkaynakları ve işbirliği yapılan kurumların özkaynakları ile yürütülmüştür.

Kaynaklar

Aiken, Linda - Sermeus, Walter - Heede, Koen Van den at all. (2012), “Patient Safety, Satisfaction and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses And Patients in 12 Countries in Europe and The United States”, The BMJ, 344:e1717.

Algier, Lale- Abbasoğlu, Aysel- Hakverdioğlu, Gülendaml- Ökdem, Şeyda- Göçer, Sevinç (2005), “Hastaların ve Hemşirelerin, Hemşirelik Girişimlerinin Önemini Algılamaları”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 9, sayı 1, sayfa 33-40.

Bakkalcı, Metin- Gürsoy, Gencay- Kılıç, Güray (2005). Yenidoğan Yoğun Bakım Birimlerinde Bebek Ölümleleriyle İlgili Komisyon Raporu, Türk Tabipler Birliği (TTB), Ankara. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/bebek_olumleri.pdf (19.06.2014).

Ekici, Dilek (2013), Sağlık Bakım Hizmetlerinin Yönetimi, Sim Matbaacılık, Ankara.

¹ Rush Medicus: Hasta bağımlılık düzeylerini belirleyerek hemşirelik bakım gereksinimlerini saptayan Türkiye’de ve Dünyada sıklıkla kullanılan bir hasta sınıflama modelidir.

- Ertem, Gül ve Sevil, Ümran (2007), “Geliştirilen Standartlar Doğrultusunda Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkisinin İncelenmesi”, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, Cilt 4, sayı 2.
- Gavaz, Nevin, (2010), “Türkiye’deki Sağlık Yönetiminde Hemşirelik Mesleğinin Durumu ve Geleceğinin Analizi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Lundmark, Vicki (2008), “Magnet Environments for Professional Nursing Practise”, Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, Chapter 46.
- Ovayolu, Nimet - Bahar, Aynur (2006), “Hemşirelik ve Kalite”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 9, sayı 1.
- Öztürk, Havva- Yılmaz, Fatma- Demir, Nejla, (2009), Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Sorunları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 12, No: 2, sayfa 57.
- Taylan, Seçil - Alan, Sultan - Kadioğlu, Selim (2012), “Hemşirelik Roller ve Özerklik”, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, Cilt 2, Sayfa 68.
- Tuğut, Nilüfer – Gölbaşı, Zehra (2013), “Bir Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörler”, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi; Cilt 10, sayı 2, sayfa 38-44.
- Türkmen, Emine ve Uslu, Azime, (2011), “Özel Bir Hastanede Hemşirelerin Dolaylı Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, Cilt 19, No: 2, sayfa 61.
- Uçak, Hatice (2008), “Hastanelerde Yenilik ve Uygulamalar: Sağlık Kurumlarında Uygulanan Yönetim Eğilimlerinin Değerlendirilmesi”, İç Hastalıkları Dergisi, Cilt 15. No:3, sayfa 145-152.
- Velioğlu, Perihan (1994), Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, Alaş Ofset, İstanbul.
- http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/07_subat_2012/ek1shksw.pdf (02.07.2014).
- http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf (17.06.2014).
- <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf> (27.06.2014).

Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) Kapsamında Farkındalık Çalışması

Özlem YILMAZ¹
Nilgün RÜZGAR²

Özet

2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının bugünkü adı ile Sağlık Hizmet Kalite Standartlarının (SHKS) hastanelerde uygulanması boyutunda, verilen hizmetlerin lokomotif olan hekim grubunu dahil etmek büyük önem arz etmektedir.

Genel Sekreterliğimize bağlı 1 Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2 İlçe Devlet Hastanesi ve 8 Devlet Hastanesi olmak üzere toplam 11 hastanede görev yapan hekimlerimizde; Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) kapsamında gerçekleştirilen uygulama ve çalışmalar hakkında farkındalık oluşturmak amacı ile çalışma yapılmıştır.

Bu amacı gerçekleştirmek için öncelikle hastanelerimizde çalışan hekimlerimize “Hekim Grubu Farkındalık Çalışması Anketi” uygulanmış ve eksikliği hissedilen konular belirlenmiştir. Daha sonra “Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” sloganı ile çalışma başlatılmıştır. Bu kapsamda; “Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” adlı kitapçık, sloganın işlendiği 5 ayrı film şeridi ve “Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” başlıklı 60 saniye süren 5 ayrı film çalışması yapılarak hazırlanan üç çalışmanın aynı anda hastanelerde görev yapan hekimlere uygulanması sağlanmıştır.

Uygulamanın sonuçlarını ölçmek için “Hekim Grubu Farkındalık Çalışması Anketi” tekrar uygulanmış ve farkındalığın % 21 oranında arttığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Farkındalık, SHKS.

Abstract

The inclusion of the group of physicians who are at the core of the services provided

1 Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, ozlemyilmaz52@hotmail.com, 0 505 618 11 50

2 Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, nil_gun1983@hotmail.com, 0 536 942 36 16

is of utmost importance in the implementation of the organisational performance and quality improvement work currently known as the Health Services Quality Standards (SHKS) which was initiated in public hospitals in 2005.

Works have been undertaken with a view to creating an awareness of the practices and performances in the context of the Health Services Quality Standards (SHKS) amongst our physicians working in a total of 11 hospitals comprising of 1 Training and Research Hospital, 2 Provincial Town Public Hospitals and 8 other Public Hospitals affiliated with the General Directorate.

In working towards this goal, a “Survey on Creating Awareness Amongst Physicians” was conducted amongst the physicians working in our hospitals and any issues requiring improvement were established. The “60 Seconds For Safety” campaign was later implemented. In this context, a “60 Seconds For Safety” booklet, 5 separate video trailers in which the slogan was promoted and 5 separate films each running for 60 seconds bearing the title “60 Seconds For Safety” were created and 3 of these promotional programs were implemented simultaneously amongst the physicians working at the hospitals.

The “Survey on Creating Awareness Amongst Physicians” was conducted again in order to ascertain the effectiveness of these efforts and a 21% improvement has been ascertained.

Key Words: Physician, Awareness, SHKS.

1. Giriş

İnsan sağlığının korunması için önlemler alan, hastalıklara tanı koyan, tıbbi ve cerrahi girişimlerde bulunarak hastalığın tedavisini sağlayan meslek grubu hekimlerimizdir. (sbn.gov.tr, 2011)

Basit anlamda, bir şeyler yapmak için üzerinde anlaşılmış ve tekrarlanabilir yol anlamına gelen standart (bsi-turkey.com, 2013) kelimesi, sunulan sağlık hizmet kalitesinin değerlendirmesine ve iyileştirilmesine yönelik hazırlanan ayrıca verilen hizmetin hep bir üst noktaya taşınmasını hedefleyen uygulamalar dizisi olan SHKS ile can bulmuştur.

Farkındalık ise; John Kabat Zinn’ in dediği gibi yargısız bir şekilde şimdiki ana odaklanabilmek amacıyla dikkatinizi toplayabilmektir. (farkindalik.info)

Bu çalışmanın ana konusunu oluşturan hekim, SHKS ve farkındalık kelimelerinin anlamlarını bir araya getirdiğimizde bütüncül bir şekilde birbirini desteklediği aşıkardır.

Sağlıkta kaliteli hizmet vermek için belirli kurallar çerçevesinde, etkili bir yönetim anlayışı ile hizmeti veren tüm personelin kalite bilincini benimseyerek katılımı gerekmektedir. Özellikle sağlık çalışanları içinde klinik birimde çalışan tüm personel kalite uygulamaları çalışmalarına aktif olarak katılmak zorunda olmalıdırlar. Bu çalışmalar içinde doktorların yeri mutlaka olmalıdır. (seydischirdh.gov.tr, 2011)

Çünkü sağlık hizmetlerinin konusu doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların tamir edilemeyecek olması nedeniyle, sağlık sektöründe kalite kavramı ile diğer hizmet sektörlerindeki kalite kavramı aynı paralellikte düşünülmemesi gereken bir kavramdır. Sağlık hizmetinin ana konusu insan yaşamı oluşu nedeniyle sağlık hizmetlerinde kalite kaçınılmazdır. Sağlıkta ‘PARDON’ kelimesi hiç kullanılamayacak bir kelimedir. ‘HATA’ kelimesi bu sektörde telaffuz bile edilmez. (Küçükaksu vd., 2004)

2. Uygulamanın Amacı

Genel Sekreterliğimize bağlı 11 hastanede görev yapan hekimlerimizde; Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) kapsamında gerçekleştirilen uygulama ve çalışmalar hakkında farkındalık oluşturmak.

3. Uygulamanın Sağlıkta Kalite Standartları ile İlişkisi

Uygulamanın Sağlıkta Kalite Standartları ile ilişkisi Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Uygulamanın Sağlıkta Kalite Standartları ile ilişkisi

Standart Kodu	Standart
00 01 01 19 00	Güvenlik raporlama sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
01 01 01 19 02	Bildirimi yapılacak olaylar asgari ; -İlaç güvenliği, -Transfüzyon güvenliği, -Cerrahi güvenlik konularını kapsamalıdır.
00 01 01 19 04	Güvenlik raporlama sistemine yönelik eğitimler verilmelidir.
00 01 01 21 01	Yatışı yapılan her hastaya beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.
00 01 01 21 05	Sağlık çalışanları, kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.

00 02 09 08 02	Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır.
00 01 01 62 02	Bilgilendirme ve rıza alınması ile ilgili süreçte; -İşlemin kim tarafından yapılacağı, -İşlemden beklenen faydaları, -İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, -Varsa işlemin alternatifleri, -İşlemin riskleri-komplikasyonları, -İşlemin tahmini süresi, -Hastanın adı, soyadı ve imzası, -İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası, -Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.
00 01 01 63 00	Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.
Bilgilendirme Tablosu III	Damlacık İzolasyonunda Mavi Çiçek
	Temas İzolasyonunda Kırmızı Yıldız
	Solunum İzolasyonunda Sarı Yaprak
	Düşme Riski Olan Hastalarda Dört Yapraklı Yonca
00 01 01 24 02	Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı, -Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.
00 01 01 31 01	Sözel istem uygulama sürecinde; -İstem, istemi alan kişi tarafından yazılmalı, -Yazan kişi tarafından yazılı istem geri okunmalı, -Gerektiğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, -İstemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak onaylanmalıdır.
00 01 01 31 02	Sözel istem en geç 24 saat içerisinde hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.
00 01 01 25 01	İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.

00 01 01 39 01	Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli, -Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, -Tedavi planında; Uygulamanın başladığı tarih ve saat, Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.
00 01 01 39 02	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.

4. Uygulama Süreci

Uygulama amacımıza ulaşmak için çalışmalarımıza yön vermesi ve eksikliği hissedilen standart maddelerinin ortaya çıkarılması için hekim grubu farkındalık çalışması anketi hazırlanmıştır. Ankette kullanılan sorular SHKS kapsamındaki standartlar çerçevesinde belirlenmiştir.

Bu kapsamda 13 adet kapalı uçlu çoktan seçmeli ve 2 adet yanıt derecelendirme ölçeği ile hazırlanmış soru formatı oluşturulmuştur. Oluşturulan sorular hekimlerin aşağıda tanımlı konulara ait farkındalık seviyelerinin belirlenmesini ve ölçülmesini sağlamıştır.

1. Güvenlik raporlama sistemi(GRS),
2. Mavi kod uygulaması,
3. Beyaz ve Pembe kod uygulaması,
4. Tanımlayıcı figürler,
5. Kimlik tanımlayıcılar,
6. Kullanılmaması gereken kısaltmalar,
7. Sözel istem uygulama süreci,
8. Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması süreci,
9. Yatan hastalarda hareket kısıtlama kararı ile ilgili süreç,
10. Tıbbi atıklar,
11. Cerrahi güvenlik kontrol listesi,
12. Tedavi planı yazılma süreci,
13. Kurumdaki kalite çalışmalarının değerlendirilmesi,
14. Hasta güvenliği uygulamalarına olan güvenilirlik,
15. Çalışan güvenliği uygulamalarına olan güvenilirlik.

Hazırlanan anket formatı resmi yazı ile ildeki tüm hastane yöneticilerine gönderilmiş ve 31 Ocak 2014 tarihine kadar kurumlarında görev yapan hekimlere uygulanarak, doldurulan anketlerin tarafımıza e-posta ya da yönetim tarafından toplanıp posta yolu ile gönderilmesi sağlanmıştır. Anketimize toplamda 192 hekim katılmıştır. Tıbbi Hizmetler Başkanlığı Kalite Geliştirme Ve Gözlem Hizmetleri Birimimizde toplanan anketler, SPSS 15.0 programında değerlendirilmiştir. Ankete ait soru ve yüzde oranları aşağıdaki Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Hekimlerin Uygulama Öncesi Bilgi Düzeyleri

Sıra No	Soru	Doğru Yanıt % Oranı
1	Aşağıdakilerden hangisi Güvenlik Raporlama Sistemi(GRS) uygulaması ile ilgili doğru bilgi değildir?	36,5
2	Acil müdahale gerektiren solunumsal veya kardiyak arrest durumunda başlatılan Mavi Kod numarası kaçtır?	85,9
3	Aşağıdakilerden hangisi hastanede acil durumlar için kullanılan renkli kodlardan biri değildir?	92,7
4	“Sarı yaprak” aşağıdaki hangi izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcıdır?	63
5	Yatışı yapılan bayan hastaya ne renk kimlik tanımlayıcı kullanılır?	56,25
6	Aşağıdakilerden hangisi kullanılmaması gereken kısaltmalar kapsamında yanlış bir ifadedir?	47,92
7	Sözel istem uygulamasında hangisi doğru bir uygulamadır?	43,2
8	Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması süreci ile ilgili hangisi yanlış bir ifadedir?	81,3
9	Aşağıdakilerden hangisi yatan hastalarda hareket kısıtlama kararı ile ilgili süreçte yapılan yanlış bir uygulamadır?	86,5
10	Aşağıdakilerden hangisi tıbbi atık değildir?	83

11	Aşağıdakilerden hangisi Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi kullanımında yanlış bir uygulamadır?			39,6
12	Tedavi planının yazılması ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğru bir ifade değildir?			92,2
Toplam - % ortalama				67,36
13	Kurumdaki kalite çalışmalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Gerekli	Gereksiz	Gerekli ama katılmak için zamanım yok
		%39	%18	%43
14	Size göre kurumunuzdaki hasta güvenliği uygulamaları güvenilirliğinin nerede olduğunu düşünüyor iseniz lütfen x işareti koyarak işaretleme yapınız?			Ort. % 67
15	Size göre kurumunuzdaki çalışan güvenliği uygulamaları güvenilirliğinin nerede olduğunu düşünüyor iseniz lütfen x işareti koyarak işaretleme yapınız?			Ort.% 40

Anket sonuçlarını incelediğimizde Tablo 3’de tanımlı konularda doğru yanıt yüz-
de oranlarının düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 3. Hekimlerin Uygulama Öncesi Bilgi Düzeyi Düşük Olan Konular Ve Doğru Yanıt % Oranları

Konu	Doğru Yanıt % Oranı
Güvenlik raporlama sistemi(GRS)	36,5
Cerrahi güvenlik kontrol listesi	39,6
Sözel istem uygulama süreci	43,2
Kullanılmaması gereken kısaltmalar	47,92
Kimlik tanımlayıcılar	56,25
Tanımlayıcı figürler	63

Ayrıca, il genelindeki 2013 yılı SHKS değerlendirme sonuçlarını incelediğimizde ise eksi puan alınan standart maddelerinin % 20 oranında hekim kaynaklı eksiklik nedeniyle olduğu görülmüştür. Bu eksikliklerin iç detayları incelendiğinde Tablo 4’de tanımlı standart maddelerine karşılık geldiği görülmüştür.

Tablo 4. 2013 Yılı SHKS Değerlendirme Sonuçlarına Göre Hekim Kaynaklı Eksi Alınan Standart Maddeleri Ve İl Geneli % Oranları

Standart Maddesi	Eksi puan % oranı
Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı, -Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu,uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.	8,96
İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.	5,29
Bilgilendirme ve rıza alınması ile ilgili süreçte; -İşlemin kim tarafından yapılacağı, -İşlemden beklenen faydaları, -İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, -Varsa işlemin alternatifleri, -İşlemin riskleri - komplikasyonları, -İşlemin tahmini süresi, -Hastanın adı, soyadı ve imzası, -İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası, -Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.	3,80
Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli, -Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, -Tedavi planında; Uygulamanın başladığı tarih ve saat, Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.	1,36
Sözel istem uygulama sürecinde; -İstem, istemi alan kişi tarafından yazılmalı, -Yazan kişi tarafından yazılı istem geri okunmalı, -Gerektiğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, -İstemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak onaylanmalıdır.	0,41

Anket sonuçları ve SHKS değerlendirme sonuçlarından yola çıkarak yoğun iş temposu içinde çalışan hekimlerimize, eksikliği görülen ilgili standart maddelerine ilişkin konularla ilgili (Güvenlik raporlama sistemi (GRS), Cerrahi güvenlik kontrol listesi, Sözel istem uygulama süreci, Kullanılmaması gereken kısaltmalar, Kimlik tanımlayıcılar, Tanımlayıcı figürler, Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması süreci, Tedavi planı yazılma süreci, Yatan hastalarda hareket kısıtlama kararı ile ilgili süreç) verilmek istenen mesajlar; kısa, öz ve mizahi yönünü de öne çıkaracak şekilde alışlagelmışin dışında farklı bir yöntemle anlatılmak istenmiştir. Bu sebeple kurumlarımızda çalışan hekimlerimizde farkındalık oluşturmak amacı ile;

1. “Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” adlı kitapçık,
2. “Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” temasının işlendiği 5 ayrı film şeridi,
3. “Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” başlıklı 60 saniye süren 5 ayrı film çalışması yapılmıştır.

4.1. Kitapçık Çalışması (Ek 1) :

Anket sonuçları ve SHKS değerlendirme sonuçlarında belirlenen konularla ilgili, kurumumuzda çalışan bir uzman hekim tarafından karikatür çalışmaları yapılmış, yapılan bu çalışmalar içerisinde 13 adet karikatür birimimiz tarafından seçilmiştir.

Kitapçık içerisindeki metinler, SHKS’ daki standart maddeleri, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi’nden oluşturulmuştur.

Daha sonra metinler ve ilgili karikatürler eşleştirilerek bir araya getirilmiş ve 25 sayfadan oluşan bir kitapçık hazırlanmıştır. Kitapçığın kapağı yine içeriği yansıtacak ve hedef kitle olan hekim grubunu belirleyici olması açısından karikatür çizimi ile desteklenmiştir.

Ayrıca kitapçık tasarımı için yaptığımız toplantıda ulaşmak istediğimiz farkındalığın ilgi çekici olması amacıyla bir slogan eşliğinde çalışmaların yürütülmesi düşünülmüş “Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” teması ortaya çıkmış ve kapak sayfasında kullanılması kararlaştırılmıştır.

Şekil 1: Kitapçık çalışması ön kapak sayfası



Şekil 2: Kitapçık çalışması arka kapak sayfası



Şekil 3: Kitapçık çalışması iç sayfa örnek



Şekil 4: Kitapçık çalışması iç sayfa örnek



Şekil 5: Kitapçık çalışması iç sayfa örnek



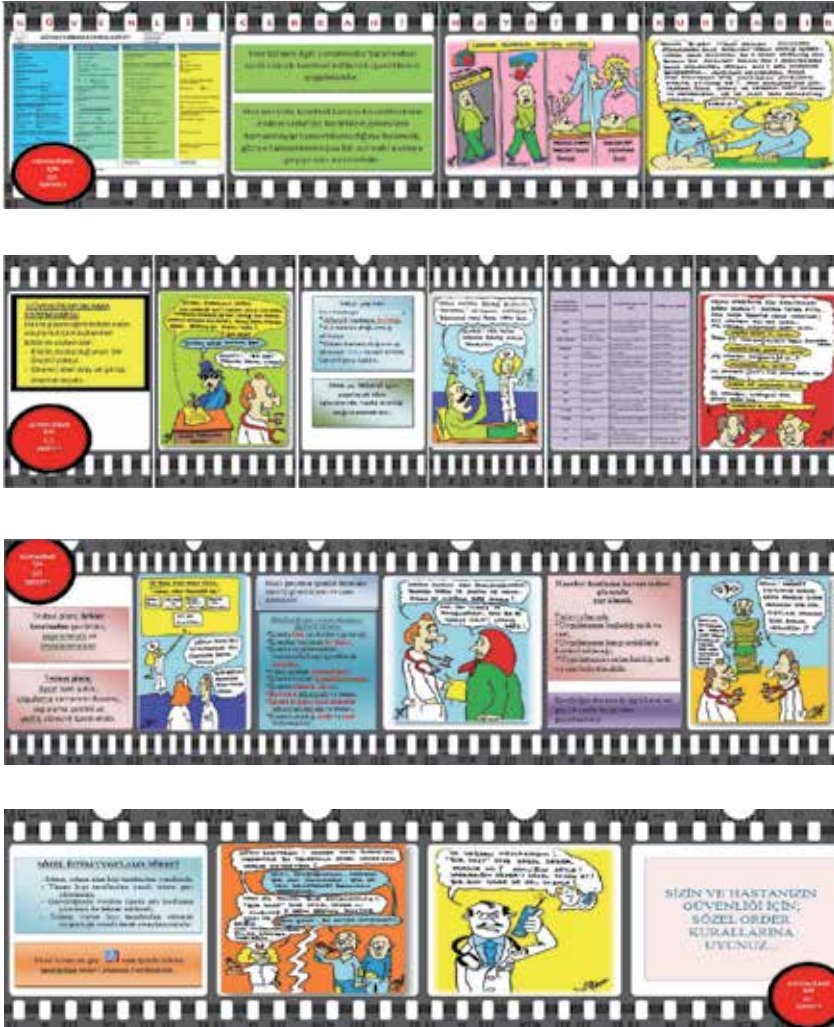
Şekil 6: Kitapçık çalışması iç sayfa örnek



4.2. Film Şeritleri Çalışması:

Kitapçık içeriğini oluşturan çalışma 5 gruba ayrılmış, film şeridi görüntüsünün içerisine karikatürler ve ilgili metinler yerleştirilmiştir. “Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” sloganı siyah çerçeveli kırmızı daire içerisinde tanımlanarak film şeridinin uygun bir köşesine yerleştirilmiştir. Okunmasının kolay olması açısından 44,5 x 15 cm boyutlarında, renkli, film şeridi görüntüsünde basılacak şekilde tasarlanmıştır.

Şekil 7: Film şeritleri (5 adet)





4.3. Film Çalışması (Ek 2):

“Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” Giriş başlığı ile başlayan ve gösterimi slogana uygun şekilde 60 saniye süren 5 ayrı film çalışması yapılmıştır. Kitapçık içeriğini oluşturan çalışma 5 gruba ayrılmış, metinler ve karikatürler Windows Movie Maker Programında birleştirilerek video filmine dönüştürülmüştür. Oluşturulan filmler dikkat çekici olması açısından müziklerle desteklenmiştir.

“Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” adlı kitapçık ve “Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” temasının işlendiği 5 ayrı film şeridi basılarak çoğaltılmış, “Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” başlıklı 60 saniye süren 5 ayrı film çalışması CD ortamında çoğaltılarak posta yolu ile tüm hastanelerimize gönderilmiştir.

Çalışmanın hastanelerdeki uygulama boyutu Tablo 5’de belirtildiği şekilde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 5. Hastanelerdeki Uygulama Çalışmaları

Uygulama Adı	Uygulama Süresi	Uygulama Şekli
Kitapçık	2 Hafta	Kurumda çalışan her hekime 1 adet verilmesi sağlanmıştır.
Film Şeritleri		Ameliyathane, personel kafeteryası, yemekhane girişleri vb. gibi hekim grubu için hastane tarafından belirlenen zorunlu bekleme alanlarına asılması sağlanmıştır.
Film Çalışması		5 adet video filmi kurumun otomasyon sistemine tanımlanarak; ✓ Otomasyon üzerinde zorunlu şekilde izlemi, ✓ Her gün ayrı bir filmin gösterimi, ✓ Haftanın 5 mesai günü, 5 ayrı film izlemi şeklinde düzenlenerek, hekimlerimizin sisteme girdikleri anda görebilecekleri şekilde düzenlenmesi sağlanmıştır.

Şekil 8: Film şeridi uygulama görseli



Şekil 9: Film şeridi uygulama görseli



Şekil 10: Kitapçık alışması uygulama görseli



Şekil 11: Kitapçık alışması uygulama görseli



Şekil 12: Video alışması uygulama görseli



Şekil 13: Video alışması uygulama görseli



Şekil 14: Kitapçık çalışması uygulama görseli**Şekil 15:** Video çalışması uygulama uygulama görseli

Çalışmanın çıkışını başlattığımız, daha önce de uyguladığımız Hekim Grubu Farkındalık Çalışması Anketi, uygulamaların sonuçlarını görmek amacı ile Temmuz 2014 tarihinde tekrar hekimlerimize uygulanmıştır. Doldurulan anketlerin tarafımıza e-posta ya da yönetim tarafından toplanıp posta yolu ile gönderilmesi sağlanmıştır.

Uygulama sonrası anketimize toplamda 192 hekim katılmıştır. Kalite Geliştirme Ve Gözlem Hizmetleri Birimimizde toplanan anketler, SPSS 15,0 programında değerlendirilmiştir. Ankete ait soru ve yüzde oranları aşağıdaki Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Hekimlerin Uygulama Sonrası Bilgi Düzeyleri

Sıra No	Soru	Doğru Yanıt % Oranı
1	Aşağıdakilerden hangisi Güvenlik Raporlama Sistemi(GRS) uygulaması ile ilgili doğru bilgi değildir?	53,1
2	Acil müdahale gerektiren solunumsal veya kardiyak arrest durumunda başlatılan Mavi Kod numarası kaçtır?	85,4
3	Aşağıdakilerden hangisi hastanede acil durumlar için kullanılan renkli kodlardan biri değildir?	92,2
4	“Sarı yaprak” aşağıdaki hangi izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcıdır?	88
5	Yatışı yapılan bayan hastaya ne renk kimlik tanımlayıcı kullanılır?	78,13
6	Aşağıdakilerden hangisi kullanılmaması gereken kısaltmalar kapsamında yanlış bir ifadedir?	61,46
7	Sözel istem uygulamasında hangisi doğru bir uygulamadır?	65,1

8	Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması süreci ile ilgili hangisi yanlış bir ifadedir?				86,5
9	Aşağıdakilerden hangisi yatan hastalarda hareket kısıtlama kararı ile ilgili süreçte yapılan yanlış bir uygulamadır?				92,2
10	Aşağıdakilerden hangisi tıbbi atık değildir?				80
11	Aşağıdakilerden hangisi Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi kullanımında yanlış bir uygulamadır?				67
12	Tedavi planının yazılması ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğru bir ifade değildir?				92,2
Toplam - % ortalama					76,22
13	Kurumdaki kalite çalışmalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Gerekli	Gereksiz	Gerekli ama katılmak için zamanım yok	
		% 43,22	% 15,10	% 38,54	
14	Size göre kurumunuzdaki hasta güvenliği uygulamaları güvenilirliğinin nerede olduğunu düşünüyor iseniz lütfen x işareti koyarak işaretleme yapınız?				Ort. % 69,42
15	Size göre kurumunuzdaki çalışan güvenliği uygulamaları güvenilirliğinin nerede olduğunu düşünüyor iseniz lütfen x işareti koyarak işaretleme yapınız?				Ort.% 53,64

5. Uygulamanın Yapıldığı Bölümler

İl genelinde hizmet veren 1 Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2 İlçe Devlet Hastanesi ve 8 Devlet Hastanesi olmak üzere toplam 11 hastanede çalışan hekim grubu.

6. Uygulamanın Takibi

Hekim Grubu Farkındalık Çalışması Anketi uygulaması ile birlikte yapılan uygulamaların hekim grubu üzerindeki sonuçları ölçülmüştür.

Bundan sonraki süreçte çalışmanın hastanelerde görev yapan hekimlerimizin uygulama boyutuna yansımaları ve farkındalığın etkililiği, kurum kalite yönetim birimlerince yapılan öz değerlendirme sonuçları, SHKS değerlendirme sonuçları, Güvenli Raporlama Sistemine yapılan bildirimler ile görülüp yapılan kök neden analizleri ile gerekli kararlar alınarak iyileştirmeler devam etmiş, düzeltici-önleyici faaliyetlerle takipleri sağlanmıştır.

7. Uygulamadan Öğrenilen Dersler

Sağlık hizmetleri alanında sağlık profesyonellerinin, hızla gelişen ve değişen teknoloji ve bilimsel ilerlemelerden haberdar olmak ve bunlar doğrultusunda hastaların teşhis ve tedavisini gerçekleştirmek onların başarısını arttırmakla birlikte (Köseoğlu vd. : 215) karar verme süreci ile birlikte değişen mevzuat, standart ya da değişimlerin doğru şekilde öğrenilip, uygulamaya geçirilerek tatbik edilmesi büyük önem arz etmektedir.

Geçmişten günümüze sağlık sunumu sırasında hizmet veren meslek grupları içerisinde en önemli yapı taşı olan hekimlerimiz; poliklinik, yatan hasta, ameliyathane, konsültasyon, icap, nöbet vb. gibi bir çok hizmet alanında komplike bir şekilde çalışmakta ve hastaların sağlığına kavuşturulması için çaba sarf etmektedir.

Sağlık Hizmet Kalite Standartlarının ve yatay boyutunda olan hasta- çalışan güvenliği kapsamında yapılan uygulamaların yoğun tempoda çalışan hekimlerimizde farkındalık oluşturma adına yaptığımız çalışmanın etkili olduğu görülmüştür.

Bu çalışma ile eğitimin alışlageldiği şekinden (Eğitim salonunda hedef kitlenin toplanıp, eğitimciyi dinlediği) sıyrılıp, eğitime katılım için zaman bulunamaması ya da eğitim saatlerinin uymaması gibi olumsuzluklar ortadan kalkmıştır.

Hazırlanan kitapçığın tüm hekimlerimize ulaştırılması ile hem eğitim zamanını hekim kendisi belirlemiş hem de istediği bilgiye tekrar ulaşma imkanı sağlanmıştır. Film şeritlerinin zorunlu bekleme alanlarına asılması boş geçirilecek zamanın değerlendirilmesi ve bilgiyi kazandırma anlamında etkili olduğu görülmüştür. Otomasyon üzerinden oluşturulan video filmlerinin izlenmesi, sadece 60 saniye gibi kısa bir sürede hem görsel, hem işitsel anlamda istenen mesajların verilmesine olanak sağlamıştır.

Farkındalığın oluşturulması için yapılan üç uygulamada aynı zamanda sahada kullanılmış böylelikle verilmek istenen eğitim çalışması tam olarak birbirini desteklemiştir.

Bilgi düzeyi arttıkça Hasta ve Çalışan Güvenliği uygulamalarına olan güvenirliliğin de arttığı görülmüştür.

Hekim Grubu Farkındalık Çalışması Anketi sonuçlarından da anlaşıldığı üzere uygulanan eğitim çalışması yerini bulmuş, istenilen farkındalığın oluşmasını sağlamıştır.

8. Elde Edilen Sonuçlar

Hekim grubunda farkındalık oluşturmak amacıyla yapılan çalışmalar sonucunda, ilk anket uygulamasına göre artış görülen konularla ilgili uygulama öncesi ve sonrası hekimlerin bilgi düzeylerine ait yüzde oranları ve her iki anketin soru bazlı fark yüzde oranları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Hekimlerin Uygulama Öncesi - Sonrası Bilgi Düzeyleri Ve Fark Yüzde Oranları

Konu	Doğru Yanıt % Oranı		Fark % Oranı
	Uygulama Öncesi	Uygulama Sonrası	
Güvenlik raporlama sistemi(GRS)	36,5	53,1	16,6
Cerrahi güvenlik kontrol listesi	39,6	67	27,4
Sözel istem uygulama	43,2	65,1	21,9
Kullanılmaması gereken kısaltmalar	47,92	61,46	13,5
Kimlik tanımlayıcılar	56,25	78,13	21,9
Tanımlayıcı figürler	63	88	25

Tablo 7’ye göre; tanımlı konularla yapılan uygulamalar sonucunda tümüne verilen yanıt ortalamalarının yükseldiği, en düşüğü %13,5 en yükseği % 27,4 olmak üzere ortalamada % 21 oranında pozitif yönde farkın olduğu ve farkındalığın arttığı görülmüştür.

Uygulama öncesi anket sonucu ile SHKS değerlendirme sonuçlarında hekim kaynaklı eksi alınan standart maddeleri karşılaştırıldığında; iki konuya ait standardın kesiştiği (sözel istem ve kullanılmaması gereken kısaltmalar) ancak üç konuya ait (Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması, tedavi planı, yatan hastalarda hareket kısıtlama kararı) standardın irdelendiği sorulara verilen yanıtların uygulama öncesinde de ankette yüksek olduğu görülmüştür.

SHKS değerlendirmesi neticesinde hekim kaynaklı eksi puan alınan ve pekiştirilmesi amacıyla ankette irdelenen standart maddelerin uygulama öncesi ve sonrası değerlendirmesi Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8.Hekimlerin Uygulama Öncesi - Sonrası Bilgi Düzeyleri Ve Fark Yüzde Oranları

Konu	Uygulama Öncesi	Uygulama Sonrası	Fark % Oranı
	Doğru Yanıt % Oranı		
Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması	81,3	86,5	5,2
Tedavi planı	92,2	92,2	0
Yatan hastalarda hareket kısıtlama kararı	86,5	92,2	5,7

Farkındalık noktasında tedavi planı ile ilgili uygulama öncesi ve sonrasında herhangi bir fark oluşmazken diğer iki konuyla ilgili (Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması, Yatan hastalarda hareket kısıtlama kararı) ortalama %5 civarında bir artış olduğu görülmüştür. Hekimlerin anket çalışmasında tedavi planı yazılması ile ilgili bilgi düzeylerinin %92,2 gibi çok yüksek bir orana sahip olmasına karşın SHKS dönem değerlendirmesinde % 8,96 oranı ile hekim grubunu ilgilendiren uygulamaların içinde birinci sırada yer alan standart maddesinin yine “Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı,

-Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve verilmiş süresini içermelidir.”olması dikkat çekicidir.

Bu durum hekimlerimizin standart bazında yapılması gereken uygulamaları bilmesine karşın bilginin uygulama boyutuna taşınmadığı sonucunu ortaya çıkarmıştır.

Kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesinde kalite kavramının iyi özümlemesi gerekir. Birçok kurum ya da kuruluş kaliteyi geliştirme ve kalite sistemini oturtmakta zorlanmışlardır. Bunun en önemli etkeni personelin, kalite kavramını doğru algılayamaması ve oluşturulan kalite yönetim sisteminin benimsenmemişinden kaynaklanmaktadır. Kalite kavramını doğru algılamak ve doğru yaklaşımda bulunmak; hizmet kalitesini mutlaka olumlu yönde etkileyecektir. (seydisehirddh.gov.tr, 2011)

9. Kurum Ve Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

Türkiye’deki tüm hastanelerde görev yapan hekimlere Sağlık Hizmet Kalite Standartları kapsamında eksikliği belirlenen konularla ilgili uygulama sürecinde belirttiğimiz şekli ile farkındalık çalışması uygulanabilir.

10. Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkileri

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesi 1980’li yıllardan itibaren öne çıkmış ve tüm ülkeler sağlığa ayrılan kaynakları ne olursa olsun yeni arayışlara yönelmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmaktadır. (Çiçek vd. 2006).

Hizmet sunumu sırasında uygulanan SHKS içerisinde tanımlanan standartların, çalışan personel tarafından öğrenilmesi, doğru anlaşılması, özümzenmesi, uygulamada kullanılması, eksik kalan ya da yapılan yanlışlıkların tespit edilip yapılacak iyileştirmelerle hep daha iyiye odaklanması büyük önem arz etmektedir.

Bu sebeplerle, özellikle hekim grubuna özel olarak yaptığımız çalışma sonucunda iki haftalık uygulama sürecinde var olan farkındalığı % 21 oranında artırmış olmak sevindiricidir.

11. Uygulamanın Bütçesi Ve Finansmanı

Projenin tüm bütçesi ve finansmanı Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği tarafından karşılanmış olup uygulamanın maliyetleri Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Hekim Grubu Farkındalık Çalışması Maliyetleri

Gider	Açıklama	TL	%
Anketör Giderleri	Kurumlara resmi yazı ekinde anketler gönderilerek cevaplamak isteyen hekimlerin kendileri tarafından doldurulması sağlandığından anketör giderlerine ait bir harcama yapılmamıştır.	-	-
Karikatür, Tasarım, Dizayn Giderleri	“Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” kitapçığı, film şeritleri ve 5 adet film içeriği kurum çalışanları tarafından oluşturulduğu için harcama yapılmamıştır.	-	-
Basım ve Çoğaltma Giderleri	“Güvenliğimiz İçin 60 Saniye” kitapçığı, film şeritleri basımı için yapılan harcama ve CD giderleri	1.328	100
Toplam		1.328	100

12. Sonuç

1.328,00 TL gibi kullanılan cüzi bir bütçeyle ve sadece 2 haftalık uygulama süreciyle birlikte hekim grubunda farkındalık noktasında yaptığımız çalışmayla gerçekleşen %21' lik artışın uygulama boyutuna yansıdığı düşünülürse yapılan çalışmanın amacına ulaştığını söyleyebiliriz.

Kaynaklar

<http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=412>, (02.03.2011)

<http://www.bsi-turkey.com/tr/Standartlar-ve-Yayinlar/Standartlar-Hakkında/Standart-nedir>, (2013)

http://www.farkindalik.info/farkindalik_nedir.asp

<http://www.seydischirdh.gov.tr/kalite/m12.pdf>, (01.02.2011)

Küçükaksu C. Ünlü, S., Yarıcı, T., Mahmutoglu, L. (2004). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi" Hastane Yaşam Dergisi Cilt 1, Sayı 1

Köseoğlu, Mehmet Ali (2011), "Bilgi Paylaşımı Tutumunu Etkileyen Faktörler Nelerdir? Bir Kamu Hastanesi Örneği", Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, Nisan 2011, Cilt 6(1), sayfa 215-243

<http://www.seydischirdh.gov.tr/kalite/m12.pdf>, (01.02.2011)

Çiçek, R., Kara, B., Koyuncu, K. (2006). "Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma", MPM Verimlilik Dergisi.

Telefon Teknolojilerinden Sms Uygulamasının Rapor Ve Tetkik Sonuçlarının Bildiriminde Kullanılmasının Hasta Ve Çalışan Memnuniyetine Etkisi: İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği

Pınar BOL¹

Gülnur GÜL²

Mehmet İZCİ³

Özgür USLU⁴

Nurdan ÇAMLİBEL⁵

Mustafa ÇOŞKUN⁶

Cihan BEKTAŞ⁷

Ahmet Emin ERBAYCU⁸

Özet

Sağlıkta kalite, sağlık hizmetinin bireylere ve topluma güncel profesyonel bilginin ışığında ve arzu edilen sağlık çıktılarına ulaşacak şekilde etkili, verimli, hakkaniyetli ve maliyet etkin şekilde, hasta ve çalışan memnuniyetinin ön planda tutularak verilmesidir. Bu bağlamda sağlık hizmeti sunumunun hasta ve çalışanların beklentileri göz önüne alınarak güncel teknolojilerin de kullanımı ile verilmesi gerekmektedir.

Hastanede ayaktan hizmet alan hastalara SMS gönderimi uygulaması ile sıkça şikayet edilen tetkik sonuçlarının bekleme sürelerinin kısaltılması ve tetkik sonuçlarına ulaşmadaki zorlukların giderilmesi amaçlanmıştır.

1 İzmir, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, pinarbol@yahoo.com, 05054739951

2 İzmir, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, gok.gulnur@yahoo.com, 05056293899

3 İzmir, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, mehmetizci@hotmail.com, 05415327664

4 İzmir, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, ozgurulu1972@yahoo.com 05058970741

5 İzmir, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, nurdancamlibell@hotmail.com, 05330290807

6 İzmir, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, coskun_mustafa35@hotmail.com 05365937450

7 İzmir, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, cihanbektas012@gmail.com 05062433575

8 İzmir, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, afumetsu67@gmail.com 05055815631

Uygulama ile aynı gün sonuçlanacak olan kan sonuçları çıktığında kişiye SMS ile anında bilgi verilmektedir. Sonuçlar için hastanın hastanede beklediği süre kısaltılmakta ve hekimi ile poliklinikte görüşmesi gereken zaman kişiye bildirilmektedir. Hasta ile hekim / hemşire / tıbbi sekreter arasında sonuçlarının çıkıp çıkmadığı ile ilgili gereksiz görüşme önlenmektedir. Aynı gün içinde çıkmayan sağlık kurulu raporları ve mikrobiyolojik ve patolojik tetkikler çıktığında hastalara otomatik SMS gitmektedir. Hastalar sonuçlarını alıp, hekime göstermeleri için hastaneye davet edilmektedir. Bu da bekleme sürelerini azaltmakta, sonucun çıkıp çıkmadığını telefon veya birime ziyaret yoluyla sormayı engellemekte, sonuçlarını takip etmeme, unutma gibi faktörleri ortadan kaldırmaktadır.

Hastanelerde az maliyetli, basit güncel teknolojilerin (cep telefonu - SMS) kullanılması, sağlık hizmetini kolay ve hızlı hale getirmekte, gereksiz iletişim, uzun hasta bekleme süresi ve tereddütlerini ortadan kaldırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta memnuniyeti, cep telefonu-SMS, laboratuvar tahlil sonucu.

Abstract

The quality in health, is presenting service to individual and society in light of current professional information and effective, productive, even-handed and cost effectively reaching to desired health results, caring the satisfaction of patient and staff satisfaction as the primary factor. So, health service should be presented by current technologies according to expectations of patient and the staff.

It was aimed to shorten the waiting period of test results and avoid difficulties to reach them by using SMS notification to outpatients.

With the practice, patients were notified by SMS when the blood tests were approved. The waiting period of patient at hospital was shortened and he was notified about the time of doctor visit. The practice could avoid unnecessary conversation with doctor / nurse / medical secretary about whether the tests had been concluded or not.

There are health reports those did not completed in the same day and microbiological and pathological tests when it would be approved. When they were approved an otomatic SMS was sent from hospital to the patient. This notification decreased the waiting period, avoided asking the results by telephone or unit visits and omit of forgetting or not following the tests.

Use of simple current technology (mobile telephone – SMS) with lower cost may result with easy and quick health service and eliminate unnecessary communication, longer patient waiting and hesitation.

Key Words: Patients' satisfaction, mobile telephone – SMS, laboratory test results.

1. Giriş

Sağlık işletmeleri kâr amacı gütmeyen kurumlar olmasının yanında pahalı hizmet sunan ve hizmet kalitesinin en üst düzeyde tutulması gereken kurumlar olarak bilinmektedir.

Hastaların kaliteli hizmet beklentisi, sağlık sektöründe yaşanan değişimin beraberinde getirdiği artan rekabet ortamı sağlık hizmetlerinde kalite odaklı modern yönetim anlayışını zorunlu hale getirmiştir. Çağdaş yönetim anlayışı olarak kabul edilen Kalite Yönetimi sadece bireysel başlıklarla ilgilenmemekte, sistemin içerisinde sürekli ilerlemeyi de öngörmektedir (Karaca, 2014:50)

Sağlık kuruluşları varlıklarını sürdürürebilmek için müşteri beklentilerine odaklanmak, gelişmeleri takip etmek ve sürekli gelişmek, çalışanlarının tam katılımını sağlamak ve önce insan anlayışı ile hizmet üretmek zorundadırlar.

Müşteri beklentilerine cevap vererek hasta tatminini yükseltmeyi hedefleyen sağlık kurumlarının öncelikle yapması gereken faaliyet, hizmetlerin kullanıcılar tarafından nasıl algılandığını ve memnuniyet durumlarını araştırmak, varsa tatminsizliğin hangi hizmet veya hizmet sürecinden kaynaklandığını tespit etmek, bulunan sorunlara yönelik alternatif çözümler üretmek ve bu doğrultuda uygulamaya geçmektir (Uçku vd., 1999: 65).

Sağlık kurumlarının temel çıktılarından biri olan hasta memnuniyeti, hastaların hastane hizmetlerinden bekledikleri performans ile kendilerine sunulan hizmetler arasındaki farkın değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Akgün vd., 1999: 49).

Sağlık kurumları müşteri potansiyelini arttırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadır. Hastaların sağlık kurumları hakkındaki olumlu ya da olumsuz düşünceleri, sağlık kurumunun pazar payının gelişmesinde çok önemli bir rol oynayacağından, kurumların hasta sadakatini sağlamak amacıyla da hasta tatmini üzerinde odaklanması gerekmektedir. “Hasta sadakati”, hastanın ihtiyaç duyduğunda aynı sağlık kurumunu tercih etmesi ve potansiyel hastalara o kurumu tavsiye etmesi olarak tanımlanmaktadır (Engiz, 1999: 425).

Sağlık hizmetlerinin kalitesini, verimliliğini, etkililiğini ve dolayısıyla performansını değerlendirmede kullanılan önemli kavramlardan biri hasta memnuniyetidir. Günümüzde sağlık kuruluşları hastaların beklenti ve ihtiyaçları ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet sonuçlarına göre hareket etmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta odaklı anlayışın ön plana çıkmasıyla birlikte hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini değerlendirme çalışmaları önem kazanmıştır (Kırılmaz, 2013:13). Hasta beklentilerinin karşılanması büyük önem arz etse de, beklentilerin karşılanırken etkinlik, etkililik ve maliyet hesaplarının

da göz önüne alınması gerekmektedir. Ülkemizde uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gündeme gelen performans yönetimi, sağlıkta kalite çalışmalarını hız kazandırmakla kalmamış kurumlarda verimliliğin de ön plana çıkmasını sağlamıştır. Kırılmaz'a göre(2013:19); Sağlık hizmetlerinde yüksek performans elde etmek için verimlilik, kaliteli hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerine erişim önemli araçlar olarak nitelendirilmekte olup, bu araçlar Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin amaçlarını oluşturan unsurlardır. Nitekim Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir.

Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin etkili, hakkaniyetli, verimli ve maliyet etkin verilebilmesi için bilgi ve iletişim teknolojiden yararlanılması da gerektirmektedir.

Teknoloji alanındaki önemli gelişmeler; özellikle bilişim teknolojisindeki gelişmeler ve sunduğu yeni imkânlar toplumsal ve ekonomik yapıyı değiştirdiği gibi hizmet işletmesi olan hastaneleri de önemli ölçüde değiştirmiştir. Yeni teknoloji kullanımı, her yeniliğin yol açtığı gibi yeniden yapılanma ve her alanda işlevlerin değişimini zorunlu kılmıştır (Tekin ve Akolaş,2005:521).

Yapısı ve işlevi gereği zaten karmaşık bir yapı olan sağlık hizmetleri gelişen teknoloji ile birlikte bazı alanlarda daha karmaşık bir yapıya dönüşürken bazı alanlarda daha basit bir yapıya dönüşmektedir. Teknoloji ile birlikte bir taraftan sağlık hizmetlerinde daha kompleks tanı ve tedavi cihazları ile uygulamalar gündeme gelirken, diğer taraftan hastaların daha hızlı ve etkin hizmet almasını sağlayacak e-mail, SMS ya da internet sistemleri de kullanılabilir.

Kırılmaz (2013:14) tarafından farklı illerdeki 6 kamu hastanesinde poliklinik hastaları ile yapılan çalışmada; poliklinik hastalarının laboratuvar hizmetleri hakkında görüşlerine başvurulmuştur. Bulgulara göre; bekleme süreleri, bilgilendirme ve tetkik sonuçlarına zamanında ve kolay ulaşım hususlarına daha özen gösterilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu tür sonuçlar baz alındığında hasta memnuniyet ve tatminin sağlanması için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması yarar sağlayacaktır. Hastaların zamanında bilgilendirilmesi, bekleme sürelerinin azaltılması ve verilere kolay ulaşımın sağlanması için teknolojiden nasıl yararlanılması gerektiği üzerine çalışmalar yapılması uygun olacaktır.

Bu bağlamda kurumumuzda da var olan bu tür memnuniyetsizlikleri gidermek için iletişim teknolojilerinden yararlanılarak yapılan, tetkik sonuçlarının cep telefonu ile bildirimi (SMS yöntemi) uygulaması ve elde edilen sonuçlar çalışmada anlatılmaktadır. Çalışma planlanırken hasta memnuniyetinin sağlanması üzerine odaklanılmasına rağmen uygulama sonrasında elde edilen sonuçlar

değerlendirildiğinde uygulamanın çalışan memnuniyeti üzerinde de etkili olduğu sonucu gözlemlenmiştir.

2. Gereç Ve Yöntem

2.1. Uygulamanın Amacı

Kurumda verilen hizmetler kapsamında, hasta/hasta yakınının takip etmesi gereken tetkik sonuçları, sağlık kurulu rapor sonucu vb. işlemlerinin hasta/hasta yakınına SMS ile bildirilmesi, hasta memnuniyetin artırılması, hizmetlerin çabuklaştırılması, zaman ve iş gücü kayıplarının önlenmesi amaçlanmıştır.

2.2. Uygulamanın Sağlıkta Kalite Standartları ile İlişkisi

Hizmet Kalite Standartları hazırlanırken niteliksel olarak standartların hasta ve çalışan güvenliği ekseninde olması hedeflenirken bunun yanında israfı önleyen, maliyet-etkin, verimliliği ve memnuniyeti önceleyen bir kavramsal bakış açısıyla hazırlanması esas alınmıştır. Bu bağlamda hasta ve çalışan memnuniyetinin en üst düzeyde sağlanabilmesi adına yapılan çalışmalar kurumların verdikleri hizmetin algılanan kalitesini de yükseltmektedir. Sağlık hizmet kalite standartları 00 02 04 10 13 nolu “Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir” standart maddesi gereğince hasta/hasta yakınlarının tetkik sonuçları hakkında etkin, kısa sürede bilgilendirilmesi esas alınmaktadır.

2.3. Uygulama Süreci

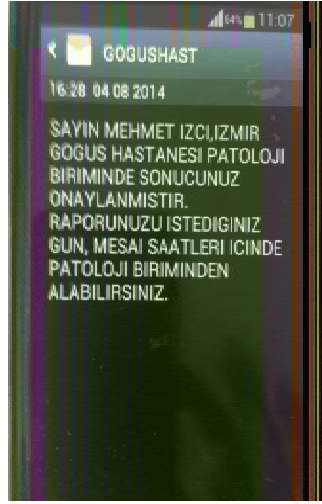
Çalışmanın yapıldığı İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 440 yataklı olmakla birlikte, göğüs hastalıkları poliklinikleri ve kliniklerine sahip, ayrıca yan dal poliklinik ve klinik hizmetleri veren, 29 yoğun bakım yatağına sahip bölge hastanesi konumunda bir kurumdur. Hastaneye günlük poliklinikten başvuran hasta sayısı ortalama 2300 hastadır.

Poliklinik hastalarının/sağlık kuruluna başvuran hasta/hasta yakınlarının tetkik/ rapor sonuçlarının çıkıp çıkmadığını öğrenmek için sürekli olarak çalışanlardan (ilgili birim çalışanları, bilgi işlem personelleri, hekimler vb.) sözlü bilgi almak istemeleri, bu sürecin çalışanların rutin işlerini yapmalarında aksamalara neden olması ya da aynı gün içinde çıkmayan sonuçların (3 gün, 10 gün, 1 ay sonra vb.)hasta tarafından takibinin unutulması ve hastaların tetkik-tedavilerinin eksik kalabilmesi gibi hasta ve çalışanlardan gelen şikayetler üzerine bu süreci iyileştirme yoluna gidilmiştir. Süreci iyileştirme çalışmaları için öncelikle hastane yöneticisi başta olmak üzere bir ekip (laboratuvarlardan sorumlu başhekim yard., idari-mali hizmetler müdür yard., kalite yönetim birimi çalışanları, bilgi işlem birim sorumlusu, sağlık kurulu birim sorumlusu ve bir hekimden oluşan)

oluşturulmuştur. Çalışma ekibi bu sürecin en hızlı, etkin ve düşük maliyetle nasıl çözümlenebileceği konusunda beyin fırtınası yöntemi ile fikir alışverişinde bulunmuş ve cep telefonu teknolojilerinin kullanılıp kullanılmayacağı konusunda ön çalışma yapılmasına karar verilmiştir. İlgili bilgi işlem firması SMS yönteminin kullanılmasına karar verilirse otomatik olarak kişilere SMS gönderilebilecek bir sistem oluşturulabileceğini beyan etmişlerdir. Öncelikle SMS uygulamasının maliyeti üzerine araştırma yapılmış, araştırma yapılırken günlük polikliniklere başvuran hasta sayıları/istenen tetkik sayıları, patoloji laboratuvarına gönderilen materyal sayıları, sağlık kuruluna başvuran hasta sayıları dikkate alınmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda paket şeklinde alınan SMS'lerin maliyet açısından çok fazla külfet getirmediği saptanmıştır.

Uygulama süreci başlamadan önce yapılan ön çalışmalar sonucunda kayıt esnasında bilgi işlem kayıt personelleri aracılığı ile her hastadan cep telefonu numarası alınmaya başlanmış ve hastalara konu ile ilgili açıklama yapılmıştır. Uygulama süreci öncelikle pilot olarak patoloji sonuçlarının bildirilmesi için başlatılmıştır. Bir aylık deneme sürecinden sonra hasta ve çalışanlardan sözlü olarak uygulama ile ilgili geribildirimler alınmış ve olumlu geribildirimlerin verilmesi üzerine uygulama sağlık kurulunda da başlatılmıştır. Deneme süreci içerisinde patoloji laboratuvarına gönderilen örnek sayısı ile hastalara gönderilen SMS sayıları arasında farklılıklar olduğu, bazı tetkik sonuçlarının hastalara SMS yöntemi ile bildirilmediği tespit edilmiştir. Nedeni incelendiğinde hastaların ilk kayıt esnasında cep telefonu numaraları vermedikleri ya da yanlış verdikleri tespit edilmiştir. Bu durum üzerine kayıt biriminde çalışan bilgi işlem çalışanlarına tekrar bilgilendirme yapılmıştır. Bilgilendirme yapılırken hastalardan istenen cep telefonu numaralarının hangi amaçla kullanılacağını anlatılması vurgulanmıştır. Patoloji laboratuvarında başlatılan bu uygulama neticesinde hastaların tetkik sonuçlarının çıkıp çıkmadığını takip etmesine gerek kalmamıştır. Dolayısıyla hasta/hasta yakınları sonucun çıkıp çıkmadığını öğrenmek için patoloji laboratuvarını telefon ile arayarak ya da bizzat başvurarak meşgul etmemiş ya da kendi zamanlarını boşa geçirmemişlerdir. Bu uygulama ile tahlil sonucu olduğu ve takip etmesi gerektiğini unutan hastalar için (tetkik sonuçları aynı gün çıkmadığından dolayı) SMS gönderiminin uyarıcı bir etki yarattığı ve hastaların kuruma gelerek sonuçlarını ilgili hekime gösterdikleri belirlenmiştir. Bu durumda uygulama dolaylı olarak, eğer tetkik sonucunda hastalık lehine bir bulgu varsa tedaviye geç kalınmadan başlanılmasına da olanak sağlamaktadır. SMS sistemi (günübirlik çıkmayan sonuçlar için) hastayı sonucu alma konusunda motive ederek, itici bir güç oluşturarak tedavinin gecikebilme olasılığının da azaltmaktadır.

Patoloji laboratuvarında, hasta tetkik sonuçlarının hekim tarafından son onayının yapılması (HBYS üzerinden) durumunda matbu halde hazırlanan SMS içeriği hastanın cep telefonuna otomatik olarak sistem tarafından gönderilmektedir. Mesajda tetkik sonucunun içeriğine ilişkin bilgi verilmemekte hastaya sadece sonucun çıktığı bildirilerek, kuruma davet edilmektedir. Örnek mesaj içeriği aşağıda gösterilmektedir.



Patoloji laboratuvarında başlatılan bu uygulamanın etkinliği ve hasta-çalışan memnuniyeti üzerindeki etkisi görüldükten sonra uygulamanın diğer laboratuvarlarda da yapılabilmesi için çalışmalar başlatılmıştır. Öncelikli olarak hasta ve çalışanların en çok şikayet ettikleri sağlık kurulundan heyet raporlarının çıkıp çıkmadığının öğrenilmesi aşamasında yaşanan sıkıntılar gündeme geldiğinden 2. aşama olarak bu birimden devam edilmesine karar verilmiş ve eş zamanlı olarak diğer laboratuvarlar içinde çalışmalar başlatılmıştır. Sağlık kurulunda raporlarının onaylanması ya da onaylanmaması halinde yani kuruldan çıkan sonuç kesinleştğinde yine sistem üzerinden hastaya SMS gönderimi yapılarak hasta raporunu almak üzere kuruma davet edilmektedir. Örnek mesaj içerikleri aşağıda gösterilmektedir.



Sağlık kurulunda yapılan uygulamadan sonra polikliniklere başvuran tüm hastaların tetkik sonuçlarının SMS yoluyla bildirimi konusu üzerinde çalışmalar yapılmış ve uygulamaya geçilmiştir. Polikliniklere başvuran hastaların gününbirlik çıkan tetkik sonuçlarının hastalara bildirimi konusunda yapılan çalışmalar sonucunda öngörülemeyen, uygulamanın başlaması ile göz önüne çıkan bazı sonuçlarla karşılaşmış ancak kısa sürede sorunlar çözümlenmiştir. Öncelikle acil polikliniklerinde bu uygulamanın yapılmasının uygun olmadığı tespit edilmiştir. Hasta yakınların “sonucunuz çıkmıştır” mesajını aldıktan sonra sürekli sağlık

çalışanlarını taciz ederek bilgi almak istedikleri görülmüştür. Sağlık çalışanlarının gereksiz meşguliyetini önlemek amacı ile acil serviste bu uygulama yapılmamıştır. Aynı nedenle yatan hasta kliniklerinde de uygulamanın yapılmamasına karar verilmiştir. Ayaktan hastaların tetkik sonuçlarının bildiriminde de iyi bir planlama yapılması gerekmiştir. Şöyleki; aynı hastaya ait hem biyokimya, hem mikrobiyoloji laboratuvarından tetkik istenmekte ve sonuçların hepsi çıktıktan sonra hekim değerlendirme yapmak istemektedir. Bu durumda hastalara gün içinde tüm tetkikleri çıktıktan sonra SMS bildiriminin yapılması gerekmektedir. Bu neden ile tetkiklerin sistem üzerinden istem yapılması aşamasında düzenlemeye gidilmiştir. Bu bağlamda aynı istem numarası ile istenecek tetkikler belirlenmiştir. Yani hekimlerin aynı anda hem biyokimya hem de mikrobiyoloji laboratuvarından istem yapabilmesi sağlanmıştır. Hekim daha önceden biyokimya laboratuvarından tetkik istemlerini yapıp kaydedip, tekrar mikrobiyoloji laboratuvarından istem yaparken, yapılan düzenleme ile istem aşamasında iki laboratuvarından da istem yapabilmekte ve sonrasında kayıt edebilmektedir. Önemli olan aynı gün içinde çıkmayan tetkiklerin farklı bir istem ile istenmesinin sağlanmasıdır. Bu durumda aynı gün çıkmayan tetkiklerin (önceden belirlendiği için) ayrı istem numarası ile istenmesi sağlanmıştır. Böylelikle hastanın gün içinde çıkması gereken tüm tetkikleri çıktıktan sonra hastaya SMS gitmesi sağlanmıştır. Bir hastanın hem gün içinde çıkan tetkikleri hem de aynı gün içinde çıkmayan tetkikleri var ise, bu hastaya en az 2 adet SMS gönderimi yapılmaktadır. Birincisi gün içinde çıkacak tüm tetkik sonuçları çıktığında, diğeri ise daha sonraki günlerde çıkacak sonuçları onaylandığında gönderilen SMS'lerdir. Tetkik sonuçları laboratuvar hekimleri tarafından onaylandıktan sonra hastaya SMS gitmektedir.

SMS uygulamasının bir diğer yararı ise şöyle açıklanabilir; kan alma birimlerinde hastalar tetkiklerin tahmini çıkma süreleri konusunda bilgilendirilmektedir. Örneğin karaciğer fonksiyon testi yaptıran bir hastaya tetkikinin ortalama 2 saatte çıkacağını ifade edilmektedir. Ancak laboratuvarında sonuçlar bazen cihazların doluluk oranına göre ½, 1 saatte ya da 1.30 saatte çıkabilmektedir (Bu sonuç verme süreleri, laboratuvardaki cihazların durumuna göre hasta mağduriyetini önlemek amacı ile verilen ortalama sürelerdir. Hastalara bildirilen bu süreler maksimum süreleri ifade etmektedir). Sonuç onaylanır onaylanmaz hastaya SMS gönderimi olduğunda, hasta 2 saat beklemek yerine sonuç onaylanır onaylanmaz hekimine geri dönebilmekte ve işlemlerini daha hızlı olarak yapabilmektedir. Ya da yakın çevrede oturan hastalar tetkik sonucunu hastane ortamında beklemek yerine evine gitmekte, sonuç onaylandığında kuruma geri dönmekte ve sonuçlarını hekime gösterebilmektedir. Böylelikle kurumda tetkik sonucunu bekleyen hastaların yoğunluğu azalmakta dolayısıyla da çalışanlara sürekli sonuç çıkıp çıkmadığını sorarak çalışanları meşgul etme oranı azalmaktadır. Bu bilgiler

bu uygulamanın etkinliğini ölçmek için hasta/hasta yakınlarına görüş sorulması sonucu elde edilmiş verilerdir.

SMS uygulamasında dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri mesaj içeriğinin planlanması aşamasıdır. Mesajın içeriğinde sonuçlar hakkında bilgi verilmeden sadece sonucun çıktığı hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır. Böylelikle hastaların sonuçları hekime göstermesi ve sonuçlar hakkında hekiminden bilgi alması sağlanmaktadır. Yine tetkik sonuçlarının SMS ile bildirimi sonrası hastaların poliklinik kapılarına gelip hekime sonucunu hemen göstermek istemesi nedeni ile ortaya çıkan karışıklığının (yoğun olan polikliniklerde bu sorun yaşanmaktadır) önlenmesi de ayrıca önem arz etmektedir. Bu durum kurumumuzda poliklinik binalarında bulunan karşılama, yönlendirme personelleri aracılığı ile düzenlenmiştir. Bu çalışanlar hastaları bilgilendirmekte ve içeride hasta varken başka bir hastanın içeri girmesini önlemeye çalışmaktadırlar. Ayrıca sabah saat 10.00 'dan sonra polikliniklerdeki muayene şekli; 4 muayene hastası 1 tetkik sonucu göstermek isteyen hasta şeklinde devam etmektedir.

2.4. Uygulamanın Yapıldığı Bölümler

Uygulamaya sağlık kuruluşuna başvuran ayakta ya da yatan hastalar, patoloji laboratuvarına tetkik gönderilen ayakta-yatan hastalar ile mikrobiyoloji ve biyokimya laboratuvarlarından sonuç bekleyen ayakta tedavi gören poliklinik hastaları dahil edilmiştir. Bu uygulama tetkik sonuçlarının bildirimi aşamasında iki süreçte yürütülmüştür. Poliklinik hastalarının gün içinde çıkan tetkiklerinin hepsi onaylandığında gönderilen SMS ve aynı gün içinde çıkmayan (3 gün, 10 gün 1 ay vb. sonra çıkan patoloji ve kültür sonuçları) tetkik sonuçlarının onaylandığında gönderilen SMS bildirimleri şeklindedir.

2.5. Uygulamanın Takibi

Uygulama, bilgi işlem koordinatörlüğünden çekilen verilerle kontrol edilmektedir. Kontrolü ilgili birimlerden gönderilen mesaj sayılarının belirlenmesi, ilgili birimlerdeki hasta sayılarının takip edilmesi ve belli aralıklarda ilgili birimlerden örneklem hasta çekilerek bu hastalara SMS gönderiminin yapılıp yapılmadığı kontrol edilmesi yöntemi ile sağlanmaktadır. Hasta ve yakınları ile çalışanlardan gelen sözlü ya da geribildirimlerle de uygulamanın etkinliği değerlendirilmektedir.

2.6. Uygulamadan Öğrenilen Dersler

Az bir finansman ile hem hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanabileceği, hem hasta ve çalışan için zamandan tasarruf edilebileceği, hizmetlerin hızlandırılabilmesi hem de iş gücü kayıplarının önlenebileceği görülmektedir.

2.7. Elde Edilen Sonuçlar (Sonuçların ölçülebilir olması tercih sebebidir)

Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında (01.01.2014- 30.06.2014) toplamda 33.707 adet SMS gönderildiği tespit edilmiştir. Uygulamanın başlatıldığı deneme aşamaları çalışmanın verilerine dahil edilmemiştir. Tablo 1 'de ilgili birimlerden gönderilen SMS sayıları ayrıntılı olarak verilmektedir.

Tablo 1. SMS uygulaması yapılan birimlerden gönderilen SMS sayıları

SMS Kullanan Birimler	Aylar						Toplam
	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	
Mikrobiyoloji Lab.	171	993	944	1030	1060	383	5581
Engelli Raporu	51	56	61	54	28	15	265
Heyet Raporu	594	487	557	419	451	238	2746
Biyokimya Lab.	4564	4437	4170	4449	4022	1896	23538
Patoloji Lab.	577	512	121	131	156	80	1577
Toplam	6957	6485	5853	6083	5717	2612	33707

Tablo 1'de göre sağlık kurulundan toplamda (engelli raporu+heyet raporu) 3011 adet SMS gönderildiği görülmektedir. Bu durumda 3011 adet hasta/hasta yakınının sağlık kurulunu telefonla arayarak sağlık çalışanını meşgul etmesi ya da hastanın hastaneye gelerek sonucunu sorması vb. gibi nedenlerle hasta/hasta yakınının zaman kaybı önlenmiş ve rapor sonucu bekleyen hastaların rapor çıkar çıkmaz haberdar edilmesi nedeni ile raporun alınmaması ya da geç alınması gibi istenmeyen durumların eskiye oranla azaldığı tespit edilmiştir. Tabloya göre haziran ayında tüm birimlerden SMS gönderiminde düşüş olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalar sonrasında ilgili HBYS firmasının SMS gönderiminin alt yapısında sistemselsel bir arıza olduğu tespit edilmiş ve durum fark edildikten sonra kısa bir süre içinde sorun çözümlenmiştir. Tabloya göre toplamda 6 aylık süre boyunca mikrobiyoloji laboratuvarından 5581 adet, biyokimya laboratuvarından 23538 adet, patoloji laboratuvarından 1577 adet ve toplamda 33707 adet SMS gönderimi yapıldığı tespit edilmiştir.

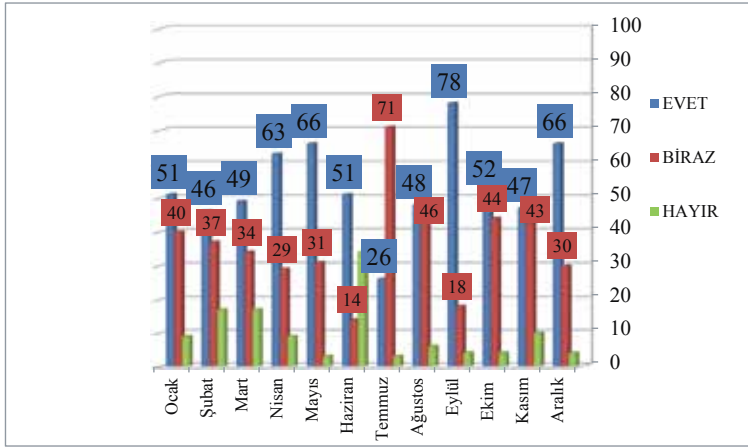
2.8. Kurum veya kuruluşlarda uygulanabilme durumu

SMS gönderiminin maliyetinin düşük olması ve teknik alt yapı açısından özellik arz etmemesi, HBYS'ne entegre edilerek otomatik olarak SMS gönderilebilmesi, dolayısıyla extra bir işgücüne ihtiyaç duyulmaması nedeni ile tüm kurumlarda rahatlıkla uygulanabilmesi mümkündür.

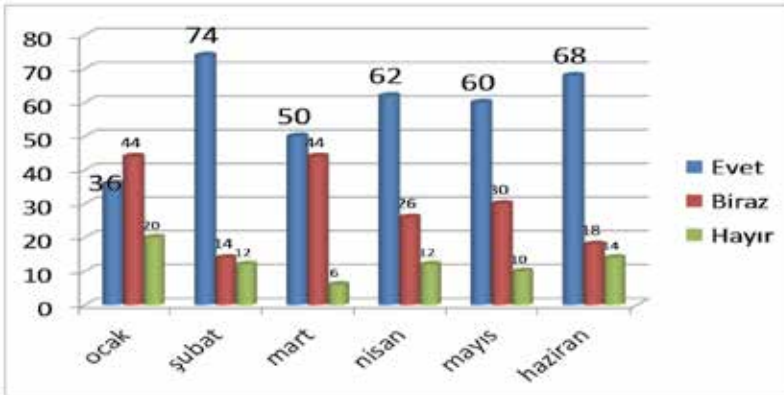
2.9. Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkileri

Yapılan uygulama sonucu hasta memnuniyetinde iyileşmeler gözlemlenmiştir. Sağlık Hizmet Kalite Standartları gereğince aylık olarak ayaktan hastalara yapılan ankette hastaların “tahliller için çok beklemedim” sorusuna verilen yanıtlar 2013 yılı için yıllık, 2014 yılı için 6 aylık veriler şeklinde tablo 2 ve tablo 3’te gösterilmektedir. Tablolar incelendiğinde 2013 yılına oranla 2014 yılı ilk 6 ayda memnuniyet oranındaki yükselmeler dikkat çekmektedir.

Tablo 2. 2013 yılı ayaktan hasta memnuniyet anketi “tahliller için fazla beklemedim” sorusu memnuniyet oranı



Tablo 3. 2014 yılı ilk 6 ay ayaktan hasta memnuniyet anketi “tahliller için fazla beklemedim” sorusu memnuniyet oranları



Hastanelerde maliyeti az, basit güncel teknolojilerin (cep telefonu - SMS) kullanılması ile sağlık hizmeti daha kolay, hızlı gerçekleşmekte, gereksiz iletişimler, uzun hasta bekleme süresi ortadan kaldırılmaktadır.

2.10. Uygulamanın Bütçesi ve Finansmanı

Uygulamanın maliyeti, gönderilen SMS başına yaklaşık 1 kuruştur. Hastane doğrudan temin yolu ile 250.000 adet SMS'yi içeren paketi toplamda KDV dahil 3.000 TL'ye mal etmiştir (SMS birim fiyatı: 0,012 tl).

Kaynaklar

- Tekin ve Akolaş (2005), "Hizmet İşletmelerinde Bilişim Teknolojisinin Stratejik Kullanımına İlişkin Bir Hastane Uygulaması". V. Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyumu, İstanbul Ticaret Üniversitesi, 25-27 Kasım
- Karaca (2014), Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma). Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Akgün, Uçku, Kara, Özkazanç, Gülşen, Erkal (1999), "Başkent Üniversitesi Hastanesinde Sunulan Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Hasta Perspektifinde Değerlendirilmesi, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları," Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara
- Uçku, Engin, Musa ve Elçi (1995), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite ile Bağlantılı Sağlık İnsan Gücü, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara
- Engiz (1999), Sağlık Hizmetlerinde "Hasta Odaklı" Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 411-413.
- Kırılmaz (2013) "Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması". Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1 :11-21

Diyalizde Performans Odaklı Kalite Yönetimi

Kutay GÜNEŞTEPE¹

Leyla GÜLDALİ²

Sibel ÇETİN³

Doç. Dr. Fatih KIRÇELLİ⁴

Emine ÜNAL⁵

Levent EREN⁶

Özet

Kalite Yönetimi çeşitli sağlık kuruluşlarında uygulanmaktadır, ancak kalite yönetiminin bir kültür olarak kurumun tüm seviyelerinde yerleşmesi için, kurumdaki her süreci içerecek şekilde uygulanması gerekmektedir. Bu doğrultuda uygulanan, bütünsellik arz eden ve süreçlerin ve sistemin sürekli iyileştirilmesi prensibine dayalı kalite yaklaşımı, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) olarak adlandırılmaktadır.

Yapılan çalışmalarla, hasta güvenliği ve tedavi kalitesi çıktılarının performans göstergeleri ile sürekli iyileştirilmesi amacıyla Fresenius Medikal Hizmetler A.Ş. ve iştiraklerine ait diyaliz kliniklerinde TKY uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulama (TKY) tedavi çıktıları, klinik göstergeleri ve kurumsal hedefler olmak üzere üç farklı seviyede çeşitli teknoloji ve performans yönetim sistemleri kullanılarak hayata geçirilmiştir. Tedavi Çıktıları seviyesinde Otomatik Veri Aktarım Sistemleri (OVAS) ve Klinik Yönetim Sistemi (KYS) kullanılarak mikro seviyede süreç takibi ve değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir. Klinik Göstergeleri ise KYS ve Kurumsal Karne üzerinden analiz edilmiştir. Diğer taraftan, Yönetimsel Süreçler seviyesinde Kurumsal Karne üzerinden değerlendirmeler yapılmış, iyileştirilmesi gereken süreçler belirlenmiştir. Ayrıca, iyileştirme faaliyetleri, Doküman Yönetimi ve DÖF Veritabanı, Çevrimiçi Eğitim Merkezi (ÇEM) ve Denetim Modülü aracılığı ile yapılmıştır.

Uygulama sonucunda hastalara verilen diyaliz hizmetinin kalitesini ölçmek için kullanılan parametrelerde hedeflenen iyileşme sağlanmıştır. Ayrıca uygulamanın

1 Fresenius Türkiye, kutay.gunestepe@fmc-ag.com

2 Fresenius Türkiye, leyla.guldali@fmc-ag.com

3 Fresenius Türkiye, sibel.cetin@fmc-ag.com

4 Fresenius Türkiye, fatih.kircelli@fmc-ag.com

5 Fresenius Türkiye, emine.unal@fmc-ag.com

6 Fresenius Türkiye, levent.eren@fmc-ag.com

yan çıktısı olarak sağlık çalışanlarının iş yükü azaltılmış, hasta bakımına ayrılan süre ve tedaviyle ilgili üretilen verilerin kalitesi artmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz, Kurumsal Karne, Toplam Kalite Yönetimi, Sürekli İyileştirme, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

Abstract

Quality management is implemented in various healthcare facilities however, to use as an institutional culture at all levels, it should be applied to every process of institution. The quality approach, which works with the principle of continuous improvement of processes and provides holistic view, is called as total quality management (TQM).

TQM is established in dialysis clinics of Fresenius Medikal Hizmetler A.Ş. and its subsidiaries, with the purpose of continuous improvement on patient safety and treatment quality outputs, by using performance indicators. This application is structured by using technology and performance management systems at three different levels; treatment outcome, clinical indicators and corporate targets. At treatment outcome level, by using Automatic Data Transfer Systems and Clinical Management System (CMS), processes were followed-up and assessed at micro-level. Clinical Indicators were analyzed through CMS and Balanced Scorecard. At Managerial Processes level, assessments for improving processes were done via Balanced Scorecard. Additionally, improvement activities were performed via Document Management, CAPA Database, Online Training Center and Audit Module.

Consequently, the objectives related to dialysis service quality have been achieved on measured parameters. Additionally, the workload of healthcare staff reduced; allocated time for patient care and quality of generated treatment data increased by using TQM.

Key Words: Dialysis, Balanced Scorecard, Total Quality Management, Continuous Improvement, Hospital Data Management System

1. Giriş

Dünyada kronik böbrek yetmezliği hastalarının sayısı her yıl yaklaşık %6 oranında artmaktadır ve bu rakam dünya nüfus artışının üzerindedir (Fresenius, 2013). Türk Nefroloji Derneği verilerine göre, Türkiye’de 2011 yılında diyaliz tedavisine ihtiyaç duyan hasta sayısı 60.443 iken, 2012 yılında bu sayı %2 oranında artarak 61.677’ye ulaşmıştır (Süleymanlar vd., 2012; 2013). Ülkemizde 2013 yılı sonu

itibarı ile hemodiyaliz tedavisi gören 53.192 hasta bulunmaktadır (Tatar, 2014: 11). Artan hasta popülasyonu maliyet etkinlik ilişkisinin mümkün olduğu kadar optimize edildiği bir maliye politikasında beraberinde getirmektedir. Bu şartlar altında kaliteden ödün vermeden, hasta merkezli sağlık hizmetinin sunulmasında Kalite Yönetim Sistemlerinin kurum ve kuruluşlarda kullanılması büyük önem arz etmektedir. Ancak sağlık sektöründe pek çok Kalite Yönetim Sistemi uygulaması farklı seviyelerden konuya yaklaştığı ve birbirlerinden izole oldukları için uzun vadede başarısızlıkla sonuçlanmaktadır (Ferlie ve Shortell, 2001; Plochg ve Klazinga, 2002; Blumenthal ve Kilo, 1998; Shortell vd., 1998). Bu noktada farklı seviyelerdeki aktörlerin hedeflerini birbiriyle uyumlu hale getirecek bütünsel bir yaklaşımın geliştirilmesi gereklidir. Bu seviyeler üç başlık altında incelenebilir: hasta bakımı (mikro seviye), organizasyonel yapı (mezo seviye) ve finansal/politik ortam(makro seviye) (Plochg ve Klazinga, 2002).

Benzer bir yaklaşım, Türkiye genelinde mevcut 52 diyaliz merkezi (klinik) ile, yaklaşık 7000 son dönem böbrek yetmezliği hastasının hemodiyaliz tedavisi hizmeti sunan Fresenius Medikal Hizmetler A.Ş. ve iştiraklerinde de uygulanmaktadır. Fresenius Medikal Hizmetler A.Ş. ve iştirakleri (kısaca Fresenius Türkiye), hasta bakımında performans odaklı kalite yönetimini benimsemiştir. Bu çerçevede, 5 yıllık planlama ve projeler ile, Toplam Kalite Yönetimi kurumdaki her seviyede bütünsel bir yaklaşım ile geliştirilmiştir.

Bu çalışmada Toplam Kalite Yönetimi kapsamında hasta güvenliği ve tedavi kalitesi çıktılarının performans göstergeleri (indikatör) ile sürekli iyileştirilmesi amaçlanmıştır.

2. Kalite Yönetiminde Bütünsel Yaklaşım

Diyaliz tedavisinde Kalite Yönetim Sisteminin bütünsellik kazanabilmesi ve bir hizmet kültürüne dönüşebilmesi üç farklı seviyedeki uygulamaların (tedavi çıktıları, klinik göstergeleri ve kurumsal hedefler) birbiriyle uyumuna bağlıdır. Bu çerçevede Fresenius Türkiye’de oluşturulan TKY Şekil-1’de gösterilmiştir.

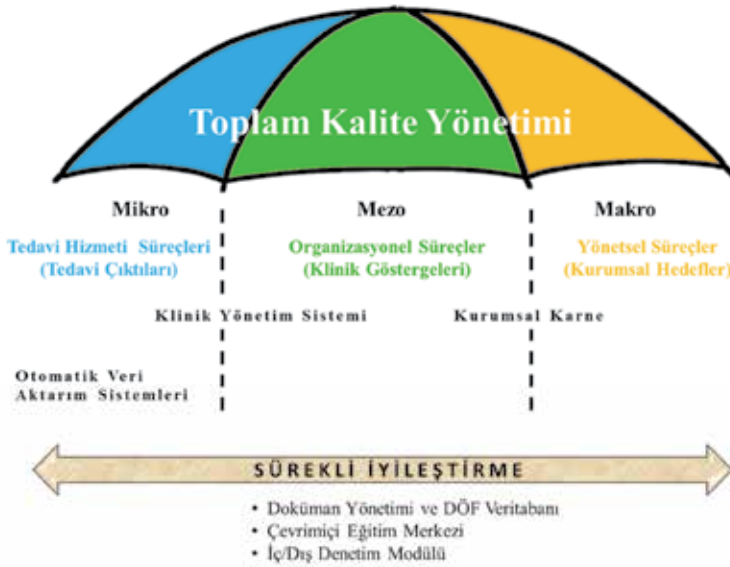
2.1. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

Dış kaynaklı olarak ulusal ve uluslararası mevzuata, standartlara (ISO 9001, ISO 14001 vb.) ve tıbbi kılavuzlara (ERBP, KDOQI, vb.) uygun kurulan yönetim sistemlerinin; iç kaynaklı olarak ise bu sisteme ait şirket içi kılavuz, prosedür ve talimatların ışığında, sunulan hizmetin, müşteri memnuniyetinin, çalışan gelişimi ve kalite anlayışının sürekli iyileştirilebilmesi için oluşturulan iklimdir.

TKY’nin diyaliz hizmetine yansıtılması için, tedavi çıktıları, klinik göstergeleri ve

kurumsal hedeflergibifarklı seviyelerin bir bütün halindeuygulanması ve buradan doğan kültürün kurumsal olarak benimsenmesi hedeflenmiştir. Bu 3 katmanlı sistemin bütünleşmesi için,altyapıyı oluşturacak araçlara ihtiyaç duyulmuştur. Fresenius Türkiye'deki bu anlamda birbirleriyle entegre olarak çalışabilen teknolojilerden (otomatik veri aktarım sistemleri & klinik yönetim sistemi) ve bir performans yönetim sisteminden (Kurumsal Karne – Balanced Scorecard) faydalanmaktadır.

Şekil-1 Fresenius Türkiye'deTKY Bileşenleri



2.2. Klinik Yönetim Sistemi (KYS)

Fresenius Türkiyebünyesindeki diyaliz kliniklerinde hastaların tıbbi verilerinin tamamı ve kliniğin genel yapısı ile ilgili verilerin çok büyük bir bölümü (altyapı bilgileri, kaynak kullanım miktarları, klinik su analiz test sonuçları, çalışan sayısı vb.) internet üzerinden çalışan bir KYS'ye kaydedilmekte ve elektronik ortamda saklanmaktadır.

Kaydedilen bu veriler KYS'nin raporlama modülü sayesinde hem hasta düzeyinde hemde klinik düzeyinde pek çok rapor oluşturmaya imkan vermektedir. Klinikteki sağlık profesyonelleri hastayla ilgili farklı bilgilerin bir araya getirilmesiyle oluşturulan bu raporlar vasıtasıyla hastanın durumunu değerlendirebilmektedir. Klinik düzeyinde alınan raporlar da klinikteki hasta popülasyonunun gidişatı ile ilgili göstergeler sunmakta ve klinikteki genel durumun analiz edilmesini sağlamaktadır.

2.3. Otomatik Veri Aktarım Sistemleri (OVAS)

KYS'ye kaydedilen verilerin kalitesi ve güvenilirliği için pek çok veri aktarım sistemi çalışmaktadır. Bu sistemler kullanıcının manuel olarak KYS'ye veri girişi ihtiyacını ortadan kaldırmakta ve pek çok verinin kaynağından direk olarak bu yönetim sistemine gönderilmesini sağlamaktadır. Bu bağlamda hasta düzeyinde;

- Hastanın aylık olarak gerçekleştirilen tüm laboratuvar test sonuçları
- Diyaliz tedavisinin uygulandığı hemodiyaliz cihazlarının tedavi esnasında yaptığı ölçümler (kan basıncı, kan akım hızı, diyaliz süresi vb.)
- Hemodiyaliz cihazının üzerine bulunan ayrı bir modül vasıtası ile diyaliz hastaları için çok önemli bir değer olan ve diyaliz tedavisinin ne kadar başarılı olduğunu gösteren Kt/V ve klirens (kan temizlenme) değeri

gibi veriler otomatik olarak KYS'ye aktarılmaktadır.

2.4. Kurumsal Karne (Balanced Scorecard)

Kurumsal Karne, stratejik hedeflerle yönetim sistemidir. İçerisinde finansal sonuçların yanı sıra pek çok farklı perspektifi içerir ve bu perspektifler finansal sonuçların tamamlayıcısı olarak yöneticiye performans göstergeleri ile ilgili bütünsel bir görünüm sağlar. Her perspektifte yöneticiler tarafından belirlenen performans göstergeleri vardır (Kaplan ve Norton, 1996). Kurumsal karne dünyada farklı sektörlerdeki kurumlarda kullanılmaktadır ve bu sektörlerden biride sağlık sektörüdür (Inamdar ve Kaplan, 2002).

Fresenius Türkiye'nin son 5 yılda aşama aşama uygulamaya koyduğu TKY'nin performans sonuçlarını gösteren Kurumsal Karnenin sistem ile bütünleşmesi 2011 yılı itibarıyla tamamlanmıştır. Bu karne ile, klinik ve genel merkez seviyesinde elde edilen veriler güncellenerek değerlendirilmektedir.

Şekil-2 Kurumsal Karnedeki dört perspektif



Kullanılan kurumsal karnede Hasta, Çalışanlar, Ortaklar ve Toplum açısından olmak üzere, sorumlu olunan paydaşlara yönelik dört perspektif bulunmaktadır. 100 puan üzerinden değerlendirildiğinde, hasta perspektifi %40 ile en büyük ağırlığı oluşturmaktadır. Diğer 3 perspektif %20 ağırlığa sahiptir. Her bir perspektifli süreçle ilgili performans göstergelerini içermektedir. Bu perspektifler, şirket Kalite Politikası'na bağlı olarak;

- Hasta Perspektifi hastaların diyaliz sürecini ve diyaliz sonuçlarını iyileştirmeyi hedef alan ve tıp literatürüne dayanan bir takım göstergelerden oluşmaktadır.
- Çalışan perspektifi kalifiye ve kurumsal bağlılığı bulunan çalışanların tutulması, çalışanların yetkinliklerinin geliştirilmesi, çalışan katma değerinin en iyi şekilde kullanılması ve güvenli çalışma koşullarının sağlanmasını amaçlamaktadır.
- Ortaklar perspektifi gelirin sürekli artması ve kaynakların etkin ve sorumlu kullanımını hedeflemektedir.
- Son olarak toplum perspektifinin amacı böbrek naklinin desteklenmesi, yasal mevzuat ve şirket uyumluluk programına uyum sağlanması ve çevrenin korunmasıdır.

Kurumsal Karneye internet arayüzünden girildiğinde, dört perspektif, her bir perspektifteki performans göstergeleri ve bu göstergelerde durumu ve eğilimi gösteren semboller gözükmemektedir (Şekil-2).

2.5. Sürekli İyileştirme

Süreç, ISO9000 Kalite Yönetim Sistemi Standardına göre; insan, malzeme, bilgi, enerji gibi girdilerin müşteri ihtiyacını karşılamak için çıktıya dönüştürülmesini sağlayan birbirine bağımlı bir seri faaliyettir (TSE, 2007:3). Süreçler; katma değer yaratması, şartların anlaşılması ve yerine getirilmesini sağlamak, hizmet alan ve sunanların tatminini artırmak amacıyla **sürekli iyileştirilmelidir**.

Fresenius Türkiye, Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulanması sırasında, süreçlerin sürekli iyileştirilebilmesi için Şekil-3'te de gösterilen PUKÖ (PDCA) Döngüsü prensibini temel almaktadır.

Şekil-3 PUKÖ Döngüsü



Sürekli iyileştirme kapsamında Kurumsal Karnede bahsedilen dört perspektifte (Hasta, Çalışanlar, Ortaklar, Toplum) sorumlulukların yerine getirilmesi hedeflenir. Bu hedeflere ulaşmak için pek çok önemli araç kullanılmaktadır. Bu araçlar ile Kalite Yönetim Sisteminin sürdürülmesinin yanısıra, veri analizi ve iyileştirme kültürünün yerleştirilmesi sağlanmaktadır. PUKÖ Döngüsü yaklaşımı ile TKY'yiverimli ve etkili kılmak için Fresenius Türkiye'de kullanılan araçların ilişkisi Tablo-1'deki gibi özetlenebilir.

Tablo-1 PUKÖ ile TKY kapsamında kullanılan araçların ilişkisi

PUKÖ	Yapılan Faaliyet	Kullanılan Araçlar
PLANLA	Süreçlerin ve tedavinin planlanması	KYS ve EKYS(Doküman Yönetimi)
UYGULA	Belirlenen adımların, belirlenen yöntem ve metotlara göre gerçekleştirilmesi	KYS ve OVAS
KONTROL ET	Mevcut durum ve (varsa) sapmaların analizi	Kurumsal Karne ve Denetim Modülü
ÖNLEM AL	-İyileştirme gereken süreçlere yönelik çözüm ve yöntemlerin belirlenmesi, -İyileştirme faaliyetleri sonucunun değerlendirilmesi, -Çalışanların eğitimi.	EKYS(DÖF Veritabanı) ve ÇEM

2.6. Entegre Kalite Yönetim Sistemi (EKYS): Doküman Yönetimi ve Düzeltici Önleyici Faaliyet (DÖF) Veritabanı

EKYS'nin iki alt başlığı vardır. Bunlar Doküman Yönetimi ve DÖF Veritabanıdır. TKY'nin temelini oluşturan ve kliniklerimizde belgelendirilen TS EN ISO 9001 ve TS EN ISO 14001 standartlarına uygun olarak, EKYS ile aşağıdakiler gerçekleştirilir:

- EKYS ve süreçlere ait gereklilikleri tanımlayan dokümanların (kılavuz, prosedür, talimat, form vb.) Doküman Yönetim Veritabanı aracılığı ile elektronik olarak onayı, yayınlanması ve çalışanlar tarafından internet bazlı erişimin sağlanması
- Süreçlerin sürekli iyileştirilmesinin sağlanması amacıyla, hasta güvenliğini içeren konular başta olmak üzere, iç/dış denetim sonuçlarına veya birimlerde tespit edilen bulgulara yönelik DÖF başlatılması, gerçekleştirilmesi, onayı gibi fonksiyonları içeren DÖF Veritabanı'na çalışanlar tarafından internet bazlı erişimin sağlanması,
- Etkin DÖF takibi ile zamanında ve kağıt israfı olmadan yapılan iyileştirmelerin kayıt altına alınması ve istatistiksel veri analizinin yapılması.

2.7. Çevrimiçi Eğitim Merkezi (ÇEM)

Bu eğitim merkezi ile aşağıdakiler gerçekleştirilir:

- Yeni çalışanların oryantasyon eğitimlerinin gerçekleştirilmesi,
- Sistem üzerinden gerçekleştirilen eğitimlerin ve çalışanların yetkinliğinin standardize edilmesi,
- Eğitimlerin sertifikalandırılması ve etkinlik değerlendirmelerinin gerçekleştirilmesi,
- Süreçlerde tespit edilen eksiklikler için iyileştirme eğitimlerinin gerçekleştirilmesi.

2.8. (İç/Dış) Denetim Modülü

İç ve dış denetimlerin planlaması, raporlanması, dağıtımı ve sonuçlarının analizi ayrı bir Denetim Modülü aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Bu modül ile gerçekleştirilen iç/dış denetim sonuçları, Kurumsal Karne'deki Toplum Perspektifi'ne yansıtılır. Denetim sonuçlarına ilişkin iyileştirmeler, DÖF Veritabanı ile izlenir.

3. Uygulamanın Amacı

Bu uygulama iletemelde TKY'yietkili biçimde hayata geçirerek diyalizhastalarının yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve yaşam sürelerininuzatılması hedeflenmiştir. Ayrıca bu hedeflere ulaşmak için gereken TKY Sistemi bileşenlerinin hangi seviyelerde ve nasıl kullanılabileceği de gösterilmiştir.

4. Uygulamanın Sağlıkta Kalite Standartları ile İlişkisi

Hasta Güvenliği ve İndikatör Yönetimi konularıyla ilgili olan bu uygulamanın aşağıda belirtilen sağlıkta kalite standartları ile ilişkisi vardır:

- 00 01 01 01 00 Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.
- 00 01 01 03 00 HKS kapsamında hedefler belirlenmelidir.
- 00 01 01 04 00 HKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.
- 00 01 01 05 00 Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm sorumlularıile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.
- 00 01 01 17 00 Eğitim Komitesi bulunmalıdır.
- 00 01 01 19 00 G Güvenlik raporlama sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- 00 01 01 58 00 Çalışan memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır.
- 0001 01 69 00 Laboratuvara gönderilecek örneklere yönelik düzenlemeyapılmalıdır.
- 00 01 06 02 00 Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nde (HBYS) yer alan modüller tek birveri tabanı üzerinden yönetilmelidir.
- 00 01 06 05 00 Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- 00 01 06 11 00 Hastane bilgi sisteminde yetkilendirme yapılmalıdır.
- 00 01 06 12 00 HBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.
- 00 02 17 04 00 Diyaliz tedavisi gören hastaların tedavileri kontrol altına alınmalıdır.
- 00 03 01 01 00 Hasta dosyalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

5. Uygulamanın Süreci

Fresenius Türkiyebu uygulama ile beş yıl öncesinde manuel olarak yapılan raporlamalar ve değerlendirmeler bilişim sistemleri ve Kurumsal Karnenin sisteme entegre edilmesi ile elektronik ortamda yapılmaya başlanmıştır. Bu sayede TKY'nin tüm süreçlere uygulamaya alınması ve dolayısıyla hasta bakımı ile ilgili iyileşmelerin sağlanması hedeflenmiştir.

Hastalara ait tüm verilerin elektronik ortamda daha rahat takip edilmesi ve analizi için diyaliz kliniklerine KYSSkurulmuştur. Kurulum aşamasında gerekli eğitimler yüz yüze ve ÇEM aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Eğitimi başarıyla tamamlayan kişiler KYSS'nin kullanımı için yetkilendirilmiştir. Yeni işe giren veya tekrar eğitimine ihtiyaç duyan sistem kullanıcıları gerekli eğitimlere ÇEM üzerinden erişebilmektedirler.

KYSS'ye veri girişleri ilk aşamada klinikteki sistem kullanıcıları tarafından manuel olarak yapılmakta iken verilerin kalitesinin arttırılması ve kullanıcıların bu işleme harcadığı süreyi azaltmak amacıyla çeşitli OVAS'ların kullanılmasına karar verilmiştir. Bu sistemlerle ilgili eğitim ve yetkilendirmeler KYSS ile benzer şekilde gerçekleştirilmiştir.

KYSS ile hemodiyaliz cihazlarını entegre eden OVAS ile hemodiyaliz cihazı tarafından tedavi sırasında oluşturulan verilerin çok büyük bir bölümü otomatik olarak aktarılmaya başlanmıştır. Böylece tedavi sürecinin izlenmesinde ihtiyaç duyulan: efektif tedavi süresi, sistolik diyastolik kan basıncı, arter ve ven basınçları, Kt/V, ultrafiltrasyon vb. gibi göstergeler kullanıcıların olası veri girişi hataları olmaksızın KYSS veri tabanına kaydedilmeye başlanmıştır.

Diyaliz tedavisi alan hastaların takibinde ve yapılan tedavinin değerlendirilmesinde çok önemli rolü olan aylık kan testlerinin KYSS'ye aktarımında ayrı bir OVAS tarafından otomatik olarak yapılmaktadır. Böylece laboratuvar tarafından çıkan sonuçlar direk olarak KYSS'deki ilgili hasta kaydına aktarılmakta ve bu kayıtlarda manuel olarak değişiklik yapılamamaktadır.

Hasta bazında (mikro seviyede) KYSS veritabanına çeşitli kaynaklardan aktarılan bu veriler bir araya getirilmektedir. Bu sayede doktorlar ve hemşireler ister hasta seviyesinde (mikro seviyede) ister KYSS tarafından üretilen raporlar vasıtasıyla klinik seviyesinde (mezo seviyede) tedavi süreci ve çıktıları ile ilgili değerlendirmeler yapabilmektedir. Klinikteki hastaların yüzde kaçının istenilen laboratuvar değerlerine sahip olduğu, klinikte hangi oranlarda kateter kullanıldığı, klinikte bir ay içerisinde kaç tane ve hangi konudaaki olayının olduğu, hastaların aşı takvimleri, kullandıkları ilaçlar, tedavi sırasında hangi ürünlerden ne kadar kullanıldığı vb. gibi bilgiler KYSS'den alınan raporlar sayesinde klinikteki yetkililer tarafından izlenebilmektedir.

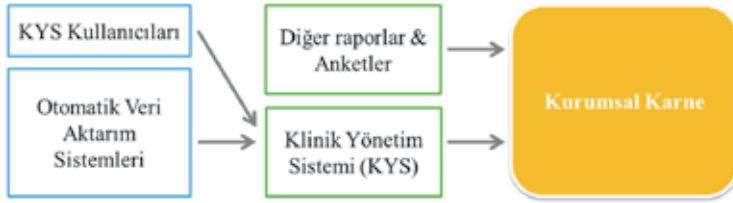
Ayrıca, kliniklerde EKYS kurularak, uluslararası akredite belgelendirme kuruluşlarınca TS EN ISO 9001 ve TS EN ISO 14001 için belgelendirilmiştir. Tedavi süreci gerçekleştirilirken ihtiyaç duyulan “İyi Diyaliz Uygulamaları Standardı, Hijyen Enfeksiyon Kılavuzu, Diyaliz Tedavisinin Gerçekleştirilmesi Prosedürü, Diyaliz Makinesi Kullanım Talimatları, Hijyen Kontrol Formları”

gibi dokümanlara erişim Doküman Yönetimi ve DÖF Veritabanı aracılığı ile sağlanmaktadır. Doküman Yönetimi ve DÖF Veritabanında her bir kullanıcı ile ilgili dokümanların dağıtımı elektronik ortamda tanımlanarak otomatik olarak gerçekleştirilmektedir. Bu Veritabanı sayesinde kullanıcı bazında yetkilendirme yapılmakta ve ihtiyaç duyulan dokümanlara erişim hızlanmaktadır.

Klinik seviyesinde (mezo seviye) ve Genel Merkez seviyesinde (makro seviye) takip ve değerlendirmelerin yapılmasında daha önce manuel raporlamalar kullanılırken bu uygulama kapsamında hesap sorulabilirliği (accountability) ve izlenebilirliği, erişilebilirliği ve analiz kolaylığı açısından avantaj sağlayan Kurumsal Karne kullanılmaya başlanmıştır.

Kurumsal Karnedeki hasta perspektifi göstergelerinin tamamı ve diğer üç perspektifteki bir takım göstergeler verilerini KYS'nin veritabanından almaktadır. Çalışan, Ortaklar ve Toplum perspektifleri diğer verilerini çeşitli raporlardan ve anketlerden almaktadır. Veri akışı Şekil-4'de gösterilmiştir.

Şekil-4 Kurumsal Karne veri akış şeması



Kurumsal Karne'ye internet üzerinden tüm yetkili kurum çalışanları bağlanabilir ve göstergelerin hesaplanması ile ilgili detayları görebilirler. İnternet arayüzünde gösterilen grafikler ile klinik bazında (mezo seviye) veya ülke seviyesinde (makro seviye) analizler ve karşılaştırmalar yapılabilir.

Klinikler Kurumsal Karne aracılığı ile hizmet sunumuna yönelik performans verilerine ulaşabilmekte ve tüm bölüm sorumluları ile özdeğerlendirme toplantıları yapmaktadır. Bu toplantı çıktılarına istinaden belirlenen hedeflerin altında kalan performans göstergeleri için DÖF Veritabanından DÖF başlatılır. DÖF'lerin; acil önlem/düzeltilme, kök neden analizi, aksiyon planlama&gerçekleştirme, izleme, etkinlik değerlendirme ve kapatma işlemleri gibi tüm aşamaları bu veritabanı üzerinden kullanıcı bazında giriş sağlanarak gerçekleştirilir.

Ayrıca Kurumsal Karneden elde edilen bilgiler ışığında Genel Merkez düzeyinde tüm klinikler karşılaştırılır ve başarılarına göre sıralanır. Buradan hareketle performansı yüksek olan ve önceki dönemlere göre performansını en çok yükselten klinikler ödüllendirilir.

TKY'nin performansının ve etkinliğinin ölçülmesi, ayrıca Kurumsal Karneden elde edilen verilerinin doğruluğunun ve sürdürülebilirliğinin tespiti için, Fresenius Türkiye' dedüzenli olarak iç ve dış denetimler gerçekleştirilmektedir. Bu denetimlerde değerlendirmeler ulusal ve uluslararası mevzuat, standartlar ve yasal gereklilikler baz alınarak gerçekleştirilir. Denetim sonuçları ilgili birimlere yayınlanarak, gerekli DÖF çalışmaları başlatılır ve takip edilir.

6. Uygulamanın Yapıldığı Bölümler

Bu uygulama, son dönem böbrek yetmezliği hastalarına tedavi hizmeti ve ürün sunan Fresenius Türkiye'ye ait diyaliz kliniklerinde yapılmaktadır.

7. Uygulamanın Takibi

Fresenius Türkiye, hasta bakımında performans odaklı kalite yönetimini benimsemiştir. Bu çerçevede, 5 yıllık planlama ve projeleri hayata geçirerek, TKY'nin kurumdaki her seviyede bütünsel bir yaklaşım ile geliştirilmesi sağlanmıştır.

Uygulama için önceki yıllarda altyapı (teknik donanım, yazılım, vb) hayata geçirilmiştir. 2011 yılından bugüne kadar ise uygulama sonuçları Kurumsal Karne aracılığıyla periyodik olarak izlenmektedir. Ana hedef olan “diyaliz hastalarının yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve yaşam sürelerinin uzatılması” için başarı seviyesi takip edilerek, gerektiğinde iyileştirmeler yapılmaktadır.

8. Uygulamanın Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkileri Ve Elde Edilen Sonuçlar

TKY'nin uygulamaya konması beş yıllık bir plan dahilinde olmuştur. Bu sistemin çıktılarını görebileceğimiz Kurumsal Karne'nin TKY çerçevesinde etkin kullanımı ise 2011 yılı itibarıyla başlamıştır. Uygulama sonuçları, Kurumsal Karnedeki en önemli perspektif olan hasta perspektifi ve bu perspektifin içerdiği performans göstergeleri üzerinden değerlendirilmiştir.

Sonuçların gösterildiği tablolarda Fresenius Türkiye kliniklerinde tedavi gören ve tıp literatüründe arzulanan değerlere uyan hasta oranları gösterilmektedir. Mavi çizgi aylık sonuçları gösterirken turuncu çizgi eğilimi göstermektedir.

HDF (Hemodiyafiltrasyon) bir çeşit hemodiyaliz tedavi modalitesidir. HDF için oldukça önemli bir parametre olan infüzyon hacmi haftalık olarak 63 litrenin üzerindeki veya HDF yapılmayıp normal Hemodiyaliz olan hastalar için haftalık

işlenen kan hacmi 240 litrenin üzerinde olan hastaların süreç içerisinde değişimi Grafik-1’de gösterilmektedir. Bu göstergedeki hasta oranının, yapılan iyileştirme ve takiplerle, %40’lardan %85 düzeyine arttırılması sağlanmıştır. Aynı şekilde, kaliteli diyalizin önemli bir göstergesi olan Kt/V değeri 1,4’ün üzerinde olan hasta oranı %55 civarından %83 düzeyine artmıştır (Grafik-2).

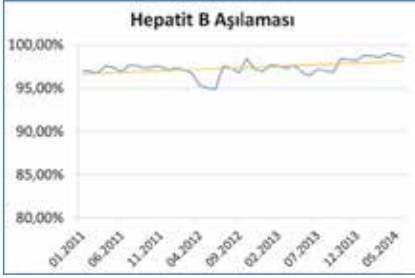
Grafik-1**Grafik-2**

Grafik-3’te damar erişim yolu Fistül olan hasta oranı gözükmemektedir. Bu oran üç buçuk yıl içerisinde çok fazla değişmemiştir. Diğer bir gösterge hastaların vücutlarında diyaliz sonrası kalan sıvı ile ilgili olarak belirlenen göreceli sıvı fazlasıdır (relative over hydration). Bu değer %15 altında olan hastaların oranı %35’lerden %65’lere ulaşmıştır (Grafik-4). (Bu değer ölçümleri gerekli ölçüm cihazlarının alınmasını takiben 2012 yılı başında başlamıştır.)

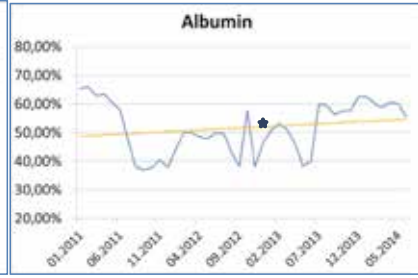
Grafik-3**Grafik-4**

Hepatit B bulaşma riski olan hastaların aşılması ile ilgili göstergede, daha önce %100’e çok yakın olan hasta oranı korunmuştur. Göstergenin sonuçları Grafik-5’tedir. Grafik-6’da Albumin değeri 4g/dL üzerinde olan hasta oranı gözükmemektedir. Bu oran zaman içerisinde az miktarda artmıştır ancak 2011 yılından bu yana Türkiye ortalamasının üzerindedir. Örneğin, 2012 yılında Albumin değeri dördün üzerinde olan hasta oranı Türkiye’de % 38,4’dür (Süleymanlar vd., 2012: 15)

Grafik-5



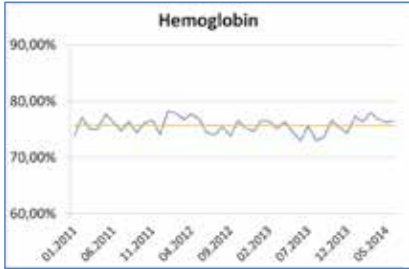
Grafik-6



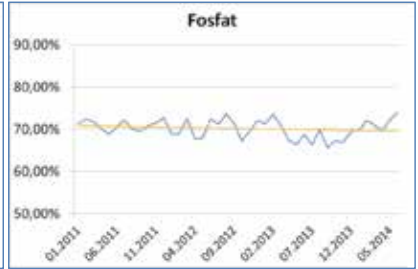
2013 yılı itibariyle kriterde değişikliği olduğundan Grafik-6'da dalgalanma mevcuttur.

Hemoglobin düzeyi 10g/dL – 12g/dL arası olan hasta oranı yıllar içerisinde korunmuştur (Grafik-7). Grafik-8'de fosfat seviyesi 2,5mg/dL – 5,5mg/dL arası hasta oranları gösterilmektedir. Hasta oranı 2011 başından 2014'ün altıncı ayına kadar stabil kalması sağlanmıştır.

Grafik-7



Grafik-8



Hasta perspektifinin ortalaması ise Grafik-9'da gösterilmektedir. Uygulanan TKY ile hasta perspektifinde belirgin iyileşme sağlanmıştır. Hasta Perspektifi ortalama puanı 2011 yılında %65 civarındayken, 2014 Haziran itibariyle %80'e yaklaşmıştır.

Grafik-9



8.1. Uygulamanın Diğer Sonuçları

Bu uygulama kapsamında veri kalitesinin artırılması için hemodiyaliz cihazları ile KYS'yi entegre eden OVAS kurulmuştur. Bu sistem sayesinde tedavi sırasında üretilen ve KYS'ye manuel olarak girilen veriler otomatik olarak gönderilmeye başlanmıştır. Bu da çalışanların iş yükünü azaltmış ve veri hatası ihtimalini ortadan kaldırmıştır. Kliniklerden birinde yapılan değerlendirme çalışmasına göre veri girişi için harcanan süre yaklaşık %60 oranında azalmıştır. Diyaliz seansı sırasında hemşirelerin harcadığı efor azalırken, hasta bakımına ayrılan süre ve veri kalitesi artmıştır (Güneştepe ve Doğan, 2012).

Ayrıca KYS diyaliz tedavisi ve hasta verilerinin tutulduğu çok zengin bir veritabanı sağlamıştır. Her sene yaklaşık 1.000.000 seanslı veri bu veritabanında kaydedilmektedir. Bu veriler kullanılarak pek çok bilimsel çalışma yapılabilir, Türk Nefroloji Derneği'nin veritabanına katkı sağlanabilir. Özellikle 2012 yılında nefroloji ile ilgili Registry çalışmalarında anket dönüş oranının %50'lere düştüğü bir noktada (Süleymanlar vd., 2012: Önsöz) bu büyüklükteki bir veritabanı oldukça faydalı olabilir.

9. Uygulama Sonucunda Öğrenilen Dersler

Sağlık kurumlarında TKY'nin başarıya ulaşması, hasta bakımını yapan sağlık profesyonellerinden, sağlık politikalarının belirlendiği genel merkez düzeyine kadar tüm seviyelerde bütünsel bir şekilde uygulanmasına bağlıdır. Bu doğrultuda teknolojinin sunduğu imkanlar ve çeşitli yönetim araçları kullanılmalıdır.

Teknoloji sayesinde veriye erişim kolaylaşmakta ve verilerin izlenebilirliği artmaktadır. Bu sayede süreçler daha rahat yönetilmekte, iyileştirmeler takip edilebilmekte ve sürekli iyileştirmenin kurum kültürü olarak yerleşmesi için zemin oluşmaktadır. Ayrıca bilişim teknolojileri sayesinde TKY'nin uygulanması için gereken ve çalışanlara ek iş yükü getirebilecek kayıt işlemleri daha kolay yapılabilen, hatta çalışanların iş yükünü azaltabilmektedir.

Bu uygulamada Kurumsal Karne yönetim aracı olarak kullanılmıştır. Böylece kurumsal önceliklere göre performans göstergeleri belirlenmiş ve objektif kriterlere göre değerlendirilebilmiştir.

Sonuç olarak TKY sunulan sağlık hizmeti ile ilgili tüm göstergelerde belirgin iyileşme veya mevcutta olan iyi durumun korunmasını sağlamıştır.

10. Uygulamanın Sağlık Kurumlarında Uygulanabilirliği

Bu uygulama teknolojik yatırım ve iş gücü desteği gerektirdiği için bu gereksinimleri karşılayabilecek belli bir finansal sermaye ye sahip, sağlık hizmeti sunan, büyük çaptaki kamu kuruluşlarında veya özel kuruluşlarda uygulanabilir.

11. Uygulamanın Bütçesi Ve Finansmanı

Önceki bölümlerde de belirtildiği gibi TKY'nin sistemsel ve etkili olarak işletilebilmesi için, uygulamanın tüm süreçleri içerir biçimde uygulanması söz konusudur. Buna istinaden uygulamada kullanılan tüm araçların masraflarını sınıflandırdığımızda, masraf kaynağının donanım, yazılım ve işletme olarak 3 ayrı başlıkta verilmesi uygun olacaktır.

Buna göre Tablo 2'de bu uygulamanın Fresenius Türkiye' deki tüm kliniklerde uygulanmasından elde edilen maliyetten yola çıkarak, klinik başı maliyetler verilmiştir.

Tablo-2 Uygulamanın masraf kaynakları ve Fresenius Türkiye içinklinik başı maliyeti

Masraf Kaynağı	Klinik Başı Maliyet
Donanım- Teknik Altyapı	12.000 TL
Yazılım	14.000 TL
İşletme (yazılım bakım hizmeti v.b)	1.500 TL / yıl

Kaynaklar

Blumenthall, David ve Kilo, Charles M. (1998), A Report Card on Continuous Quality Improvement, The Milbank Quarterly, Cilt 76, No. 4, Sayfa 625-648

Ferlie, Ewan B. – Shortell, Stephen M. (2001), Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and United States: A Framework for Change, The Milbank Quarterly, Cilt 79, No. 2, Sayfa 281-315

Fresenius (2013), ESRD Patients in 2013: A Global Perspective (Kurum içi rapor)

Güneştepe, Kutay ve Doğan, Cengiz (2012), Diyalizde birbirleriyle konuşan sistemler: Değerlendirme çalışması, 9. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, Sayfa 11-22

Inamdar, Noorein ve Kaplan, Robert S. (2002), Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations, Journal of Healthcare Management, Cilt 47, No. 3, 179-195.

Kaplan, Robert S. ve Norton, David P. (1996), Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System, Harvard Business Review, Cilt Ocak-Şubat, Sayfa 75-85

- Plochg, T. ve Klazinga, N.S. (2002), Community-based integrated care: myth or must?, International Journal for Quality in Health Care, Cilt 14, No. 2, Sayfa 91-101
- Süleymanlar, Gültekin – Altıparmak, Mehmet Rıza – Seyahi, Nurhan – Trabulus, Sinan (2012), Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon - Registry 2012, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara.
- Süleymanlar, Gültekin – Altıparmak, Mehmet Rıza – Seyahi, Nurhan – Trabulus, Sinan (2013), Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon - Registry 2013, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara.
- Shortell, Stephen M. – Bennett, Charles L. – Byck, Gayle R. (1998), Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress, The Milbank Quarterly, Cilt 76, No. 4, Sayfa 593-624
- Tatar, Mehtap (2014), “Özel Hemodiyaliz Merkezleri Maliyet Analizi Çalışması”, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara, Sayfa: 11.
- Türk Standartları Enstitüsü (2007), TS EN ISO 9000, Kalite Yönetim Sistemleri - Temel esaslar, terimler ve tarifler, TSE, Ankara.

Samsun Kamu Hastaneleri Birliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde Laboratuvar Test Kısıtlama Sistemimin Hasta, Çalışan Ve Maliyet Üzerine Etkisi

Metin ÖZDEMİR¹
Ahmet A. İSMAİLOĞU²
Arzu KESKİN GÖKSEL³

Özet

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sisteminde önemli bir süreç başlatılmıştır. Kalite standartlarının geliştirilmesi ile büyük gelişme sağlanan bu sürecin yeni ve önemli bir parçası klinik kalitedir. Bakanlığımızca Kanıta Dayalı Klinik Kalite uygulamaları ve rehberlerinin oluşturulma çalışmaları devam etmektedir. Sağlık Bakanlığının Stratejik Planında Klinik Kalite Hedefleri arasında teşhis ve tedavi hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek, hastanelerde klinik kalite standartlarını iyileştirmek, izlemek ve denetlemek yer almaktadır.

Buradan yola çıkarak amacımız laboratuvar test istem aralıklarının belirlenerek klinik kalite çalışması başlatmak, gereksiz istemlerin önüne geçerek hasta ve çalışan güvenliğinin korunmasına katkı sağlamak ve maliyetleri azaltmaktır.

Genel Sekreterliğimize bağlı sağlık tesislerimizde bilimsel veriler ışığında laboratuvar test istem kısıtlamaları (test istem aralığı ve branş kısıtlaması) belirlenerek standardize edilmiş, uygulanmış ve takibi yapılmıştır.

Uygulama sonucunda tüm sağlık tesislerinde 2012/2013 yılları karşılaştırıldığında hasta sayısında % 8.7 lik artış olmasına rağmen test istem sayısının % 11.3 azaldığı görülmüştür. Test istemlerindeki kısıtlamadan dolayı toplam 565.416 TL. gereksiz ödemenin yapılmadığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak laboratuvar test istem aralıklarının belirlenerek hastane otomasyon sistemi üzerinden uygulanmasının etkin ve verimli bir uygulama olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Test kısıtlama, Klinik kalite, Hasta çalışan güvenliği

¹ Gazi Devlet Hastanesi Tıbbi Mikrobiyoloji, ozdemir_metin@hotmail.com

² Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Tıbbi Hizmetler Başkanı, ahmet.ismailoglu55@gmail.com

³ Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı, arzugoksel55@hotmail.com

Abstract

Within the Program of Transformation in healthcare system an important process has been launched. A new and important part of it which was developed by remarkably improvement at quality standards is clinical quality. An efforts to prepare Proof-based Clinical Quality Implementations and Guides are to be continued by the Ministry of us. Meanwhile to enhance quality and safety of diagnosis-treatment services and to enhance, monitoring and supervision of clinical quality standards in hospitals are appeared among clinical quality aims in Strategic Plan for the Ministry of Health.

In this context, our aims are kick off a clinical standard project with definition of periods for test requests in the hospital laboratory, contribution to protect safety of patient and employee with rejection of unnecessary requests and reducing costs.

In the Health Facilities which are bound to our Secretariat General, the test request periods were defined and standardized due to scientific data and information and had been implemented and followed. As a result of the implementation, it is seen that the yearly request volume decreased 11.3 percent even though the yearly patient volume increased 8.7 percent from 2012 to 2013 in all health facilities. By the limitation policy at test request, it is found that unnecessary payment amount of 565.416,00 TL has been saved.

Finally, it was/is easily visible that an implementation of defining test request periods in laboratory and integration within hospital automation system is quite effective and efficient way.

Key Words: Testing restrictions, clinical quality, patient safety employees

1.Giriş

Laboratuvar tanı testlerinin hastalık tanısı koymada önemli bir yeri vardır. 1920' li yıllarda Folin ve Wu'nun çalışmaları sonucunda geliştirilen ve tanıda kullanılan tek test glukoz iken, günümüzde büyük referans laboratuvarlarında bu sayı 3000 'e kadar çıkmıştır. Birçok klinisyen hasta öyküsü ve muayeneye göre laboratuvar tanı testlerini daha objektif olarak değerlendirmektedir. Bu nedenle laboratuvar testlerinin doğru istenmesi ve yorumlanması, klinisyenin hastalık tanısına karar vermesinde önemli bir etkiye sahiptir. Formsan, hastaneye yatış/çıkış ve reçete yazma klinik kararlarının üçte ikisinin laboratuvar test sonuçları ile verildiğini bildirmiştir. (Formsan, 1996;42:813-816)

Laboratuvar test istekleri; Tanı amaçlı, hasta izleminde, tarama amaçlı ve araştırma amaçlı yapılmaktadır. Klinisyenlerin laboratuvar test istemlerinde bazı durumları göz önünde bulundurulmaları gerekmektedir. Test yalnızca hastalığın yönetimini

etkileyecekse yapılmalıdır. Klinisyenin elde etmiş olduğu test öncesi olasılıklar, hastalığın var olduğunu ya da dışlandığını güvenilir bir şekilde gösteriyorsa daha fazla test yapmak yersiz bir girişim olacaktır. Biyokimyasal parametrelerin belirli bir yan ömrü olduğu bilimsel bir gerçek olup bu süreden önce testlerin tekrarlanması hastalığın takibi açısından fayda sağlamayacağı gibi ülke ekonomisine de ek yük getirecektir. (Erbil, 2007)

Pek çok çalışma gereksiz test isteminin %25-40 arasında olduğunu göstermiştir. Tüm dünyada hasta sayısı her yıl ortalama %2, test sayısı her yıl ortalama %10 artmaktadır. (Blendon RJ, 2002;347:1933-40.)

Tüm dünyada laboratuvar testlerinin sağlık sistemine getirdiği mali yük, yaklaşık olarak sağlığa ayrılan bütçenin %4-11'ini kapsamaktadır ve gün geçtikçe artış göstermektedir.

Test artışının nedenleri arasında klinisyenlerin kendilerini garantiye alma duygusu, hasta yaklaşımları, laboratuvar testlerinin nispeten ucuz ve kolay ulaşılabilir oluşu ve bilgi eksikliği sayılabilir.

Hickner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada test isteği hataları % 12.9 bulunurken değişik çalışmalarda farklı merkezlerde % 4-28 oranında test isteği hataları gözlenmiştir.(Hickner J, 2008;17:194-200)

Ege Üniversitesinde yapılan bir çalışmada Viroloji-Seroloji laboratuvarına 20 iş günü içinde gelen toplam 2000 laboratuvar test istemi üzerinden yapılan çalışmanın ilk döneminde gereksiz test isteği oranı % 7,7 iken ikinci döneminde ise % 6,4 yani ortalama oran % 7.1 olarak tespit edilmiştir.(Gökmen ve Zeytinoğlu, 2009-2010)

Komisyon çalışmaları sonucu test istemlerinde bilinç eksikliği nedeniyle sekreteryelerinde otomasyon sistemi üzerinden gereksiz istem yaptıkları tespit edilmiştir.

Günümüzde kanıta dayalı klinikte kalite uygulama çalışmaları hızla devam etmektedir.Klinik kalite çalışmaları, klinisyenlere yönelik farkındalık eğitimleri, klinik karar verme rehberlerinin oluşturularak farkındalığın artırılması, çalışma alanında kontrol mekanizmalarının oluşturulması gibi çalışmalar bu yönde faydalı olacak çalışmalardır.

2. Uygulama

2.1.Uygulamanın Amacı:

Uygulamamız laboratuvar test istem aralıklarının bilimsel verilere dayanarak belirlenmesi ve sağlık tesislerimizde uygulaması çalışmasıdır. Amacı ise,

- Klinik kalite çalışmalarına katkı sağlamak
- Gereksiz test istemlerinin önüne geçilmesi
- Branş kısıtlaması ile ilgili hekim konsültasyonun istenmesi sağlanarak doğru branşta hasta muayenesinin sağlanması
- Klinik, poliklinik ve laboratuvarlarda iş yükünün azaltılması
- Laboratuvarlarda iş yükünün sürekli atması nedeniyel olamsı olması muhtemel hataların önüne geçilebilmesi (Önleyici Faaliyet)
- Hasta güvenliğinin korunmasına katkı sağlaması
- Çalışan güvenliği ve memnuniyetinin artmasına katkı sağlaması
- Test maliyetlerinin azaltılması
- Daha etkin ve kaliteli hizmet sunumuna katkı sağlamasıdır.

2.2.Uygulamanın Sağlıkta Kalite Standartları İle İlişkisi

Laboratuvar test istem aralıklarının belirlenilerek sağlık tesislerimizde uygulanması çalışmasının tek bir kalite standardı maddesinin altına toplanması mümkün olmamakla birlikte sağlıkta kalite standartlarının olmazsa olmazı iki parametreyi içermektedir. Bu parametreler çalışan ve hasta güvenliğidir. Yapılan bu çalışma ile çalışan ve hasta güvenliğinin artmasına katkı sağlanacağı gibi önleyici faaliyetleri de içinde barındırmaktadır.

2.3.Uygulamanın Süreci

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı bünyesinde kurulan Laboratuvar Hizmetleri Analiz Komisyonu kurulmuştur. Komisyon üyelerimiz bir çok branş hekimini içine alan 9 kişiden oluşmaktadır.

Laboratuvar Hizmetleri Analiz Komisyonunun 29.11.2012 tarihinde yaptığı toplantı kararı ile standartları olan testlerin, laboratuvarlardan İstenme aralıklarının ve branş kısıtlamalarının belirlenerek test kısıtlama sisteminin organizasyonun karar vermiştir. Komisyon test kısıtlamalarının belirlenebilmesi için bir çok çalışma yapmıştır.

Biyokimyasal parametrelerin test istem aralıkları için T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri Daire Başkanlığı sayfasında yer alan (saglik.gov.tr/laboratuvar, 2014) doküman esas alınarak ve kurum içinde klinik uzman hekimlere bir anket yapılarak istem aralıkları laboratuvar hizmetleri analiz komisyonunda tekrar değerlendirilmiştir.

ELISA test istemlerinde bir düzensizlik ve aşırılık söz konusu olduğu, test

istem aralıkları serokonversiyon için uygun olmadığı tespit edilmiştir. (Murray, 2007: 1430, 1444, 1652). ELISA parametreleri istem aralıkları düzenlenirken serokonversiyon süreleri için literatür taranmıştır. (Murray, 2007: 1430, 1444, 1652, ve Tabak, 2007:62, 124, 228).

Cerrahi branşlardan gelen yoğun ve yanlış pre-op hazırlığı için OMÜ Tıp Fakültesi ve Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinden görüş alınarak kısıtlamaya gidilmiştir.

Tablo 1. Testlerin İstenme Aralığı

Test Adı	İstenme Aralığı
Total kolesterol,Trigliserid,HDL-Kolesterol	7 gün
Demir, Demir bağlama	14 gün
HBA1C	60 gün
Ferritin, Vitamin B12, Folat	14 gün
TSH, FT4, FT3, AntiTroglobulin, Anti-TPO	7 gün
FSH,LH, Estradiol, Progesteron, Prolaktin, Total testesteron, Sex haormon bağlayıcı globulin	14 gün
PSA, Serbest PSA	14 gün
Tümör markırları	28 gün
Eliza testi	14 gün
IgE	28 gün
RF	28 gün
Sedimentasyon	5 gün
Kan kültürü	3 tüp/gün
Diğer kültürler	günde 1
Büyüme hormonu, aldosteron, protein elektrofarezi, renin, parathormon	28 gün
HBV DNA, HCV RNA	3 ay
Brucella latex	14 gün

Salmonella grup agl.	14 gün
Spermogram	7 gün
Otoimmün testler	365 gün
Delta antikor	30 gün
Spesifik IgE ler	365 gün

Yapılan çalışmalar sonucunda test kısıtlamaları belirlenerek tüm sağlık tesislerimize duyurulmuş ve Hastane Bilgi Yönetimi Sistemi(HBYS)/ hastane otomasyonları aracılığı ile sistem üzerinden kısıtlamaya gidilmiştir.Kısıtlama tüm sağlık tesislerimizde aynı anda uygulamaya konulmuştur.(Aralık 2012)

Tablo 2. Testleri İsteyebilecek Branşlar

Test Adı	İsteyebilecek Branşlar
Anti HAV IgM-G,Anti HBc IgM-G	Dahiliye-Çocuk Hastalıkları-İntaniye-Gastroenteroloji
Kolesterol paneli	Dahiliye- Cildiye- Kardiyoloji-KBB, Noroloji-NRŞ- Üroloji-Çocuk Hastalıkları
CK-MB	Dahiliye-Çocuk Hastalıkları-Kardiyoloji-Kalp Damar Cerrahi-Göğüs Hastalıkları-Göğüs Cerrahi-Genel Cerrahi
Asis Fosfataz	Ortopedi-Fizik Tedavi-Üroloji-Dahiliye-Genel Cerrahi
Demir-Demir Bağlama-Ferritin	Dahiliye- Genel Cerrahi- Çocuk Hastalıkları-Cildiye- FTR- KBB
Fosfor	Dahiliye- Genel Cerrahi- Çocuk Hastalıkları-Ortopedi-FTR
PSA, Serbest PSA	Üroloji-Dahiliye-Genel Cerrahi
Anti TPO, Anti Troglobin Antikor	Dahiliye-Genel Cerrahi- Çocuk Hastalıkları-KBB
Vitamin B12-Folat	Dahiliye-Genel Cerrahi- Çocuk Hastalıkları-KBB-Noroloji-NRŞ-Cildiye-FTR
Magnezyum	Dahiliye-Noroloji- NRŞ-Çocuk Hastalıkları-Kardiyoloji-Ortopedi-Üroloji

Ürik asit	Dahiliye-Genel Cerrahi-Ortopedi-FTR-roloji-Kardiyoloji-Cildiye
Hb A1C	Dahiliye-ocuk-roloji-Gz
İnsulin	Dahiliye-ocuk
<i>Not: Yoğun Bakım,ağrı polikliniği, yanık nitesi ve dahiliye yan dalları dahiliye branşı olarak değerlendirilecektir.</i>	

Resim 1-2-3-4 Laboratuvar Hizmetleri Analiz Komisyonu alışma Görüntüleri





2.4.Uygulamanın Yapılışı Bölümler

Laboratuvar testlerin istenme aralığı ile ilgili çalışma Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı 1 Eğitim Araştırma Hastanesi, 4 dal hastanesi, 1 merkez, 12 ilçe devlet hastanesi 18 sağlık tesisimizi kapsamaktadır.

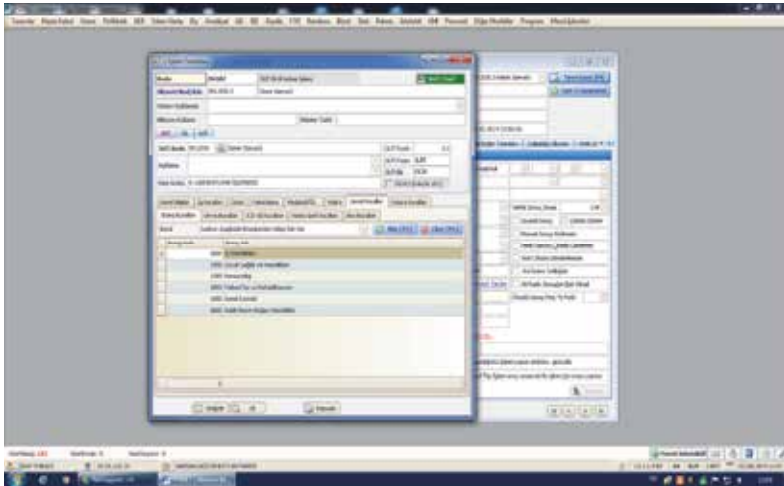
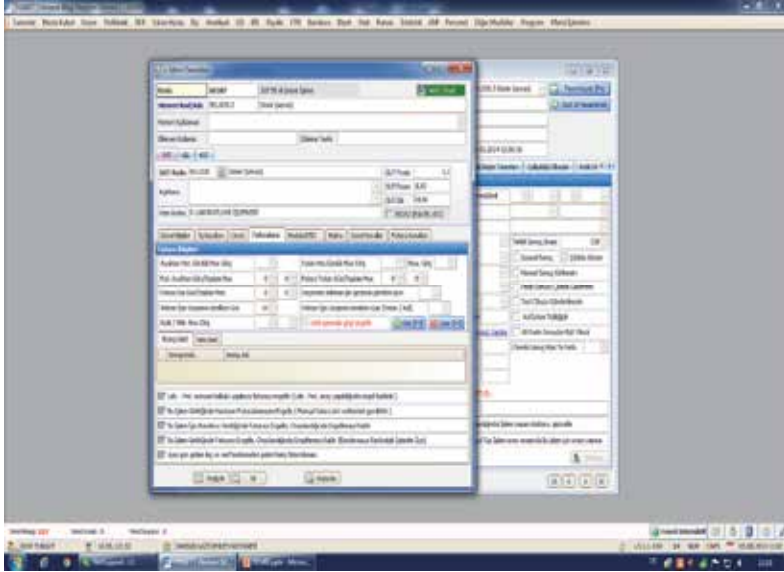
2.5.Uygulamanın Takibi

Çalışmanın sağlık tesislerinde uygulanmaya başlamasıyla birlikte hastane sekreterleri eğitime alınmıştır.

Uygulamaya başladıktan yedi ay sonra (Temmuz 2013) en sık istem yapılan ve birim fiyatları fazla olan 16 adet test üzerinden Laboratuvar Hizmetleri Analiz

Komisyonu tarafından incelenerek analiz edilmiştir. İlk yedi aylık veriler test istenme aralıklarının otomasyon üzerinden sistemli olarak işlediğini ve test sayılarında azalma olduğunu göstermiştir. Ocak 2014 tarihiyle yıllık tüm veriler toplanarak analizi yapılmıştır.

Resim 5-6-7-8-9 HBYS Test Kısıtlama Sistemi



The screenshot shows a Windows XP desktop with a VMware Workstation application open. The virtual machine 'Ubuntu 10.04 LTS (64-bit)' is selected and its power state is 'Powered Off'. The hardware configuration tab is active, showing 2 GB of RAM and a single hard disk. The VMware interface includes a menu bar, a toolbar, and a status bar at the bottom.

Tablo 3. Değerlendirilen Testler ve İstenme Aralıkları

Test Adı	Test İstenme Aralığı	Test Adı	Test İstenme Aralığı
Glikolize hemoglobin (Hb A1C)	60 gün- Branş kıs.	Ürik Asit	Branş kısıtlaması
CK-MB	Branş kısıtlaması	Fosfor (P)	Branş kısıtlaması
Prostat Spesifik antijen (PSA)	14 gün	Anti HAV IgG	Branş kısıtlaması
PSA (Serbest)	14 gün -Branş kıs.	Anti HAV IgM	Branş kısıtlaması
Kolestrerol	7 gün- Branş kıs	Anti Hbc IgG	Branş kısıtlaması
Trigliserid	7 gün	Anti Hbc IgM	Branş kısıtlaması
Vitamin B12	14 gün	Anti Hbe	Branş kısıtlaması
Magnezyum	Branş kısıtlaması	HBeAg	Branş kısıtlaması

2.6. Elde Edilen Sonuçlar

Değerlendirme çalışması belirlenmiş 16 adet test üzerinden yapılmıştır. Bu testler en sık istem yapılan ve maliyeti yüksek testler arasından seçilmiştir.

2012 yılında Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerine Başvuran Toplam Hasta Sayısı 5.214.077 iken, 2013 yılında Kamu Hastaneleri

Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerine Başvuran Toplam Hasta Sayısı 5.665.593 dür. Bir yılda hasta başvuru sayısında 451.516 artış görülmüştür.

2012 yılına oranla 2013 yılında sağlık tesislerimize başvuran hasta sayısında %8.7 lik bir artış tespit edilmiştir. 2012 yılında Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde İstenen Test Sayısı Toplamı 1.454.220 iken, 2013 yılında Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerine İstenen Test Sayısı Toplamı 1.288.926 dır.Bir yılda test istem sayısında 165.294 azalma görülmüştür.

2012 yılına oranla 2013 yılında sağlık tesislerimizde test istem sayılarında % 11.3 lük bir azalma tespit edilmiştir.Hesaplama 16 parametrenin toplamı üzerinden yapılmıştır.

Uygulama sonucunda tüm sağlık tesislerinde 2012/2013 yılları karşılaştırıldığında hasta sayısında % 8.7 lik artış olmasına rağmen test istem sayısının % 11.3 azaldığı görülmüştür.

Tablo 4. Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerine Başvuran Toplam Hasta Sayıları (2012-2013)

Hastane Adı	Hasta Sayısı Toplamı (2012)	Hasta Sayısı Toplamı (2013)	Hasta Sayısı Farkı (2012/2013)	Hasta Sayısı Farkı % (2012/2013)
Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	768.636	858.527	89.891	11,6
Merkez Devlet Hastanesi (1)	1.011.877	1.113.926	102.049	10
Dal Hastaneleri (4)	862.266	892.669	30.403	3,5
İlçe Devlet Hastaneleri (12)	2.571.298	2.800.471	229.173	8,9
Toplam (18)	5.214.077	5.665.593	451.516	8,7

Tablo 5. Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde Çalışılan Test Sayılarının Dağılımı (2012-2013)

Hastane Adı	İstenen Test Sayısı Toplamı (2012)	İstenen Test Sayısı Toplamı (2013)	İstenen Test Sayısı Farkı (2012/2013)	İstenen Test Sayısı Farkı % (2012/2013)
Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	466.922	413.077	- 53.845	- 12
Merkez Devlet Hastanesi (1)	336.839	296.365	- 40.474	-13
Dal Hastaneleri (4)	131.942	132.493	551	0.4
İlçe Devlet Hastaneleri (12)	518.517	446.991	71.526	- 14
Toplam (18)	1.454.220	1.288.926	- 165.294	- 11.3

Not:Değerlendirilen 16 test üzerinden toplam sayılar alınarak hesaplanmıştır.

Dal hastanelerimizde test istem sayılarında %0.4 bir artış tespit edilmiştir.Dal hastanelerinin özellikli hastaneler olduğu ve %3.5 oranında hasta sayısında artış olduğu göz önüne alındığında bu değerin anlamlı olmadığı düşünülmüştür.

Tablo 6. Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde Çalışılan Test Sayılarının Dağılımı (2012-2013)

TEST ADI	İstenen Test Sayısı Toplamı (2012)	İstenen Test Sayısı Toplamı (2013)	İstenen Test Sayısı Farkı 2012/2013)	İstenen Test Sayısı Farkı % (2012/2013)
Glikolize hemoglobin (HbA1C)	15128	14347	-781	-5,2
CK-MB	76836	71855	-4981	-6,5
Prostat Spesifik antijen (PSA)	6201	6806	605	9,8
PSA (Serbest)	5453	5147	-306	-5,6

Kolestrerol	96416	81763	-14653	-15,2
Trigliserid	100444	8719	-13251	-13,2
Vitamin B12	24836	24212	-624	-2,5
Magnezyum	648	543	-105	-16,2
Ürik Asit	74609	60895	-13714	-18,4
Fosfor (P)	62807	57023	-5784	-9,2
Anti HAV IgG	364	784	420	115,4
Anti HAV IgM	243	306	63	25,9
Anti Hbc IgG	329	295	-34	-10,3
Anti Hbc IgM	323	238	-85	-26,3
Anti Hbe	1080	786	-294	-27,2
HBeAg	1205	884	-321	-26,6

Komisyon, Anti HAV IgG, Anti HAV IgM,, PSA testlerinin istem sayısında olan artışın nedeni olarak hekim portföyünün değişikliğe uğraması ve yan dal uzmanlıklarının sağlık tesislerimizde artmasından kaynaklı olduğuna karar vermiştir.

Tablo 7. Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde Çalışılan Testlerin Maliyet Karşılaştırılması (2012-2013)

Hastane Adı	İstenen Test Sayısı Farkı TL (2012/2013)
Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	104.835
Merkez Devlet Hastanesi (1)	133.810
Dal Hastaneleri (4)	21.494
İlçe Devlet Hastaneleri (12)	305.277
Toplam (18)	565.416
Not: Her bir testin belirlenmiş birim fiyatı alınarak toplam 16 test üzerinden hesaplanmıştır.	

Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde 2012/2013 yılları karşılaştırıldığında test istemlerindeki kısıtlamadan dolayı toplam 565.416 TL. gereksiz ödeme yapılmadığı tespit edilmiştir.

2.7. Uygulamadan Öğrenilen Dersler

Uygulamanın sonucunda test istemlerinin tüm sağlık tesislerinde yıllık olarak hasta sayısında %8.7 lik bir artış olmasına rağmen %11.4 azaldığı net olarak görülmüştür. Bilimsel verilere dayandırılarak hazırlanan test istem aralıklarının gereksiz test istemlerinin önüne geçtiği açıktır. Ayrıca test istemlerinin HBYS/ otomasyon üzerinden kısıtlamaya gidilmesinin etkin ve sistematik bir yöntem olduğu tespit edilmiştir.

Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde 2012/2013 yılları karşılaştırıldığında test istemlerindeki kısıtlamadan dolayı toplam 565.416 TL. gereksiz ödeme yapılmadığı tespit edilmiştir.

Branş kısıtlaması ile ilgili hekim konsültasyonun istenmesi sağlanarak doğru branşta hasta muayenesi sağlanmıştır.

Test kısıtlama sistemiyle test istemlerinin azalması iş yükünün azalmasına (gereksiz) bununda kan alma/testlerin çalışılması ve yorumlama kısımlarında oluşması muhtemel hataların aza indirgenmesine, iş kazalarının azalmasına ve çalışan güvenliğinin artmasına faydalı olacağı gibi çalışan memnuniyetinin sağlanmasına da katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Test istem sayılarının artması aynı zamanda oluşması muhtemel ve hasta güvenliğini tehdit edecek unsurların, yalnız hasta, yalnız kan alımı, hastanın kan alma sonrası oluşabilecek enfeksiyon risklerinde azalmasına neden olacaktır.

2.8. Kurum ve Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

Bu uygulama tüm sağlık tesislerinde mevcut otomasyon sistemleri üzerinden uygulanabilir.

2.9. Sağlık Bakım Hizmetleri Üzerine Etkileri

- Klinik kalite çalışmalarına ve ilgili rehberlerin oluşmasına katkı sağlayacak
- Branş kısıtlaması ile ilgili hekim konsültasyonun istenmesi sağlanarak doğru branşta hasta muayenesi sağlanacak,
- Uygulamanın gerçekleştirildiği sağlık tesislerinde gereksiz tetkik istenmesi konusunda klinisyen hekimlerin bilinçlenmesine katkı sağlayacak,
- Çalışan iş yükünün gereksiz yere artması engellendiği için hasta ve çalışan güvenliğine katkı sağlayacak,
- Daha etkin ve kaliteli hizmet sunumuna katkı sağlayacaktır.

2.10. Uygulamanın Bütçesi ve Finansmanı

Bu uygulama sağlık tesislerinde mevcutta bulunan hastane otomasyon sistemleri ile çalışılarak gerçekleştirildiği için herhangi ek maliyeti yoktur.

Kaynaklar

Forman RW. Why is the laboratory afterthought for managed care organizations? Clin Chem 1996;42:813-816.

Prof.Dr. M.Kemal ERBİL(2007), Laboratuvar Testleri ve Klinik Kullanımı, Ankara

Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med 2002;347:1933-40.

Hickner J, Graham DG, Elder NC, et al. Testing process errors and their harms and consequences reported from family medicine practices: A study of the American Academy of Family physicians National Research Network. Qual Saf Health Care 2008;17:194-200.

Aksoy Gökmen, A., and A. Zeytinoğlu (2007) Klinik viroloji-seroloji laboratuvarından istenilen gereksiz testlerin değerlendirilmesi

Murray, Baron, Jorgensen, Landry, Pfaller (2007), Manual of Clinical Microbiology-9. edit. ASM pres Washington, D.C.pp.1430, 1444, 1652,

Tabak, Balık, Tekeli Viral Hepatit 2007 (2007), Viral Hepatit ile Savaşım Derneği, İstanbul, sayfa. 62, 124, 228

<http://www.saglik.gov.tr/laboratuvar/dosya/1-82928/h/laboratuvartestleri.pdf>, (09.07.2014)

Multidisipliner Yaklaşım Gerektiren Ve Yatış Endikasyonu Bulunan Hastaların Acil Servis Müşahede Kalış Sürelerinin Kısaltılması

Hayrettin DİZEN¹
Fusun GÖNEN DEDE²
Davut KAPLAN³
Müge GÜLEN⁴
Özlem AYDIN⁵

Özet

Bu çalışmada acil servise başvuran, multidisipliner yaklaşım ve takip gerektiren hastaların mümkün olan en kısa sürede uygun kliniğe yatışının sağlanması ve diğer kliniklerin takibinin hastanın yattığı serviste yapılması amaçlanmıştır. Bu amaçla bir “Acil Servis Müşahede Komisyonu” kurulmuştur. Yaşanan problemlerin gündeme getirildiği komisyon toplantılarında Acil Tıp Uzman’ları tarafından örnek vakalar sunularak görüş alışverişinde bulunulmuştur. Çözüm önerileri toplantı kararlarına yazılmıştır. Gereken durumlarda hastane yönetimi tarafından yazılı olarak ilgililere duyurulmuştur.

Acil Servis Müşahede Komisyonu, ekim ayı sonunda kurulmuş, kasım, aralık, şubat ve mayıs aylarında toplanmıştır. 01 Ekim- 30 Haziran arasındaki dönemde acil servise başvuran hastalar incelenmiş ve yatış endikasyonu bulunan, en az üç klinikten konsültasyon istenen, müşahede süresi 4 saati aşan, çoklu problemlili hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Acil Tıp Uzmanı, gerekli gördüğü durumda multidisipliner yaklaşım ve takip gerektiren hastayı, uygun gördüğü kliniğe yatırma yetkisine sahiptir. Ancak yatış kararını, ilgili kliniğin icapçı/nöbetçi uzmanının vermesi mesleki saygı ve etik kurallar çerçevesinde daha uygundur.

Acil Servis Müşahede Komisyonu, problemlili vakaların komisyon toplantısında

1 Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Op. Dr./Başhekim, hayrettindizen@gmail.com, 05052263643

2 Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Dr./Başhekim Yard./Kal. Yön. Direktörü, fusun@gmail.com, 05370239521

3 Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Uzm. Dr./Acil Tıp Uzmanı/Acil Servis, davkap21@hotmail.com, 05304550401

4 Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Uzm. Dr./Acil Tıp Uzmanı/Acil Servis,

5 Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Biyolog Dr./Kal. Yön. Birimi, ozlem.aydn@gmail.com, 05305671628

görüülerek branşlar arasında hastaya bilimsel yaklaşımı ve konsültan hekimlere hasta sorumluluğundan kaçınma konusunda empati kurma imkanını sağlamaktadır. Ayrıca yönetim tarafından problemlerin çözümüne yönelik istek ve iradeyi ortaya koymaktadır.

Problemli vakaların uygulama periyodunda gittikçe azalması, komisyon çalışmasının etkinliğinin göstergesi kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Konsültasyon, Müşahede Süresi

Abstract

In this study, was aimed hospitalization as soon as possible to available clinic of the emergency room patients that requiring multidisciplinary approach and others clinical monitoring of the patient to be done in the hospitalized clinic of the patient. For this purpose, an “Emergency Room Observation Commission” was established.

At the commission meetings that was bring up of the problems, the sample cases are presented by the emergency medicine clinician and made an exchange of views. Solutions were written decisions of the meeting. In case of necessity, has been announced to the persons concerned in writing by hospital management. Emergency Room Observation Commission was established in late October and was collected in November, December, February and May. It was examined the patients to the emergency room in the period between 01 October- 31 December and was included the patients have the indication for hospitalization, at least three of the clinic consultation requested, observation period exceed 4 hours with multiple problem.

If the required, the emergency medicine clinician has authorized to hospitalization of available clinic to the multidisciplinary approach and follows requiring patient. However, to give the decision of the hospitalization by on call/duty clinician of the related clinic is more suitable within the framework of professional respect and ethics.

Emergency Department Observation Commission provides the scientific approach to the patient between branches through problematic cases are discussing at the meetings of the commission and empathy possibility about patient responsibility avoidance. Also this commission will power for the solution of problems by management and will reveal.

The reduction of problematic cases in the application period may be an indicator of the active working of the Commission.

Key Words: Emergency Room, Consultation, Observation Period

1. Giriş

Acil Tıp hizmeti, hastanın sorununun hızlı ve doğru çözümüne yönelik kararların alınması ve uygulanmasını gerektiren bir hizmettir. Hasta çeşitliliği açısından geniş bir yelpazeye sahip olan Acil Servisler, birçok farklı hastalık grubunun aynı anda görülebileceği yerlerdir ve çok kısa aralıklarla çok farklı ön tanıların ekarte edilmesi gerekebilir. Bu durum hem Acil Servis hekimlerinin daima aynı dikkati göstermesini gerektirir, hem de Acil Servis'e çağrılan konsültan hekimlerin katkısını gerektirebilir (Karakaya vd., 2009:211, Aydın vd., 2010: 165).

Uzmanlık alanlarının sayısındaki artış, her dalda özel tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi birden fazla hastalığı olan hastalarda, ilgili uzmanların birlikte çalışmasını kaçınılmaz kılmaktadır (, tkd-online.org, 2014). Kelime anlamı olarak, “danışım”, “danışmanlık” anlamına gelen konsültasyon, hastadan birinci derecede sorumlu hekimin, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim olduğuna karar vermesi ya da hastanın isteği üzerine ilgili alanın uzmanından bilimsel açıdan yardım/danışmanlık alması olarak tanımlanır (Karakaya vd., 2009:211, tkd-online.org, 2014). Konsültan hekim, hastanın ikincil hekimidir ve hastayı sahiplenmesi, önerdiği tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasını ve sonuçlarını izlemesi ve hastanın birincil hekimi ile sürekli iletişim içinde olması gerekir. Konsültan hekim acil servise gelerek hastayı değerlendirir, görüşlerini yazılı olarak bildirir, gerektiğinde alanıyla ilgili girişimde bulunur (Karakaya vd., 2009:211).

Laboratuvar ve görüntüleme incelemeleri, yatış ya da taburculuk işlemleri ile konsültasyon istemleri hastaların acil serviste bekleme süresini etkilemektedir (Karakaya vd., 2009:211). Bekleme süresinin uzaması acil servislerde hastaların en önemli memnuniyetsizlik sebeplerinden birisidir. Hasta bekleme sürelerindeki artış, hasta bakım kalitesindeki düşmenin yanında, güvenlik sorunları ve çalışma verimindeki düşmeyi de beraberinde getirmektedir (Karakaya vd., 2009:211).

Karakaya vd., özellikle yatış gerektiren hastaların acil serviste uzun süre kalmalarının acil servis yoğunluğunu arttırdığını bildirilmişlerdir (Karakaya vd., 2009:211).

2. Uygulamanın Amacı

Bu çalışmayla acil serviste multidisipliner yaklaşım ve takip gerektiren hastaların mümkün olan en kısa sürede uygun kliniğe yatış kararının hızlandırılması ve müşahade kalış sürelerinin kısaltılması ve dolayısıyla hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmıştır.

3. Uygulamanın Sağlıkta Kalite Standartları İle İlişkisi

Sağlıkta Kalite Standartları rehberinin İndikatör Yönetimi, Kalite İndikatörleri bölümünde “Müşahede odasında yatan hastaların kalış süreleri izlenmelidir” standardı ile ilgili olarak acil servise başvuran hastaların müşahede kalış süreleri izlenmektedir. Bununla beraber yatış endikasyonu olan multi-problemlı vakaların yatış kararının, hasta güvenliğini de düşünerek hızlandırılması, müşahede sürelerinin kısaltılması ile ilgili spesifik bir çalışmadır.

4. Uygulama Süreci

Acil servise başvuran, yatış endikasyonu bulunan, çoklu problemlı hastaların hangi klinik tarafından yatırılacağı kararı, acil tıp uzmanının diğer branşlardan istediğı konsültasyonların sonuçlanmasına rağmen gecikmekteydi. Bu problemin çözülmesi konusunda acil tıp uzmanları ile hastane yönetimi arasında yapılan fikir alışverişı sonrasında bir komisyon kurulmasının ve bu komisyona en çok konsültasyon istenen branşlardan birer hekimin üye olarak katılmasının yararlı olacağına karar verildi. Acil tıp uzmanlarının en çok sıkıntı yaşadıkları vaka örneklerini bu komisyon toplantılarında sunmaları, üyeler tarafından konunun tartışılması ve çözüm önerileri oluşturulması planlandı.

“Acil Servis Müşahede Komisyonu” kurulması kararı 25 Ekim 2013 tarihinde alındı ve karar iç tamim halinde yayınlanarak tüm hekimlere duyuruldu. Komisyon başkanlığını Başhekim’in yaptığı “Acil Servis Müşahede Komisyonu” nun üyeleri, Acil Tıp, Dahiliye, Genel Cerrahi, Enfeksiyon Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji ve Nöroloji branşlarından birer uzmandan oluşmaktaydı.

İlk toplantıda örnek vaka olarak sunulacak hastalar komisyon kurulması öncesini kapsadığı için çalışmaya, 1 Ekim- 30 Haziran arasındaki dönemde acil servise başvuran hastalardan yatış endikasyonu bulunan, en az üç klinikten konsültasyon istenen, müşahede süresi 4 saati aşan, çoklu problemlı hastalar dahil edilmiştir. Ayrıca, 1 Ekim- 30 Haziran arasındaki döneme ait, acil servise toplam başvuran hasta sayısı, müşahedeye alınan hasta sayısı, acilden yatışı yapılan hasta sayısı, acilden yatışı yapılan hastalarda müşahedeye alınan hasta sayısı ve müşahedeye alınan hastalarda yatış oranları, üçer aylık üç dönem halinde hesaplanmıştır.

İlk toplantısını 1 Kasım’da yapan komisyonda, üyeler ile tanışıldıktan sonra Acil Tıp Uzmanı tarafından iki vaka sunumu yapıldı. Yaşanan sıkıntılar ve çözüm önerileri konuşuldu. 13 Kasım’da yapılan ikinci toplantıda üç vaka sunumu yapıldı. Toplantıda, vakayla ilgili problem yaşanan uzman hekimlerin, komisyon toplantılarına çağırılarak görüşlerinin alınmasına karar verildi. Dahiliye branşından gelen teklifle, konsültasyon sürecinde aksamaya neden olmaması

için, Dahiliye Uzmanları'nın nöbetçi oldukları günlerde MHRS randevularının kapatılmasına karar verildi.

Aralık ayında yapılan ve örnek üç vakanın sunulduğu toplantıda, aynı hastayı konsülte eden hekimlerin hasta hakkında ortak değerlendirme yapmalarının daha uygun olacağına karar verildi. Ayrıca komisyon toplantılarının ana konusundan farklı olarak, sıklıkla sorun yaşanan zehirlenme vakalarını hangi kliniğin yatırarak takip edeceği konusu ele alınmış ve yoğun bakım ihtiyacı olan zehirlenme vakalarının Anestezi ve Reanimasyon, yoğun bakım ihtiyacı olmayan zehirlenme vakalarının Dahiliye branşı tarafından takip edilmesine karar verilmiştir.

Şubat ayında yapılan toplantıda; aralık ayı sonunda ve ocak ayında yaşanan vakalardan üç örnek ele alınmıştır. Zehirlenme vakaları ile ilgili sorunun devam ettiği gündeme getirilmiş ve Acil Tıp Uzmanı Sorumlu Hekimi'nin 22 Ocak tarihli "Uygunsuzluk" bildirimi kapsamında bu konuyla ilgili başhekimliğin bir iç tamim hazırladığı komisyon üyelerine duyurulmuştur. İcapçı hekimlerin yatış kararının uzadığı durumlarda Acil Tıp Uzmanları'nın yönetmelikteki yetkilerini kullanarak ilgili hastayı uygun kliniğe yatırabilecekleri yönünde komisyon kararı alınmış ve tüm klinisyenlere tebliğ edilmesine karar verilmiştir.

Mayıs ayında yapılan komisyon toplantısında, sunulan vaka örneklerinde konsültan hekimin ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastayı üçüncü basamak sağlık kurumuna sevk etmek istemesi ancak yatak problemi vb. nedenlerle üçüncü basamak kurumun olumsuz yanıt vermesinin, acil serviste müşahade süresini uzatan bir diğer etken olduğu konusunda görüş birliğine varılmıştır.

Parametrik veriler, yüzde (%) ve ortalama±standart sapma (ort±SS) olarak verilmiştir.

5. Uygulamanın Yapıldığı Bölümler

Bu uygulama hastanemizin Acil Servisi'nde ve Acil Tıp Uzmanları ile koordinasyon içerisinde yürütülmüştür. Komisyon toplantıları, Kalite Yönetim Birimi'nde komisyon üyeleri ve Kalite Yönetim Direktörü'nün katılımıyla yapılmıştır. Bazı toplantılara, problem yaşanan vakaların konsültan hekimleri de görüşlerini almak üzere davet edilmiştir.

6. Uygulamanın Takibi

Uygulama hastanemiz Başhekim'inin sorumluluğunda yürütülmüştür. Kalite Yönetim Birimi ve Acil Tıp Uzmanı Sorumlu Hekimi, örnek vakaların seçimi, toplantıların organizasyonu ve toplantı kararlarının takibini yürütmüşlerdir.

7. Bulgular

1 Ekim- 30 Haziran arasındaki dönemde acil servise başvuran hastalardan yatış endikasyonu bulunan, en az üç klinikten konsültasyon istenen, müşahede süresi 4 saati aşan, çoklu problemlili hastalar, HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) poliklinik modülünden taranmış ve bu kriterlere uyan 18 vakaya ulaşılmıştır. Vakaların aylara göre dağılımı incelendiğinde ekim ayında 6, kasım ayında 1 ve aralık ayında 5 vaka gözlenmiştir. Üçüncü toplantıyla beraber vaka sayısı azalmış, ocak ayında 2, mart ayında 3 ve nisan ayında 1 vaka gözlenmiştir. Şubat, mayıs ve haziran aylarında ise bu kriterlerde vaka olmamıştır. 18 vakaya ait yaş, cinsiyet, acil servise başvuru tarihi, müşahede kalış süresi, ön tanı, konsültasyon istenen branşlar ve yatış yapılan birim bulguları Tablo 1’de verilmiştir. Yaş ortalamasının 66.77 ± 18.82 olduğu 18 vakanın 11’i erkek, 7’si kadındı. Müşahede kalış süresi ortalaması 8.09 ± 4.40 saat olarak hesaplandı. Dahiliye kliniğinin 14 konsültasyon sayısı en fazla konsültasyon istenen birim olduğu gözlemlendi. Bunu kardiyoloji ve nöroloji klinikleri izlemekteydi. Tablo 2, 18 vakanın kliniklere göre konsültasyon istem sayılarını göstermektedir. 1 Ekim- 30 Haziran arasındaki dönem, üçer aylık üç döneme ayrılmış ve bu dönemlere ait, acil servise toplam başvuran hasta sayısı, müşahedeye alınan hasta sayısı, acilden yatışı yapılan hasta sayısı, acilden yatışı yapılan hastalarda müşahedeye alınan hasta sayısı ve müşahedeye alınan hastalarda yatış oranı (%) Tablo 3’de verilmiştir. Tablo 3’teki sayı ve oranlar incelendiğinde ekimden hazirana doğru bir artış olduğu gözlenmektedir.

Tablo 1: 18 vakanın yaş, cinsiyet, acil servise başvuru tarihi, müşahede kalış süresi, ön tanı, konsültasyon istenen ve yatış yapılan birimleri

VAKA NO	YAŞ	CİNSİYET	ACİL BAŞVURU TARİHİ	MÜŞAHEDE SÜRESİ (SAAT)	ÖN TANI	KONSÜLTASYON İSTENEN BİRİM	YATIŞ YAPILAN BİRİM
VAKA 1	81	E	12.10.2013	17	İYE + PRERENAL AZOTEMİ + ALZHEIMER	DAHİLİYE + NÖROLOJİ + ENFEKSİYON HAST.	ENFEKSİYON HAST.
VAKA 2	74	E	13.10.2013	20	PARKINSON + ÜRİNER SİSTEM HAST. + AĞRI	DAHİLİYE + NÖROLOJİ + ENFEKSİYON HAST.	ENFEKSİYON HAST.
VAKA 3	78	E	21.10.2013	5	MULTİ ORGAN YETMEZLİĞİ	DAHİLİYE + GENE. CER. + NEFROLOJİ + ANES. VE REAN.	DAHİLİYE (REAN YB)
VAKA 4	79	E	27.10.2013	6	KBY + DM + KRONİK İSKEMİK KALP HAST. + ATEŞ + AĞRI + SEREBRAL ENFARKT	DAHİLİYE + KARDİYOLOJİ + ENFEKSİYON HAST.	ENFEKSİYON HAST.
VAKA 5	77	E	31.10.2013	5.15	HT + DM + ATEŞ + PNÖMONİ + DELİRYUM, DEMANS ÜZERİNE EKLENEN	DAHİLİYE + KARDİYOLOJİ + GÖĞÜS HAST. + NÖROLOJİ	DAHİLİYE
VAKA 6	83	K	31.10.2013	6.45	KOAH + KRONİK İSKEMİK KALP HAST. + AĞRI + S. ENDOKARD. MI	GÖĞÜS HAST. + KARDİYOLOJİ + DAHİLİYE	KORONER YOĞUN BAKIM
VAKA 7	19	E	10.11.2013	14.35	AĞRI + DEPRESİF DAVRANIŞ BOZUKLUĞU	KARDİYOLOJİ + GÖĞÜS HAST. + PSİKİYATRİ	PSİKİYATRİ
VAKA 8	80	K	04.12.2014	4.5	SVH + AF + HT + DİSAJİ	GÖĞÜS + NÖROLOJİ + KARDİYOLOJİ	NÖROLOJİ
VAKA 9	85	K	11.12.2013	6.15	KABURGA KIRIĞI + GÖĞÜS AĞRISI + HT + DM + ANKSİYETE	DAHİLİYE + GÖĞÜS CERRAHI + KARDİYOLOJİ	DAHİLİYE
VAKA 10	29	K	24.12.2013	4	İLAÇ ALIMI + ANKSİYETE + AĞRI	ANESTEZİ + DAHİLİYE + PSİKİYATRİ	DAHİLİYE (KVC YB)

VAKA 11	76	K	25.12.2013	7	ASTIM + RENAL KOLİK + İNSÜLİN BAĞIMLI DM + KRONİK İSKEMİK KALP HAST. + REFLÜ + HT + ÇARPINTI + AĞRI	KARDİYOLOJİ + DAHİLİYE + NÖROLOJİ	DAHİLİYE
VAKA 12	59	E	25.12.2013	7	KARIN AĞRISI + GASTROENTERİT + KALP YETMEZLİK	KARDİYOLOJİ + GENEL CERRAHİ + ENFEKSİYON HAST.	ENFEKSİYON HAST.
VAKA 13	71	E	11.01.2014	7	GİS KANAMA + ATEROSKLEROTİK KALP HAST. + AĞRI + MYALJİ	KARDİYOLOJİ + GENEL CERRAHİ + DAHİLİYE	DAHİLİYE YB
VAKA 14	42	K	28.01.2014	8	GASTRİT + KOLESTİT + GÖĞÜS AĞRISI + DM + AKUT BATIN	GENEL CERRAHİ + DAHİLİYE + KARDİYOLOJİ	GENEL CERRAHİ
VAKA 15	61	E	09.03.2014	8	DM + HT + BÖBREK TAŞI	KARDİYOLOJİ + GENEL CERRAHİ + DAHİLİYE	DAHİLİYE
VAKA 16	74	E	09.03.2014	6	KOAH + ABY + SİSTİT + DM + HT	GÖĞÜS HAST. + DAHİLİYE + KARDİYOLOJİ	DAHİLİYE
VAKA 17	72	K	25.03.2014	7	ALZHEMER + HT + KBY + AKCİĞERİN DİĞER HAST. + ANEMİ	DAHİLİYE + GÖĞÜS HAST. + NÖROLOJİ	NÖROLOJİ
VAKA 18	62	E	23.04.2014	7	KARACİĞER HAST. + ATEROSKLEROTİK KALP HAST. + AĞRI	KALP-DAM. CER. + KARDİYOLOJİ + ORTOPEDİ	DAHİLİYE YB

Tablo 2: 18 vakaya ait konsültasyon sayılarının kliniklere göre dağılımı

	Dahiliye	Kardiyoloji	Nöroloji	Göğüs Hast.	Genel Cerrahi	Enf. Hast.
Konsültasyon Sayısı	14	13	6	6	5	4
	Anes. ve Rean.	Psikiyatri	Göğüs Cerrahi	Kalp-Dam. Cer.	Ortopedi	Nefroloji
Konsültasyon Sayısı	2	2	1	1	1	1

Tablo 3: 01 Ekim -30 Haziran dönemine ait acile başvuru, müşahede, acilden yatan hasta, yatan hastalarda müşahede sayıları ve müşahedeye alınan hastalarda yatış oranı

	01 Ekim- 31 Aralık 2013	01 Ocak- 31 Mart 2014	01 Nisan- 30 Haziran 2014
Acil Servise toplam başvuru sayısı	52.686	50579	55924
Müşahedeye alınan hasta sayısı	8123	9636	11476
Acilden yatan hasta sayısı	2045	2241	2557
Acilden yatan hastalarda müşahedeye alınan hasta sayısı	746	1066	1324
Müşahedeye alınan hastalarda yatış oranı	% 9,18	% 11,06	% 11,53

8. Tartışma

Acil servise başvuran, yatış endikasyonu bulunan, çoklu problemlili hastaların hangi klinik tarafından yatırılacağı kararı, acil tıp uzmanının diğer branşlardan istediği konsültasyonların sonuçlanmasına rağmen gecikmekteydi. Bu durum, hastanın yoğun bakım ihtiyacı olduğunda tedavisinin gecikmesine sebep olabileceği gibi acil serviste hekimin ve diğer sağlık personelinin bu hasta ile ilgilenmekten diğer hastalara yeterince vakit ayıramamalarına ve hatta iş yüklerinin artmasına da

sebepe olmaktadır. Yatış kararı verilememesi ve müşahade süresinin uzaması, hasta yakınlarının memnuniyetsizliğini de beraberinde getirmektedir.

Bu tür vakalarda yatış kararının hızlandırılması amacıyla kurulan Acil Servis Müşahade Komisyonu, problemli vakaların komisyon toplantısında görüşülmesiyle branşlar arasında hastaya bilimsel yaklaşımı artırmış ve yönetim tarafından problemlerin çözümüne yönelik istek ve iradeye vurgu yapılmasını sağlamıştır. Üstelik branşlar arasında iletişimin artması ve konsültan hekimlerin ortak karar süreci ile acil servisteki müşahade sürelerinin kısaltılmasını sağlamıştır.

Acil Tıp Uzmanı, gerekli gördüğü durumda bu tür, multidisipliner yaklaşım ve takip gerektiren hastayı, uygun gördüğü kliniğe yatırma yetkisine sahiptir. Ancak yatış kararı, ilgili kliniğin icapçı/nöbetçi uzmanı tarafından verildiğinde mesleki saygı ve etik kurallar korunacağından zorunlu kalınmadıkça bu karar acil tıp uzmanınca verilmemektedir.

Uygulama periyodu boyunca gittikçe azalan vaka sayısı, komisyon çalışmasının etkinliğinin göstergesi kabul edilebilir.

9. Uygulamadan Öğrenilen Dersler

Komisyon toplantılarındaki vaka incelemeleri, hem acil hekimlerinin multi-problemli vakalarda yaşadığı sıkıntıların ortaya konulması, hem diğer branşların empati kurması konusunda ortam hazırlaması hem de konsültan branşların işbirliğinin ne kadar önemli olduğunun bir kez daha hatırlanması bakımlarından yararlı olmuştur.

Multidisipliner yaklaşım gerektiren, yatış endikasyonlu hastaların yatış kararının konsültan hekimlerce hızlandırılması, acil servis hekimlerinin üzerinden sorumluluğu alıp iş yükünü azaltarak diğer hastalara daha fazla vakit ayırabilmesini sağlarken hasta güvenliği, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti konularında da yararlı olmuştur.

10. Elde Edilen Sonuçlar

Ekim-aralık döneminde 12 olan vaka sayısı, ocak-mart döneminde 5 ve nisan-haziran döneminde 1 olarak gözlenmiştir.

Vaka sayısının uygulama sürecinde gittikçe azalması, acil servis müşahade komisyonunun kurulmasını takip eden dönemde toplantıların düzenli bir şekilde yapılmasıyla multi-problemli hastaların yatışının hızlandırıldığını göstermektedir. Nisan-haziran döneminde acile başvuran hasta sayısı, müşahadeye alınan hasta sayısı ve acilden yatışı yapılan hasta sayısı önceki dönemlere göre artmıştı. Yine bu

dönemde müşahedeye alınan hastalardaki yatış oranının önceki dönemlere göre daha yüksek olmasına karşın multi-problemlili vaka sayısının azlığı, bu komisyon çalışmasının başarılı olduğuna işaret etmektedir. Dolayısıyla acil servis işleyişi ve hasta bakım kalitesinin arttığı söylenebilir.

11. Kurum Ve Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

Kurumlar, multi-problemlili ve yatış endikasyonu bulunan hastaların yatış kararının hızlandırılarak müşahade sürelerinin kısaltılması ve branşlar arasında iletişimin artırılması için benzer bir komisyon oluşturabilirler.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın oluşturacağı konuyla ilgili bir yönetmelik ile tüm kamu hastanelerinde, hastanemizce oluşturulan komisyon benzeri komisyonların oluşturulması sağlanarak acil servislerde hasta bakım kalitesi üzerine iyileştirmeler sağlanabilir.

12. Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkisi

Acil servislerde tüm hasta-hasta yakınlarının beklentisi bir an önce tedavilerinin yapılması ve yatış kararı verilenlerin, ilgili bölüme hızlıca yatması/yatırılmasıdır. Bu bağlamda acil servis müşahade komisyonunun kurulması ile multi-problemlili hastaların yatışı ve acil serviste kalış sürelerinin kısaltıldığı gözlenmiştir. Böylece hasta/hasta yakını memnuniyetinde artış sağlanacağı da aşıkardır.

13. Uygulamanın Bütçesi Ve Finansmanı

Bu uygulamada herhangi bir mali bütçeye ya da finansman desteğine ihtiyaç olmamıştır.

Kaynaklar

Aydın, Tayfun., Aydın, Şule Akköse., Köksal, Özlem., Özdemir, Fatma., Kulaç, Semih., Bulut, Mehtap (2010) "Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi" JAEM Cit 9, sayfa 163-168.

Karakaya, Zeynep., Gökel, Yüksel., Açıkalın, Ayça., Karakaya, Olcay (2009), "Acil Tıp Ana-bilim Dalı'nda konsültasyon sisteminin işleyişi ve etkinliğinin değerlendirilmesi", Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, Cilt 15, No. 3, sayfa 210-216.

http://www.tkd-online.org/dergi/TKDA_37_70_15_18.pdf, (01.08.2014).

Hasta-Çalışan Elele Engelsiz Hastaneler: Adana Devlet Hastaneleri Uygulaması

Reşan ARLIER¹
 Mehmet ŞAHİN²
 Kemal KİRAZ³
 Tefik DOĞAN⁴
 İsmail GÜNEŞ⁵

Özet

Engelsiz Hastaneler Projesi ile ilimizde engellilerin sağlık hizmeti sunumunda yaşadığı sorunları bütünsel ele alınmıştır. Bu çalışma sağlık hizmetleri sunumunda önce insan felsefesiyle yola çıkarak, hasta ve hasta yakınlarının bakım ve konforunu arttırarak çalışanlarının sağlık sunumu esnasında yaşadığı sorunlara yol gösterici bir rehber olarak hazırlanmıştır.

Sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan sorunların ve çözüm önerileri engelli sivil toplum örgütleri, engelli birey ve ailesi, engelli sağlık çalışanı ve Kamu otoriterleri ile işbirliği yaparak tam ekip çalışması ile hazırlanarak yürütülmektedir. Bu amaçla hazırlanan programın uygulanması sonucu “Engelsiz Hastaneler” yaklaşımı çerçevesinde hastanelerimizde sağlık hizmeti sunulan engelli hasta ve hasta yakınlarının sorunları belirlenmiş, çözüm önerileri geliştirilmiş, hastanelerimizde yaşanan sıkıntıların ortadan kaldırılması ve kaliteli hizmet sunumu amaçlanmıştır.

Bu rehberde ki standartlar ve göstergeler, Türkiye’deki erişilebilirlik standartlarıyla doğrudan ilişkili birbirini tamamlayıcı sistemlerin bir parçası olarak görülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Engelsiz, Hasta Güvenliği, Elele

Abstract

Nondisabled Hospitals Project in health services of people with disabilities in our city with problems holistically addressed. The health services of this work in his

1 Uzman, Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, resann@hotmail.com

2 Endüstri Mühendisi, Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, sahin.mehmet27@gmail.com

3 Uz. Dr. Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, drkemalkiraz@gmail.com

4 Mali Müşavir, Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, tevfikdogan@hotmail.com

5 Yrd. Doç. Dr. Çukurova Üniversitesi İİBF, ismailgunes@gmail.com

presentation before the human patients and their relatives with the philosophy of care and comfort by increasing health workers health problems experienced during the presentation of the guiding is intended as a guide.

In his presentation the health care problems and suggested solutions for the disabled and disability NGOs, parents, persons with disabilities health care worker and by cooperating with the public authority with the full team work was prepared and carried out. As a result of the implementation of the program prepared for this purpose “ Nondisabled Hospitals” approach within the framework of the offered health services in our hospital patients and relatives with disabilities identified problems, propose solutions, developed in our hospital and the

Elimination of living hardship is intended to service delivery.

It's in the book that the standards and indicators, accessibility standards in Turkey is directly related to complementary systems should be seen as a part of.

Key Words: Nondisabled, Patient Safety, Hand-In-Hand

1. Giriş

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 13 maddeden oluşan 3447 nolu bu bildirisinin 1. Maddesinde “Kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendisine yapması gereken işleri. (bedensel ya da: sonradan olma) herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar engelli olarak tanımlanmaktadır. (TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı,2013)

Yeni yaklaşım ile Engelli, “Fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyuşsal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen kişi” olarak tanımlanmaktadır. (Resmi Gazete-03-052013)

Dünya Sağlık Örgütü, özörlölük kavramı hakkında aşğıdaki gibi hastalık sonuçlarına dayanan, sağlık yönüne ağırlık veren bir tanımlama ve sınıflama yapmıştır (Berberoğlu, 2011:1) Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ölkelerde nüfusun %10'unun, gelişmekte olan ölkelerde ise %12'sini engellilerin oluşturduğunu kabul ettiğini belirtmekte. Bu verilere göre dünyada yaklaşık 500 milyon engelli insan bulunduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de yaklaşık 8.5 milyon engelli insan olduğu varsayılmaktadır. (Dünya Sağlık Örgütü, 2011)

Sağlık hakkı, insana verilen en önemli, en temel haktır. Bu hak ırk, cinsiyet, dil, din, mezhep, farkı gözetmeksizin eşit sunulması gereken bir haktır. (Sağlık Bakanlığı, 2010/79)

Kaliteli sağlık hizmetinin ulaşılabilir olması, ihtiyaç duyulduğu zaman ulaşılabilir

olması gereklidir. Bu nedenle sağlık hizmetinde, hizmeti sunan kurumlar ile sağlık hizmetine ihtiyaç duyanlar arasında iletişim önemlidir. İlimiz de sağlık hizmetini halkımıza ulaştıran 12 kamu hastanemizde engelli hastalarımızın ve yakınlarının yaşadığı sorunların engelli hastalarımız ve yakınlarının gözünden tespiti, çözüm öneriler için Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği koordinatörlüğünde, Adana Büyükşehir Kent Konseyi Engelliler Meclisi ortaklığında İlimizde bulunan 80 engelli sivil toplum örgütü, 10 Kamu Kurumu ile birlikte yürütülerek sivil toplum alanında önemli bir işbirliği yapılmıştır.

Çalışmamız 4 bölümden oluşmuştur.

Bölüm 1. Engelli Tanımı , Türleri Ve Türkiye'deki Durum

Bölüm 2. Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Hastanelerde Mevcut Fiziksel Koşulların Değerlendirilmesi

Bölüm 3. Adana Engelsiz Hastane Strateji Belirleme Çalıştayı

Bölüm 4. Engelsiz Hastaneler – Hedefler Faaliyetler Ve Performans Kriterlerinin Belirlenmesi

Engelsiz Hastaneler çalışması ulaşılabilirlik, erişebilirlik ve farkındalık sürecinde özel ihtiyacı olan hastalarımızın hayatın en zor dönemlerinde, sağlık hizmetlerinden hastanelerimizde arzuladıkları düzeyde yararlanmalarını ve hastanelerde sağlıklı bakım kalitesini artırmaya yönelik bir model oluşturulmaya çalışılmıştır.

2. Uygulamanın Amacı

Engelsiz Hastaneler çalışması ile hastanelerimizde özel ihtiyacı olan hastalarımızın sağlık hizmetlerinden arzuladıkları düzeyde yararlanmalarını ve hastanelerde sağlıklı bakım kalitesini artırmaya yönelik bir model oluşturularak hastanelerimizde engelli hasta ve yakınlarının yaşadığı sorunları aşılma çalışılmıştır.

Engelsiz Hastaneler Projesi ile İlimizde sağlık hizmeti sunumunda engellilerin yaşadığı sorunları Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği koordinatörlüğünde engelli hastalarımızın ve yakınlarının yaşadığı sorunların tespiti, çözüm öneriler için Adana Büyükşehir Kent Konseyi Engelliler Meclisi ortaklığında bütünsel bir yaklaşım ile 80 Engelli sivil toplum örgütü, İlimizde bulunan 10 Kamu kuruluşu ile engellilerin yaşadığı sorunlar engelli hasta ve yakınları ile ortaklaşa ele alınmıştır. Bu çalışmanın sağlık hizmetleri sunumunda önce insan felsefesiyle hasta ve hasta yakınlarının bakım ve konforunu arttırarak sağlık çalışanlarının sağlık sunumu esnasında yaşadığı sorunlara yol gösterici bir rehber olması amacıyla hazırlanmıştır.

3. Uygulamanın Sağlıkta Kalite Standartları ile İlişkisi

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetleri, her geçen gün son teknoloji kullanımı, alt yapı gelişimi, insan gücü kapasitesi ve niteliği anlamında gelişmiş batı ülkelerini aratmayacak şekilde hatta birçok alanda da örnek olacak şekilde daha iyisini gerçekleştirme adına, sürekli değişim ve yenilenme sürecinden geçmektedir. Kurumlarımız uyguladığımız “Hizmet Kalite Standartları” (HKS) sistemi “Hasta ve Çalışan Güvenliği”ne odaklanarak sürekli kendini geliştirmek durumundadır. Buradan yola çıkarak, Kurumlarımızda tedavi gören engelli hasta/hasta yakınları ile engelli çalışanlar da bu anlamda düşünülerek HKS içindeki ilgili standart maddeleri oluşturulmuştur.

Engellilere yönelik yapılan uygulamalar HKS kapsamında Bakanlık değerlendircileri tarafından periyodik olarak yerinde değerlendirilmektedir.

İlgili standart maddeleri aşağıda verilmiştir.

- Engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.
- Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik
- Engelli kişiler için çıkış rampaları ve tutunma barları bulunmalıdır.
- Engelli kişilerin sağlık hizmeti almaları ile ilgili olarak;
- Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Asansör kullanım uygunluk belgesi bulunmalıdır.
- Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.
- Asansörlerde engellilere yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Asansör bakımları aylık olarak ve gerektiğinde yapılmalıdır.
- Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.
- Engelli hastalar için düzenleme yapılmalı,
- Hastalar için tuvalet ve lavabo bulunmalı.

4. Uygulama Süreci

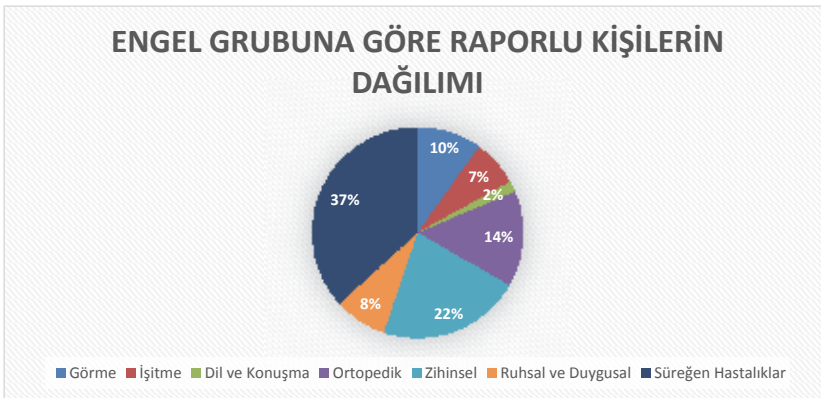
Engelsiz Hastaneler çalışmasında ulaşılabilirlik, erişebilirlik ve farkındalık sürecinde özel ihtiyacı olan hastalarımızın sağlık hizmetlerinden arzuladıkları düzeyde yararlanmalarını ve hastanelerde sağlıklı bakım kalitesini artırmaya yönelik bir model oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu model kapsamında hazırlanan çalışmamız 5 bölümden oluşmaktadır.

4.1. Engelli tanımı, türleri ve Türkiye'deki durum analizi çalışmaları ve Adana İlimizdeki veriler yer almaktadır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde yer alan Ulusal Engelliler Veritabanı (ÖZVERİ) bazı kamu kurum ve kuruluşlarına herhangi bir sebepten dolayı başvurmuş engelli bireylerin verilerinin derlenmesi ile oluşmaktadır. ÖZVERİ'de kayıtlı, adresi ve Engelli Sağlık Kurulu Rapor bilgisi bilinen engelli kişilerin illere göre dağılımları aşağıdaki tabloda verilmiştir (TBMM,2013)

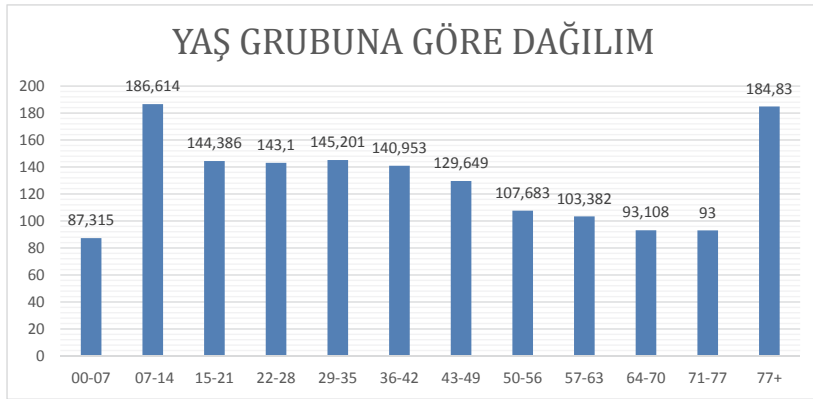
İl	Toplam	İl	Toplam	İl	Toplam
Adana	46.788	Edirne	7.621	Malatya	17.737
Afyonkarahisar	14.463	Erzincan	7.148	Mardin	17.144
Ağrı	6.562	Erzurum	16.156	Mersin	39.376
Aksaray	8.995	Eskişehir	16.823	Muğla	15.963
Amasya	6.45	Gaziantep	28.746	Muş	8.278
Ankara	90.707	Giresun	12.884	Nevşehir	8.494
Bartın	6.571	İstanbul	177.818	Samsun	38.639
Batman	15.246	İzmir	98.564	Siirt	5.808

ÖZVERİ'de kayıtlı, adresi ve engel grubu bilgisi bilinen engelli kişilerin engel gruplarına göre dağılımları ise grafikte gösterilmiştir.



Engel Grubu	Kişi Sayısı
Görme	216.077
İşitme	156.573
Dil ve Konuşma	37.494
Ortopedik	321.895
Zihinsel	482.361
Ruhsal ve Duygusal	176.475
Süreğen Hastalıklar	808.335

ÖZVERİ’de kayıtlı, adresi ve Engelli Sağlık Kurulu Rapor bilgisi bilinen engelli kişilerin cinsiyete göre dağılımlarına baktığımızda 672.172 Kadın 887.041 Erkek raporlu kişi olduğu görülmektedir.



Raporlu grup içerisinde en fazla yoğunluk % 11.97 ile 7-14 yaş grubu ve %11.8 ile 77 yaş grubunda yoğunlaşmaktadır. 2012 yılı sonu itibari ile evde bakım hizmeti

için ödeme yapılacak engelli sayısı 398.335'dir. Özel bakım merkezleri için ödeme yapılan engelli sayısı 9.328'dir.

4.2. Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Hastanelerde Mevcut Fiziksel Koşulların Değerlendirilmesi

İkinci bölümde 2012 -2013 yılları arasında Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerde mevcut fiziksel koşulların değerlendirilmesi çalışmaları yer almaktadır. Bu kapsamda alanında uzman mühendis,mimar,sağlık çalışanlarından 12 kişilik teknik komisyon oluşturularak İlimizde sağlık hizmeti sunan tüm sağlık kuruluşları ,Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılı Haziran ayında açıklanan “Sağlık Kurumlarında Engelli Bireyler için Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi” baz alınarak temel kriterler ve standartlar çerçevesinde kamu hastanelerinin mevcut durumunun tespiti yapılmış,tek tek tüm hastaneler incelenmiş değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmanın sonuçlar tablolarımızda detaylı olarak analiz edilerek değerlendirilmesi, yorumlanması bu bölümün konusunu oluşturmaktadır.

1.Kriter: Sağlık tesisinin bahçesinde yaya güvenliği sağlanmalıdır. (Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi 4.1.1)

Ayrıntılı bilgi almak istediğiniz konularda Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi'ne bakabilirsiniz.	SIRA	1			
	KRİTER	Sağlık tesisinin bahçesinde yaya güvenliği sağlanmalıdır. (Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi 4.1.1)			
	STANDARDI	1 -Yayaların güvenli ve rahat hareket edebilmesi için taşıt trafiği ile yaya trafiği birbirinden ayrılmış mıdır?	2- Yaya kaldırımı genişliği net olarak en az 150 cm midir?	3- Kaldırım yüksekliği 7 -15 cm arasında mıdır?	4- Kaldırımlarda rehberde bölüm 4.1.1 de yer alan özelliklerde rampalar var mıdır?
ADSM	VAR		1	1	1
	YOK	0			
ADH	VAR				
	YOK	0	0	0	0
ANEAH	VAR	1		1	
	YOK		0		0

ÇATDH	VAR	1	1	1	1
	YOK				
Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	VAR				
	YOK	0	0	0	0
Dr. Ekrem TOK Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	VAR	1	1		
	YOK			0	0
Ceyhan Devlet Hastanesi	VAR	1	1	1	1
	YOK				
İmamoğlu Devlet Hastanesi	VAR			1	
	YOK	0	0		0
Karaisali Devlet Hastanesi	VAR	1			
	YOK		0	0	0
Kozan Devlet Hastanesi	VAR	1	1	1	1
	YOK				
Pozantı Devlet Hastanesi	VAR				
	YOK	0	0	0	0
Tufanbeyli Devlet Hastanesi	VAR	1			
	YOK		0	0	0
“VAR” TOPLAMI		7	5	6	4
“YOK” TOPLAMI		5	7	6	8

Bu kriterle ilgili 4 standart bulunmaktadır. Bunlar

1. Yayaların güvenli ve rahat hareket edebilmesi için taşıt trafiği ile yaya trafiği birbirinden ayrılmış mıdır?
2. Yaya kaldırımı genişliği net olarak en az 150 cm midir?
3. Kaldırım yüksekliği 7 -15 cm arasında mıdır?
4. Kaldırımlarda rehberde bölüm 4.1.1 de yer alan özelliklerde rampalar var mıdır?

Yayaların güvenli ve rahat hareket edebilmesi için taşıt trafiği ile yaya trafiği birbirinden 7 hastanede birbirinden ayrılmış durumdayken 5 hastanede bu standarda uyum eksikliği tespit edilmiştir. Yaya kaldırımı genişliği net olarak

en az 150 cm olması gerekliliğini 5 hastane sağlarken 7 hastanede bu standarda uygunluk yoktur. Kaldırım yüksekliği 7 -15 cm arasında olması gerekmektedir. 6 hastanede bu kritere uyum gerçekleşirken diğer 6 hastanede uyum sağlanamamıştır. Kaldırımlarda standartlara uygun rampa sadece 4 hastanede bulunurken 8 hastanede sorun

yaşanmaktadır. Birinci kriterde genel tabloya ve başarı oranına bakıldığında Bahçe ve yaya güvenliği kriterlerinde 12 hastanede başarı yüzdesi %54 düzeyindedir. Birinci kritere göre yapılan değerlendirmelerde en sorunlu hastaneler Adana Devlet Hastanesi, Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İmamoğlu ve Pozantı devlet hastaneleri olmuştur. ÇATDH , Ceyhan ve Kozan Devlet hastaneleri bu kritere uyumda en başarılı olan hastanelerdir.

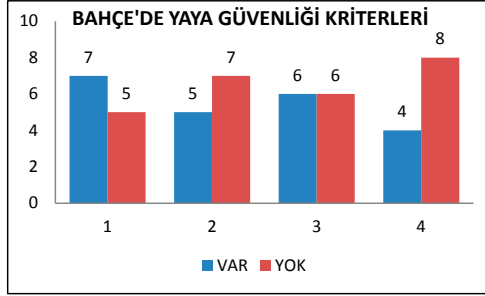


4.3. Adana Engelsiz Hastane Strateji Belirleme Çalıştayı

Üçüncü Bölümde Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Adana Büyükşehir Kent Konseyi Engelliler Meclisi Kamu ve Sivil Toplum işbirliği alanında önemli bir işbirliği yaparak 6 Haziran 2013 tarihinde bir günlük Engelsiz Hastaneler Strateji Çalıştayı düzenlenmiştir. Çalıştaya her iki kurumun yöneticileri, sağlık personeli ve idari çalışanları yanında 80 Engelli STK ve özel eğitim kurumlarının alanında uzman bir ekip ve birçok sivil toplum üyesi davet edilerek görüşleri alınmıştır.

“Engelsiz Hastaneler” Strateji Belirleme Çalıştay Programında Kamu Hastanelerinden ve Engelli Meclisinin belirlediği alanın uzman 108 kişilik Çalıştay ekibi 8 ayrı grup halinde gün boyunca çalışmalarını sürdürdü. Çukurova Üniversitesi İİBF öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.İsmail Güneş’in moderatörlüğünde sürdürülen çalışmalar sonrasında gün sonunda ilk tespitler katılımcılara sunuldu. Güneş’in tespitleri aktarmasından sonra il Merkezinde bulunan tüm Kamu Hastanelerinin yöneticilerine ve katılımcıları kamu hastaneleri yöneticileri ile soru cevap şeklinde 1 saat süren tartışma bölümüne geçtiler.

4.3.1. Çalıştayın Amacı ve Beklentiler



Çalıştay'da katılımcılar 8 gruba ayrılarak 2 oturum halinde çalışmalarını yürütmüşlerdir. Çalıştayın birinci bölümünde engelli grubu temsilcileri ve Kamu hastaneleri yönetici ve çalışanları bir araya gelerek GZFT analizi yapmışlardır. Birinci bölümde neleri başardık, neleri başaramadık sorusunun yanıtı aranmıştır. Öğleden sonraki ikinci oturumda ise katılımcılar 1.oturumda ortaya koydukları konular hakkında önerilerini yazmışlardır. Farklı masalardan gelen bilgiler birleştirilmiş ve tablolar haline getirilmiştir. Başarılı bulunan konularda

katılımcılar başarı derecesini ölçebilmek için 1 ile 10 arasında bir değerlendirme yaparak not vermişlerdir. Mevcut önerilerin birleştirilmesi sonucunda öncelikli olarak ele alması gereken temel stratejik alanlar ortaya çıkmıştır.

4.3.2. Başarılarımız/Güçlü Yönler	Puan
1. 2005 yılında çıkarılan Özürlüler Yasası doğrultusunda belediyeler başta olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarına, yaya geçitleri, resmi yapılar, yeşil ve spor alanları gibi alt yapıların engellilerin erişilebilirliğine uyumunun zorunlu hale getirilmesi.	7
2. Sağlık hizmeti talep eden engelli kişilerin bu ihtiyaçlarının durumlarına uygun ortamlarda, hızlı, verimli ve mağdur edilmeden karşılanarak, sağlık bakım kalitesinin yükseltilebilmesine yönelik olarak yayımlanan “Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge” yayınlanması ve bu kapsamda çalışmalar yapılarak kalite standartlarının belirlenmesi ve uygulamada ilk örneklerin gerçekleşmesi	8
3. Gerek çıkarılan yasalar, gerekse kamuoyunda engelli konusunda farkındalığın artması sonucunda hastanelerde engellilerle ilgili konularda farkındalık oluşmaya başlaması ve kamu spotları ile bu çalışmaların desteklenmesi	8
4. Hastanelerde engellilere randevularda, muayene öncesi ve hasta kabulde öncelik verilmesi	9
5. Otoparklarda engellilere yer ayrılması ve amaca uygun olarak kullanılmasının temin edilmesi	9
6. Engellilere yaklaşım konusunda personelin eğitimler alması	6
7. Engelli danışma merkezlerinin oluşturulması	8
8. İşaret dili bilen personel bulundurulmaya başlanması ve personelin eğitilmesi	6,5
9. Çukurova Devlet Hastanesinin Engelsiz Mekan sertifikası alması	9
10. ADSM Merkezlerinde engelli bireyler için poliklinik oluşturulması	6,5
11. Engelli danışmalarda refakatçi verilmeye başlanması	6
12. Rampa Yapılması	6,5
13. Yönlendirilme levhaları konulması	7,5
14. Engellilere yönelik asansör düzenlenmesi yapılması	6,5
15. Engelli poliklinik odaları oluşturulması, hasta yakınlarına odalarda yer verilmesi	5
16. İhtiyaç duyan herkese evde sağlık hizmetleri sunulması	6

17. Hastanelerde engelli kontenjanı engelli çalışan olması	6
18. Polikliniklerde engellilere uygun bekleme alanları oluşturulması	7
19. Hastanelerde görme engelliler için takip yolu oluşturulması, rampa çıkışlarının görme engellilere uygun hale getirilmesi	6
20. Merdiven çıkan engelliler için dokunmatik basamak uygulaması	6
21. Yeni doğan iştirme testlerinin yapılması	10
22. Engelliler için tuvaletlerde tutunma barları düzenlenmesi	7
23. Görme engelliler için bireyl afabesi, eğitimi verilmesi	6
24. Ortopedik engelliler için vücut hizasında ankesörler oluşturuldu.	5
25. Zihinsel engellilere anestezi altında diş tedavisi yapılması	7,5
26. Tuvalet girişlerinde kot farklarını düzenlenmesi	6,5

4.3.3. Başaramadıklarımız /Zayıf Yönler

- 2005 yılında çıkarılan Özürlüler Yasası doğrultusunda belediyeler başta olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarına, yaya geçitleri, resmi yapılar, yeşil ve spor alanları gibi alt yapıların engellilerin erişilebilirliğine uyumunun zorunlu hale getirilmesine rağmen ek süreler verilerek sürecin uzaması
- Engelli sağlık raporlarında standartların uygulanmaması, hastaneler arasında farklı uygulamalar, sağlık kurulu günlerinin geç verilmesi rapor alma sürecinin uzun olması ve bürokratik zorluklar.
- 5 yıllık bir strateji belgesine dayalı olarak yapılacak işlerin henüz planlanmamış olmaması
- Sağlık kurullarında engelli hastaların işlemlerinin tek yerde ve tek seferde yapılamaması
- Hasta ve hekim arasındaki diyalog eksikliği ve hastanın hekime rahat ulaşamaması. Doktorların hasta ile olan ilişkilerinde yapıcı ve açıklayıcı olmaması
- Engelli parkından poliklinik ve kliniklere rahat ulaşamama
- Hastane binalarının mimari yapısı nedeniyle erişilebilirlik sorunları yaşanması
- Engelli hastanın her uzmanlık alanı için farklı polikliniklere yönlendirilmesi, engelli hastalar için farklı katlar arasında erişim sıkıntısı yaşanması ve zemin katta bu hizmetin sunulmaması
- Çocuk psikiyatri ve çocuk nörolojisi konusunda uzmanların yetersiz oluşu**
- Personele verilen eğitimlerin engel gruplarına göre ayrılmış şekilde verilmesinde yaşanan eksiklikler ve bu eğitimler konusunda ilgili engel grubunu temsil eden STK ile işbirliği yapılmaması

11. Evde bakım hizmetleri kapsamında özürlü nakil aracı temininde sıkıntı vardır.
12. Yönlendirme hizmetinin farklı engel gruplarına göre düşünülmemiş olması
13. Standartlarda sıkça yapılan değişiklikler
14. Engellilere dönük kullanılacak olan makine ve teçhizat eksikliğinin olması
15. İşitme engelliler için sesli uyarı sistemleri oluşturulmasına rağmen aktif olarak kullanılmaması
16. Sosyal Rehabilitasyon hizmetlerinin ve Toplum ruh sağlığı merkezleri hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulmaması. Engellilere dönük özel rehabilitasyon seminerleri düzenlenmemesi
17. İşaret dili personelin yetersiz oluşu, var olan personelin belirli süreler içerisinde görev yapması, 24 saat bu hizmetin sunulmaması
18. Görme engelliler için izli yüzey uygulamasının yeterli olmaması ve Sağlık tesislerinin bahçe ana girişinde görme engellilerin rahatla ulaşabileceği bir yerde “Hastane Yerleşkesi Kabartma Haritası” bulunmaması
19. ODİO Testinde randevu ve sevk sorunları yaşanması
20. Sağlık testlerinde hemşire çağrı cihazlarının yetersiz oluşu
21. Servislerde yeterli sayıda engelli hasta odası bulunmamakta, engelli hasta odalarındaki banyolar, pencereler ve hareket alanları standartlara uymamaktadır.
22. Engelli çocuğu olan çalışanlara esnek çalışma saati uygulaması yapılmaması
23. Tüm hastanelerde engelliler için rehabilitasyon uzmanlarının bulunmaması
24. Asansörlerde işitme engelliler için düzenlemelerin yetersiz oluşu
25. Hastanelerin yeterli bütçe olanaklarına sahip olmaması, standartlara uyum istenirken engelsiz hastaneler için ek ve yeterli kaynak yaratılamaması
26. Eski yapıların standartlara uygun şekilde yeniden dizaynının çoğu kez mimari açıdan mümkün olmaması
27. Yeni yapılarda bile standartlara uygun olmayan şekilde düzenlemeler ile hizmet sunulması, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi TOKİ tarafından yapılarak 2012 yılı itibariyle hizmete açılmasına karşın fiziksel eksiklere sahiptir.
28. Özel eğitimden gelen yardımcı personelin hastane yönetimiyle işbirliği içinde çalışması için zemin oluşturulması. Özel eğitimcilerin hastanelere alınmaması bu nedenle işlerin aksaması ve varsa suiistimallerin karşılıklı işbirliği ile önlenmesi.
29. Yatılı bakım hizmeti alan hastaların hastanede yattığı sürede özel ihtiyaçları için maaşlarının o birime aktarılmasının sağlanması
30. Poliklinik muayene odalarının küçük olması ve engellilere uygun olmaması

31. Polikliniklerde bir kadın ve bir erkek engelli hasta olmak üzere en az 2 engelli tuvaleti bulunmamaktadır. Mevcut engelli tuvalet kapılarının sürgülü olması, engelliye dönük düzenleme yapılan alanların bazılarının standart dışı olması dikkati çekmektedir
32. Genel Sekreterlik, İl Sağlık Müdürlüğünde engellilere dönük sorun çözme merkezleri olmaması
33. Engellilerin sağlık hizmetleri ve hakları konusundaki bilgi eksikliği yanında personelin engelli konusundaki bilgi eksikliği bulunması.
34. Diş randevularının uzun sürelerde verilmesi
35. Yeni numune hastanesinin hizmetlerinden memnuniyetsizlik
36. Tekerlekli sandalye yetersizliği
37. Engellilere sağlanan mali hakların sağlık kurulu başvuru tarihinden itibaren olması
38. Hekim yetersizliği nedeniyle başka hastanelere sevk edilen kurul raporlarının yasal sürenin aşmasına sebebiyet vermesi
39. Sağlık tesislerinin giriş çıkışlarının, rampa eğimlerinin ve sahanlık alanların engelli hastaların rahat ulaşımını sağlayacak şekilde düzenlenmemiş olması
40. Sağlık tesislerinin Bina içi yatay dolaşım alanları engellilere uygun düzenlenmemiştir

4.4.4. Stratejik Olarak Öncelikli Alanlar Ve Öneriler

1.Fiziksel Koşulların İyileştirilmesi Ve Mimari Sorunlar
Hastane binaların yapımı, yeniden gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi sürecinde oluşturulan denetim ekiplerinde farklı engel gruplarının temsilcilerinin bulunması
Tüm Hastane alanlarının engelliler için düzenlenmesi, Engel gruplarına göre ulaşılabilirlik, erişilebilirlik düzenlemelerinin yapılması
Engelli tuvaletlerinin kapısının dışarı doğru açılmasının temini, engelli wc tekerlekli sandalye hareket alanı yeterli olmasının sağlanması
Merdiven ve basamakların basamak sayısı kabartma yöntemiyle belirlenmesinin temini
Asansörde tutanak olması, sesli ve görsel, ışıklı uyarı sisteminin kurulması,
Yürüme bantlarında kaymayı, yürümeyi engelleyecek şekilde gömülü olması
Yönlendirme levhalarının baş hizasında olmasının sağlanması
Eski ve yeni binalarda engellilerin kullanabileceğini tüm fiziki Bakanlığın standartlarına göre düzenlemesi

Otoparkta en az 1 tane olmak üzere, toplam park yerinin %5'i özürürlü araçlarına ayrılması konusunda eksikler giderilmelidir.

Her serviste bir kadın ve bir erkek engelli hasta olmak üzere en az 2(iki) engelli hasta odası ayrılmalı, fiziksel alan, banyo pencereler standartlara uygun olmalıdır.

2.Eğitim, Bilgilendirme, Farkındalık Ve Görünürlük Çalışmaları

Kamu ve STK arasında gerçekleştiren bu çalıştayın ilk olması açısından ciddi bir katkısı olmuştur. Bu tür çalışmalar daha fazla yapılmalı, Özel eğitim kurumları, işitme, görme, ortopedik, zihinsel gibi farklı gruplar için daha küçük ve sonuç odaklı toplantılar yapılabilir.

Kamu spotları, web sitesi, tanıtım filmleri, billboardlar gibi araçlar kullanarak kamuoyu bilgilendirilmesi faaliyetlerine ağırlık verilmelidir.

Diğer kamu kurumlarıyla işbirliği yapılarak elektrik -su faturasıyla ilişkilendirilmiş engellilere dönük bilgilendirme yapılabilir

STK ile işbirliği içinde hareket etmek ve görüş alışverişinde bulunmak hizmetlerin sunumunda etkinlik ve verimliliği artırmanın yanında sunulan hizmetlerin engellilere doğru algılanması ve anlaşılmasına katkı yapacaktır.

Tüm Hastane çalışanlarına, engelli yakınlarına uzman kişiler tarafından engelli bireyle iletişim ve engellilere bakım eğitimi verilmesi, engellilere dönük bilgilendirici ve rehabilitasyon seminerleri düzenlenmesi

Hizmet alımı da dâhil tüm personele engelli düzenlemelerle ilgili eğitimlerin verilmesi

Hastane yönetimi tarafından sosyal etkinlikler düzenleyerek farkındalığın artırılması

Hastanelerde afiş ,TV, video ile halkın duyarlılığının artırılması

Engelli STK en az yılda bir karşılıklı bilgilendirme ve değerlendirme toplantısı yapılması

3.Hastane Yönetim Ve Hizmet Sunum Sürecinin İyileştirilmesi

Kamu hastanesi genel sekreterliği stratejik planının hazırlanması sürecinde ve faaliyetlerin belirlenmesinde engelli STK'nın görüşüne başvurulması, çalıştaydan çıkan sonuçların stratejik planda ve faaliyetlerde yer bulmasının sağlanması

Heyet polikliniklerinin zeminde giriş kapılarında yakın bir yerde hepsinin bir arada olması sağlanmalıdır.

Müracaat, poliklinik, heyet toplanma odası, sonuçlandırma hizmetleri bir arada sunularak hizmet birlikte olması sağlanmalıdır

Sağlık Kurullarının yeterli hızla işleyebilmesi için gerek doktor, gerek personel gerekse teknik eleman görevlendirilmesinin temin edilmesi, sürekli ibaresiyle gelen raporların 5 yılda bir yenilenmemesi, Heyet raporlarında tüm hastaneler için standart uygulama içinde olmasının sağlanması, Heyet raporları randevu müracaatı süresinin 15 günü aşmaması. Engelli raporu alacakların tek tek polikliniğe gitmeyerek bir birimden rapor almalarına yönelik düzenlemenin yapılması

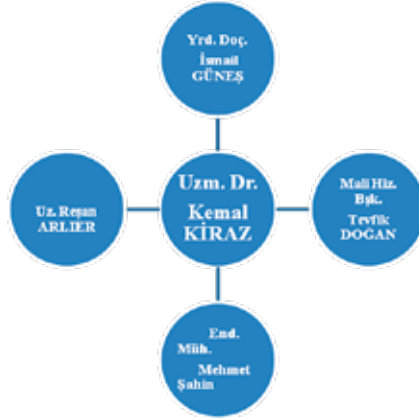
Sosyal Hizmet komisyonlarının ev ziyaretlerine randevulu gitmesi
Tüm Hastanelerde engellilerin faydalanabileceği rehabilitasyon ve ilgili birimlerin kurulması
Engelli karşılama personellerinin görevlendirilmesi, tüm işlemler bitinceye kadar refakatinin sağlanması
Hastanelerin web sitesinde sağlık raporları ve diğer konularda detaylı bilgilendirme yapmasının sağlanması
4.Hastanelerde Makina; Techizat; Donanım Eksikliklerinin Giderilmesi
Eksik malzemelerin, tekerlekli sandalyelerin sayıca yeterli hale getirilmesi gerekmektedir.
Engellilerin hastane girişlerinde kullandığı sandalye ve tekerlekli sandalye sayısının ve niteliğinin artırılması ve daha kaliteli teçhizat kullanılması
Hastanelerde bulunan tıbbi cihaz ve tesisatları engellilerin ihtiyacını kapsayacak şekilde ve miktarda bulunması
Başvuruda bulunan her bireyin tedavi ve sağlık tetkik sürecinde engel gruplarına göre teçhizat düzenlenmesi
Evde bakım hizmetleri kapsamında ihtiyaca cevap verecek sayıda özürlü nakil aracı temin edilmelidir.
5.İnsan Kaynakları
Kamu ve Özel alanlarda engelli çalışan sayısı artırılabilir. Çalışanlar arka plandan çok görünürlüğü olan alanlarda görev yaparak duyarlılık artırabilir ve örnek teşkil edebilir.
Hastanede işaret dili bilen personel sayısının artırılması
Personelin eğitiminin sağlanması, Hekim ve diğer sağlık personeli ile iletişimin artırılması ve verilen iletişim eğitimlerinin davranışa dönüşmesinin takibi yapılması
24 saat hizmet sunabilmek için daha fazla sayıda personel istihdamının sağlanması
Tıbbi sosyal hizmet uzmanının aktif çalışmasını sağlamak
6.Mali Ve Finansal Konular
Ağız Diş sağlığı hizmetlerinde katkı paylarının alınmamasının sağlanması
Engelli düzenlemeleri için Sağlık Bakanlığı bütçesinden daha fazla ödenek ayrılmalı
Yurtiçi ve Yurtdışı projelerinde engellilere dönük projeler yapmak, bu konuda işbirliği içerisinde olmak ve yeni finansal kaynaklar sağlanmalıdır.

Bu çalışmanın başarıya ulaşabilmesi ve uygulamaya konulabilmesi için bir stratejik planın parçası haline getirilmesi, Genel sekreterliğin görev alanına giren diğer konularla bütünleştirilerek 5 yıllık stratejik planın bir parçası haline getirilmelidir. Tüm tespitlerin eş anlı hayata geçirilmesi mümkün olmayabilir. Bu nedenle yıllara yaygın planlama yapma ve faaliyetlerde önceliklerin belirlenmesi ve bütçe kısıtı

içerisinde yıllara yaygın şekilde yaşama geçirilmesi ve başarının ölçülebilmesi için performans kriterlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

4.4. Engelsiz Hastaneler – Hedefler Faaliyetler ve Performans Kriterlerinin Belirlenmesi

Dördüncü bölümde Engelsiz hastaneler stratejisinin araçlarının daha belirginleştiği çalışma gruplarımızın hazırlayarak paydaşların görüş ve önerileri doğrultusunda belirlediği, stratejik hedefler, faaliyetler ve performans göstergeleri sunulmuştur. Bu çalışmalar bize strateji eylem planı oluşturma şansı vermiş ve bu çalışma sonucunda uygulama sürecini yürütecek proje ekibi belirlenmiştir.



Uygulamanın Yapıldığı Bölümler :

Adana Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM),
 Adana Devlet Hastanesi (ADH),
 Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi(ANEH),
 Çukurova Dr. Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi (ÇATHDH),
 Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi,
 Dr. Ekrem TOK Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,
 Ceyhan Devlet Hastanesi,
 İmamoğlu Devlet Hastanesi,
 Karaisalı Devlet Hastanesi,
 Kozan Devlet Hastanesi,
 Pozantı Devlet Hastanesi,
 Tufanbeyli Devlet Hastanesinde

5. Uygulamanın Takibi

Proje uygulama ekibi aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur.

Proje Yürütücüsü: Uzm.Dr. Kemal Kiraz

Proje Koordinatörü : Uz.Reşan Arlier

Proje Koordinatör Yardımcıları :

Adana Büyükşehir Kent Konseyi Engelli Meclisi Başkanı :Ali Duran Karakaya

End.Müh. Mehmet şahin

Proje Yürütme Ekibi

Uz. Zehra Kartaloğlu

Uz.Hafize Kst

Uz.Celile ztrk

Mak.Müh. Abdurrahim Kaya

İnş. Müh. A. Muzaffer Paksoy

Elek.Müh. şenol şahin

İnş.Tek. Halil İbrahim Cingöz

Mimar Ansu Yetiz zden

Adana Büyükşehir Kent Konseyi Engelli Meclisi :Mimar Numan Hasanoğlu

6. Uygulamadan ğrenilen Dersler

Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Adana Büyükşehir Kent Konseyi Engelli Meclisi bu alıştay ile örnek bir adım atarak hizmet sunanlar ile hizmet alanları bir araya getirerek mevcut durumun en doğru şekilde tespitine yönelik gerçekçi bir adım atmıştır. Kurumlar Biz neyiz?

- Biz neredeyiz?
- Nereye varmak istiyoruz?
- Buraya nasıl varacağız?
- Nelere ihtiyacımız olacak?

Gibi soruların yanıtını ararken ve Stratejik Planlarını oluştururken paydaş analizine önem vermelidir. Bu alıştay aktif bir şekilde paydaşların bir araya geldiği ender örneklerden biridir. Bu alışma sonucunda oluşturulacak plan çerçevesinde

- Kamu hastanelerinin bulunduğu nokta ile ulaşmayı arzu ettiği durum arasındaki yolu tarif edebilme.
- Organizasyonun amaçlarını, hedeflerini ve bunlara ulaşmayı mümkün kılacak yöntemleri belirleme şansına sahip olabilecektir.

Kuşku yok ki bu faaliyetlerin yaşama geçirilebilmesi kurumun bütçesinin stratejik planda ortaya konulan amaç ve hedefleri gerçekleştirecek şekilde hazırlanmasına, kaynak tahsisinin belirlenmiş önceliklere dayandırılmasına bağlıdır.

7. Elde Edilen Sonuçlar

Yapılan tüm analizler, gözlemler, toplantı ve çalıştay çalışmaları sonucunda tüm kurumlarımız için uygulama rehberi olarak önerilecek Strateji Amaç ve Hedefler belirlenerek aşağıdaki şekilde tablolara dökülmüştür.

ENGELSİZ HASTANELER - STRATEJİK AMAÇ- HEDEF TABLOSU-1

TEMA	STRATEJİK AMAÇ	STRATEJİK HEDEFLER	FAALİYETLER	PERFORMANS KRİTERLERİ			SÜRE (AY)
LİFİZİKSEL KOSULLARIN İYİLEŞTİRİLMESİ VE MİMARİ SORUNLAR	1 Adana Karın Hastanesi Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm Hastanelerde engel gruplarına göre erişilebilirlik, erişilebilirlik düzenlemelerinin yapılması	1.1 Oturma koltuklarında engelli acılarına yönelik düzenlemeler yapmak	1.1.1 Oturma koltuğu en az 1 tane olmak üzere, toplam park yerinin %5'i engelli acılarına ayrılmış konusundaki düzenlemelerin sağlanması	Toplam oturma sayısı	Düzenlenecek oturma sayısı	İyileştirme oranı	1
		1.2 Görme engelli hastalar için hizmetler için yitirilmesi yapılmasını sağlamak	1.2.1 Hastane girişinden itibaren Yürüme bandları kaymaları önleyecek şekilde düzenlenerek engelli hastalar için uygunluğu sağlanacak	Toplam mevcut Yürüme bandları sayısı Adet	Düzenlenecek veya ilave edilecek Yürüme bandları sayısı Adet	İyileştirme oranı	3
			1.2.2 Merdiven ve basamakların kısıtlama yönünde engelli hastalar için uygunluğu sağlanacak	Toplam Merdiven basamak sayısı Adet	Düzenlenecek Merdiven basamak sayısı Adet	İyileştirme oranı	3
		1.3 Yönlendirme levhalarının boyutlarında olmaması sağlanması	1.3.1 Yönlendirme levhalarının boyutlarında olmaması sağlanması	Toplam levha sayısı	Düzenlenecek levha sayısı	İyileştirme oranı	3
		1.4 Asansörlerin engel gruplarına göre düzenlenmesi sağlanacak	1.4.1 Asansörde tutunma barı olması, sesli, görsel ve ışıklı uyarı sisteminin kurulması sağlanacak	Toplam asansör sayısı	Düzenlenecek asansör sayısı	İyileştirme oranı	3
		1.5 Servislerde engelli hasta yatışına uygun hale getirmek	1.5.1 Her serviste triksel alan, banyo, pencereler engelli hasta standartlarına uygun bir kadın ve bir erkek engelli hasta olmak üzere en az 2 (iki) engelli hasta odası ayrılmış sağlanacak	Toplam mevcut engelli hasta odası Sayısı	Düzenlenecek engelli hasta odası	İyileştirme oranı	6

ENGELSİZ HASTANELER - STRATEJİK AMAÇ - HEDEF TABLOSU-1

TEMA	STRATEJİK AMAÇ	STRATEJİK HEDEFLER	FAALİYETLER	PERFORMANS KRİTERLERİ			SCORE (CA)	
2.EĞİTİM, BİLGİLENDİRME, FARKINDALIK VE GÖRÜNÜRLÜK ÇALIŞMALARI	1.Adına Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm Hastanelerde Sağlık hizmeti sunumunda Engelliler ve Engellilikle ilgili farkındalık yaratmak	2.1 Engellilerin ve ailelerinin sağlık hizmeti sunumunda hak ve sorumlulukları konusunda bilgi düzeylerini artırılmasını sağlamak	2.1.1 Hastanelerde Engellilerin ve ailelerinin sağlık hizmeti sunumunda hak ve sorumlulukları konusunda bilgi düzeylerini artırılmak için eğitim ve bilgilendirme yapılır.	Hastanelere başvuran engelli sayısı	Eğitim verilen engelli sayısı	Eğitim gerçekleştirme oranı	3	
		2.2 Kamuda engelliler ve aileleri konusunda farkındalık sağlayacak bilgilendirmeler yapmak	2.2.1 Kamu sporları, web sitesi, tanıtım filmleri, billboardlar gibi araçlar kullanılarak kamuya bilgilendirilmesi sağlanır.	Kullanılan Billboard Sayısı	Düzenlenen Billboard Sayısı	Yayımlanma oranı	3	
				Hastanelerde kullanılan Kamu sporları	Engelliler için kullanılan Kamu sporları	Yayımlanma oranı	3	
				Hastane web sitesinde hastalar için bilgilendirme sayısı	Web sitesinde engelli hastalar için bilgilendirme sayısı	Yayımlanma oranı	2	
		2.5 Engelli bireyin bakım ve konforunu artırılmasına yönelik eğitim, bilgilendirme ve rehabilitasyon faaliyetleri yapılmasını sağlamak	2.5.1 Tüm Hastane çalışanların, engelli yakınlarına uzman kişiler tarafından engelli bireyle her ay düzenli iletişim eğitimi verildi.	Hastanelere başvuran engelli sayısı	Başvuran engellilere verilen iletişim eğitim sayısı	Eğitim gerçekleştirme oranı	1	
			2.3.2 Engelli ve yakınına her ay düzenli bakım eğitimi verildi.	Hastanelere başvuran engelli sayısı	Engellilere verilen bakım eğitim sayısı	Eğitim gerçekleştirme oranı	1	
			2.3.3 Engellilere yönelik bilgilendirici ve rehabilitasyon seminerleri düzenlendi.	Hastanelere başvuran engelli sayısı	Rehabilitasyon hizmetine yönlendirilen engelli hasta sayısı	Gerçekleşme oranı	1	
			2.3.4 Erde Engelli bireyin bakımını üstlenen kişilerin bakım konusunda erde sağlık birimleriyle koordineli çalışmasını sağlamak.	Erde bakım birimlerinde başvuran engelli aile sayısı	Erde bakım birimlerinde koordineli çalışmaya engelli aile sayısı	Gerçekleşme oranı	1	

ENGELSİZ HASTANELER - STRATEJİK AMAÇ-HEDEF TABLOSU-3

TEMA	STRATEJİK AMAÇ	STRATEJİK HEDEFLER	FAALİYETLER	PERFORMANS KRİTERLERİ			NOT (AY)
HASTANE YÖNETİMİ VE HİZMET SUNUM SÜRECİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ	3.a. Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm Hastanelerde Hastane yönetimi ve hizmet sunum sürecinin düzenli olarak yapıldığı, birleştirici ve bakanlar raporlarına atılarak iyileştirilmesini sağlandı.	3.1. Hiyer ve politikalarının çalıştırılabilir olmaları konusunda fiziksel düzenleme yapılmış ve sağlandı.	3.1.1. Hiyer ve politikalarının eminde giriş kapılarında yakın bir yerde bulunan bir arada olması konusunda düzenleme yapıldı.	Hiyer toplam politikası sayısı	Düzenleme yapılacak politikası sayısı	İyileştirme oranı	3
				Toplam Kurul sayısı	Planlanan Kurul sayısı	İyileştirme oranı	3
				Toplam beyet girisi sayısı	Ortalama cevap verilecek beyet sayısı	İyileştirme oranı	3
				Toplam rapor sayısı	Rapor sonuçlandırma sayısı	İyileştirme oranı	3
			3.1.2 Müşahat, politikası, beyet toplama odası, sonuçlandırma hizmetleri bir arada verilmesine yönelik düzenlemeler yapıldı.	Hafiflik aylık beyet sayıları	Aktarılan Hafiflik aylık beyet sayıları	İyileştirme oranı	3
		3.2 Hastane yönetimi ve hizmet sunum sürecinde Sağlık raporlarının verilmesi sürecinde ilgili hastanelerinin çalıştırılabilir ve bakanlar raporlarının atılması için Rapor Kaydedici Sistemi (RKS) kurulumu yapıldı.	3.2.1 Hastane yönetimi ve hizmet sunumunda Sağlık raporlarının verilmesi sürecinde ilgili hastanelerinin çalıştırılabilir ve bakanlar raporlarının atılması için Rapor Kaydedici Sistemi (RKS) kurulumu yapıldı.	Sağlık kurumu bulunan toplam Hastane sayısı	İyileştirme oranı RKS kurulumu yapılan Hastane sayısı	İyileştirme oranı	6
		3.3 Sağlık Kurumunun yeterli kurtarıcıyı ve gerekli insan kaynakları düzenlemeleri yapıldı.	3.3.1 Sağlık Kurumunun yeterli kurtarıcıyı ve gerekli insan kaynakları düzenlemeleri yapıldı.	Kurumda görevli Hekim sayısı	Düzenleme sonucu kurumda görevli Hekim sayısı	İyileştirme oranı	3
				Mercuri İktisadi personel sayısı	Düzenleme sonucu güncellenen Mercuri personel sayısı	İyileştirme oranı	3
		3.4 Hiyer raporları randevu alınacak olanların düzenlenmesi düzenleme yapılmış ve sağlandı.	3.4.1 Hiyer raporları randevu alınacak olanların 10 gün içerisinde düzenleme yapılmış ve sağlandı.	Hiyer raporları randevu alınacak olanları	Düzenleme sonucu Hiyer raporları randevu alınacak olanları	İyileştirme oranı	3
		3.5 Engelli raporları aracılığı ile tek politikaya giriyen tek bir hastane rapor alınması yönelik düzenlemeler yapıldı.	3.5.1 Engelli raporları aracılığı ile tek politikaya giriyen tek bir hastane rapor alınması yönelik düzenlemeler yapıldı.	Toplam politikası sayısı	Düzenleme yapılacak politikası sayısı	İyileştirme oranı	3
3.b. Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm Hastanelerde engelli hastanelerinin iyileştirilmesini sağlandı.	3.b. Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm Hastanelerde engelli hastanelerinin iyileştirilmesini sağlandı.	3.b. Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm Hastanelerde engelli hastanelerinin iyileştirilmesini sağlandı.	3.6.1 Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm Hastanelerde mevcut rehabilitasyon birimlerinde mevcut ve yeni kurulumu yapıldı.	Donatılar eksikliği tespit edilen hastane sayısı	Donatılar eksikliği giderilen hastane sayısı	İyileştirme oranı	6
				İnsan Kaynakları eksikliği tespit edilen hastane sayısı	Düzenleme sonucu giderilen hastane sayısı	İyileştirme oranı	3
			3.6.2 Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Hastanelerde engelli hastanelerinin iyileştirilmesini sağlandı.	Mercuri rehabilitasyon merkezi sayısı	İktisadi rehabilitasyon merkezi sayısı	İyileştirme oranı	6
				Rehabilitasyon hizmetleri verilen kişi sayısı	Düzenleme sonucu Rehabilitasyon hizmetleri verilen kişi sayısı	İyileştirme oranı	3

IV. Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri

ENGELSİZ HASTANELER - STRATEJİK AMAC - HEDEF TABLOSU-4

TEMA	STRATEJİK AMAÇ	STRATEJİK HEDEFLER	FAALİYETLER	PERFORMANS KRİTERLERİ			SÜRE (AY)
4. ONAĞIM EKSPERLERİNİN GÖRÜLMESİ	4. Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm Hastanelerde expellerlere ilişkin bilgi, teknik, sağlık ve diğer alan etekliklerinin geliştirilmesi amacıyla toplantılar gerçekleştirilerek hazırlanarak	4.1.1 Hastanelerimizde expellerlere ilişkin bilgi, teknik, sağlık ve diğer alan etekliklerinin geliştirilmesi amacıyla toplantılar gerçekleştirilerek hazırlanarak	4.1.1 Hastanelerimizde expellerlere ilişkin bilgi, teknik, sağlık ve diğer alan etekliklerinin geliştirilmesi amacıyla toplantılar gerçekleştirilerek hazırlanarak	Tekniksel danışmanlık verilir	Denetimde alınan teknik danışmanlık verilir	İyileştirme oranı	1
		4.1.2 Hastanelerimizde beklenen standartlarda expellerlere yönelik bilginin, mevcut bilginin artırılması ve %10'a olabilecek şekilde artırılması sağlanır	4.1.2 Hastanelerimizde beklenen standartlarda expellerlere yönelik bilginin, mevcut bilginin artırılması ve %10'a olabilecek şekilde artırılması sağlanır	Beklenen standartlarda bilginin artırılması için eğitim verilir expellerlere yönelik bilginin artırılması sağlanır	Denetimde alınan bilginin artırılması için eğitim verilir expellerlere ilişkin bilginin artırılması sağlanır	İyileştirme oranı	1
		4.1.3 Hastanelerimizde acil servis, yoğun bakım, ameliyathane, beyin omilik ilaaz hastane hastanelerinde 100 yatağı 1 adet Hasta Tıbbına Lifi bilginin artırılması sağlanır	4.1.3 Hastanelerimizde acil servis, yoğun bakım, ameliyathane, beyin omilik ilaaz hastane hastanelerinde 100 yatağı 1 adet Hasta Tıbbına Lifi bilginin artırılması sağlanır	Hastanelerde expellerler arasında bilginin artırılması sağlanır	Denetimde alınan hasta tıbbına lifi verilir	İyileştirme oranı	6
		4.1.4 Hastanelerimizde yoğun bakım hastanelerinde Tıbbına Lifi bilginin artırılması için bilginin artırılması sağlanır	4.1.4 Hastanelerimizde yoğun bakım hastanelerinde Tıbbına Lifi bilginin artırılması için bilginin artırılması sağlanır	Hastanelerde bilginin artırılması için bilginin artırılması sağlanır	Denetimde alınan hasta tıbbına lifi verilir	İyileştirme oranı	6
		4.2 Hastanelerimizde expellerlere ilişkin bilgi, teknik, sağlık ve diğer alan etekliklerinin geliştirilmesi amacıyla toplantılar gerçekleştirilerek hazırlanarak	4.2.1 Hastanelerimizde expellerlere ilişkin bilgi, teknik, sağlık ve diğer alan etekliklerinin geliştirilmesi amacıyla toplantılar gerçekleştirilerek hazırlanarak	Hastanelerde expellerlere ilişkin bilginin artırılması sağlanır	Denetimde alınan hasta tıbbına lifi verilir	İyileştirme oranı	3
		4.3 Evde bakım hizmetleri kapsamında expellerlere ilişkin bilginin artırılması sağlanır	4.3.1 Evde bakım hizmetleri kapsamında expellerlere ilişkin bilginin artırılması sağlanır	Mevcut evde bakım hizmetleri kapsamında expellerlere ilişkin bilginin artırılması sağlanır	Denetimde alınan evde bakım hizmetleri kapsamında expellerlere ilişkin bilginin artırılması sağlanır	İyileştirme oranı	3

ENGELSİZ RASTANELER - STRATEJİK AMAC- HEDEF TABLOSU-4

İTİM	STRATEJİK AMAÇ	STRATEJİK HEDEFLER	FAALİYETLER	PERFORMANS KRİTERLERİ			SÜRE (AY)
5. İNSAN KAYNAKLARI	5. Adnan Kamen Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm Hastanelerde eğitime yönelik insan kaynaklarının planlanması sağlanmak	5.1 Hastanelerde eğitim ve görev eğitimi kurslarına yerden personel sayısını arttırmak	5.1.1 Hastanelerde görev eğitime ilişkin eğitim alan personel sayısını arttırmak sağlanacak. 5.1.2 Hastanelerde işaret dili bilen personel sayısını arttırmak sağlanacak.	Hastanelerde görev dili bilen personel sayısı Hastanelerde işaret dili bilen personel sayısı	Düzenleme sonucu hastanelerde görev eğitimi alan personel sayısı Düzenleme sonucu hastanelerde işaret dili bilen personel sayısı	Eyleyirme oranı Eyleyirme oranı	6 6
		5.2 Hastanelerde eğitime yönelik 24 saat hizmet sağlamak	5.2.1 24 saat hizmet sağlamak için daha fazla sayıda personel istihdamını sağlamak.	Hastanelerde 24 saat görev alan personel sayısı	Hastanelerde 24 saat görev alan personel sayısı	Eyleyirme oranı	6
		5.3 Engelli hastalarının psikososyal destek verilmesini sağlamak	5.3.1 Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının engelli hastalarının yönelik hizmet sunumunda daha aktif rolünasını sağlamak	Hastanelerde Tıbbi sosyal hizmet uzmanı Tıbbi sosyal hizmet uzmanına bayırsa sayısı	Düzenleme sonucu Hastanelerde Tıbbi sosyal hizmet uzmanına bayırsa hasta sayısı	Eyleyirme oranı	1
		5.4 Kamen ve Özal ailelerinde eğitilmiş çalışanların mesleki yeterliliklerini artırılmasına yönelik düzenlemeleri yapmak.	5.4.1 Kamen ve Özal ailelerinde eğitilmiş çalışanlar aile planında çok girişimciye olan ailelerde görev almalarını sağlamak.	Hastanelerde çalışan eğitilmiş sayısı	Düzenleme sonucu Hastanelerde girişimci çalışan eğitilmiş sayısı	Eyleyirme oranı	3

ENGELSİZ HASTANELER - STRATEJİK AMAÇ- HEDEF TABLOSU-4

TEMA	STRATEJİK AMAÇ	STRATEJİK HEDEFLER	FAALİYETLER	PERFORMANS KRİTERLERİ				SÜRE (AY)
SAĞLIK VE FİNANSAL KONTROL	6. Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm Hastanelerde engellilere yönelik hizmet sunumunda mali ve finansal düzenlemeler yapmak	6.1.1 Ağır Dış sağlık hizmetlerinde hasta paylaşımlarının etkinleştirilmesi	Hasta hizmetleri çalışma raporu düzenlemek bu konuda değerlendirildi.					
		6.1.2 Engelli düzenlemeleri için sağlık bakım ve verimliliği artırma için hasta bakım verimliliği konusunda çalışmalar yapmak	Hasta hizmetleri çalışma raporu düzenlemek bu konuda değerlendirildi.					
		6.1.3 Yeni finansal kaynaklar sağlamak konusunda yerli ve yabancı destek programlarında engellilere yönelik projeler yapmak ve bu konuda STKlarla işbirliği operasyonel olmak	Engellilere ilgili projeler yapılması sağlandı.	Çalıştaydan önce yapılan proje sayısı	Çalıştaydan sonra yapılan proje sayısı	Gerçekleşimine oranı	12	

8. Kurum veya Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

Ülkemizdeki tüm sağlık kurumlarında uygulanabilir bir uygulamadır.

9. Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkileri

Çalıştay ulaşılmış olduğu sonuçlar itibarıyla analiz, değerlendirme, karar alma ve planlama sürecine ciddi katkı yapıcı niteliktedir. Çalıştay ile

- * Engelli ve sağlık hizmeti konusunun irdelenmesine,
- * Katılımla fikir zenginliği, ve sinerji yaratmaya,
- * Güçlü teşhis, karar ve eylem planları üretmeye,
- * Etkinlik ve verimliliği arttırmaya katkı yapabilecektir.

Yapılan bu çalıştay bir bütüncül planın parçası haline getirilerek yaşama geçirilebilecektir. Bu kapsamda yapılacak stratejik planlama çalışması iç ve dış faktörlerin, sağlık sektöründeki eğilimlerin ve mevcut durumunun değerlendirilmesi ve doğru hedefler belirlenmesi, bu hedeflerin gerçekleşmesi için gerekli alt hedefleri netleştirilmesi, alt hedeflere yönelik proje çalışmalarının ve süreç iyileştirmelerin yapılmasını gerekli kılmaktadır. Bu amaçla hazırlanan programın uygulanması sonucu “Engelsiz Hastaneler” yaklaşımı çerçevesinde hastanelerimizde sağlık hizmeti sunulan engelli hasta ve hasta yakınlarının sorunları belirlenmiş, çözüm önerileri geliştirilmiş, hastanelerimizde yaşanan sıkıntıların ortadan kaldırılması ve kaliteli hizmet sunumu amaçlanmıştır.

Engelli hastaların ve hasta yakınlarının hastanelerimizde sağlık hizmeti sunumunda erişmelerinin sağlanarak, yaşadığı sıkıntılar çözümü amaçlanarak, Engelsiz Hastaneler Projesi eylem planı hazırlanmıştır. Tüm engel gruplarına

hasta bakım ve konforunun artırılarak hasta çalışan güvenliği ekseninde bakım ve konfor hizmetlerinin artırılması aylık, 3 aylık ve yıllık periyotlarla belirlenen performans kriterlerine göre ölçerek düzenlenmiştir.

Projemiz, tüm engelli bireyler için sosyal, eğitimsel, yaşamsal etkinlik ve fırsatlardan bireysel farklılıklarına rağmen eşit bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanmasına yönelik süreçlerde hasta bakım ve konforunun artırılarak planlanmasını temel almaktadır.

Engelsiz Hastane Projesi; ulaşılabilirlik, erişebilirlik ve farkındalık sürecinde özel ihtiyacı olan hastalarımızın hayatın en zor dönemlerinde, sağlık hizmetlerinden hastanelerimizde arzuladıkları düzeyde yararlanmalarını ve hastanelerde sağlıklı bakım kalitesini artırmaya yönelik bir modeldir.

Engelsiz Hastaneler Eylem Planı ve Performans Göstergeleri, hastanelerde engellerin kaldırılması yürütülmesi amacıyla tasarlanmıştır. Bu standartlar ve göstergeler, Türkiye'deki Engelsiz Hastaneler Projesi, erişilebilirlik standartlarıyla doğrudan ilişkili birbirini tamamlayıcı sistemlerin bir parçası olarak görülmelidir. Sağlık hizmetleri sunumunda hasta bakım ve konforunu artırılması için planlanmış bir yol haritası olarak hazırlanan bu standartlar ve performans göstergeleri işbirliğini ve ekip çalışmasını gerekli kılmaktadır.

Standartların yalnızca bir temel oluşturduğu, zamanla hastanelerin ihtiyaçlarına göre biçimlenebilecek esnek bir yapıya sahip olduğu unutulmamalıdır. Bu çalışmayla her hastanenin kendi içinde bulunduğu şartlara göre önceliklerini tespit ederek, bütünleştirme yolunda kendilerine hedefler belirlemelerini kolaylaştırarak sağlık hizmeti sunumunun da bakım ve kalitenin artırılması ve hasta çalışan memnuniyetinin artırılması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda Hastane yöneticileri ve sağlık çalışanları tüm hastalar için engellerin kaldırılması özellikle engelsiz mekânların daha hale getirilmesi planlanarak sağlık hizmeti sunumunda katılımları sağlanabilecektir.

10. Uygulamanın Bütçesi ve Finansmanı

Uygulamanın tüm bütçesi Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından karşılanmıştır.

Kaynaklar

- Berberoğlu, Esra(2011) Herkes için Erişilebilirlik , Özürlüler Vakfı RAF Dergisi, Ocak 2011, Sayfa 1-8
- Resmi Gazete (2013) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130503-1.htm>
- TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2013), Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Özürlüler Konusunda Uluslararası Dökümanlar, Özürlü hakları Bildirgesi , http://www.eyh.gov.tr/tr/8404/1-2_ek-Ozurlu-Haklari-Bildirgesi
- TBMM(2013) <http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-14302sgc.pdf>
- World Report on Disability, Dünya Sağlık Örgütü, 2011
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> Erişim tarihi 09/02/2012
- Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, 2009
- Türk Standardları Enstitüsü, 9111 Kasım 2012, Özürlüler ve Hareket Kısıtlılığı Bulunan Kişiler İçin Binalarda Ulaşılabilirlik Gerekleri
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ulaşılabilirlik Stratejisi ve Eylem Planı (2010-2011)
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yerel Yönetimler için Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Teknik El Kitabı, Ankara 2011.
- Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014
- Sağlık Bakanlığı, 2010/73-80 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırasına İlişkin Genelgesi”
- Sağlık Bakanlığı, Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge 2010/79
- Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılacak Sağlık Tesisleri İçin Proje Aşamasında Uyulması Gereken Hususlara Ait Genelge 2012/6
- Sağlık Bakanlığı, Hastane Hizmet Kalite Standartları, Ankara, 2011
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu
- Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Asansör Yönetmeliği, 31 Ocak 2007
- Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi

Ekler

EK.1: Çalıştay Katılımcı Listeleri

KAMU KURUMLARI TEMSİLCİLERİ
1. Adana Valiliği
2. Adana Büyükşehir Belediyesi
3. Adana Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü
4. Adana İl Gençlik Ve Spor Müdürlüğü
5. Adana İl Milli Eğitim Müdürlüğü
6. Adana İl Sağlık Müdürlüğü
7. Adana Baro Temsilcisi
8. Mimarlar Odası Temsilcisi
9. Çukurova Üniversitesi
10. Adana Bilim Ve Teknoloji Üniversitesi
ENGELSİZ HASTANELER PROJESİNE DESTEK VEREN SİVİL TOPLUM KURU- LUŞLARI
11. Ebi-Med (Engelli Bireylere İş Ve Meslek Edindirme Derneği)
12. Gör-Bir (Görmeyenler Kültür Ve Birleşme Derneği)
13. Kamuen-Der (Kamuda Çalışan Eng. Der.)
14. Kardelen Engelliler Derneği
15. Kulağım Olur Musun İşitme Engelliler Derneği
16. Sakatlar Derneği
17. Umudun Işığı Engelliler Derneği
18. Umut Dayanışma Engelliler Derneği
19. Yıldız Engelliler Derneği
20. Adana Amatörce Spor Kulübü
21. Adana Engelliler Spor Kulübü
22. Adana Görme Engelliler Spor Kulübü

23. Ayas Engelliler Sanat Ve Spor Kulübü
24. Genç Engelliler Gençlik Ve Spor Kulübü
25. Martı Engelliler Spor Kulübü
26. Türkiye Bedensel Engelliler Federasyonu
27. Türkiye İşitme Engelliler Spor Federasyonu
28. Umudun Işığı Engelliler Spor Kulübü
29. Yıldız Engelliler Spor Kulübü
30. Özel Deniz Kızım Özel Eğitim Okulu
31. Hacer Özdemir Özel Eğt. Ve Rehb. Mkz.
32. Turuncu Özel Eğitim Ve Rehb. Mkz.
33. Mehmet Kamuran Tekin Eğitim Uygulama Okulu Ve İş Eğitim Merkezi
34. Niyazi Eker Biçer İlköğretim Okulu Ve İş Okulu
35. Oğuz Kağan Köksal Görme Engelliler İlköğretim Okulu
36. Seyhan İşitme Engelliler İlköğretim Okulu
37. Altı Nokta Körler Derneği
38. Artı Özel Eğitim Gönüllüleri Derneği
39. Atoder (Adana Talasemi Ve Orak Hücre Anemi Hastalıkları Koruma Ve Dayanışma Derneği)
40. Çöz-Der (Çukurova Özürlüler Derneği)
41. Çukurova Özel Eğitim Kurumları Derneği

EK.2: Kitap Kapağı



Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Yaralarının Oluşumunun Engellenmesi Ve Oranların Düşürülmesinde Nutrisyon Ekibi Farkı Denizli Devlet Hastanesi Örneği

Nevin ŞAHİN¹
Op.Dr.Sami CEBELLİ²
Tijen KURT³

Özet

Sağlık Bakanlığı, daha kaliteli ve nitelikli hizmet sunmak amacıyla sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta odaklı yaklaşım ve hizmet kalitesinin değerlendirilmesi konularını esas almaktadır. Bu kapsamda performans çıktılarımızı ölçtüğümüz “İndikatör Sistemi” bizim için çok önemli bir araçtır. Bir yoğun bakım ünitesinde hizmet kalitesinin değerlendirilmesi açısından en önemli parametre ise “Bası yarası Oranı”dır.

Hastanemizde bu çerçevede İndikatör ve Birim hedefleri ile ölçtüğümüz Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi Bası Yarası Oranlarını yaptığımız bu çalışma ile düşürmeyi hedefledik

Bu amacı gerçekleştirebilmek için, sisteme farklı yöntemler dahil etmemiz gerekliliğinden yola çıkarak “Nutrisyon Timi” kurulması sürecini başlattık. Bu işbirliği sayesinde İndikatör yönetim sistemi çıktılarının, uygulamaya yansıtılması ve farklı birimlerle işbirliği sonucu Hasta güvenliği, Etkinlik ve Etkinliliğin sağlanması ile aynı zamanda mali giderlerin ciddi anlamda azalması sağlanmıştır.

Çalışmamız sonucunda Bası Yarası Oluşumunu önleme ve oranı azaltmada multi disiplinler bir yaklaşımla yeni uygulamalar ışığında olumlu verilere ulaştık. Bu konuda örnek teşkil edecek olan çalışmamızın kurum içi, ve il içinde yaygınlaşması gelecek dönemin hedefi olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İndikatör Sistemi ,Bası yarası Oranı, Nutrisyon Timi

1 Denizli Devlet Hastanesi ,Kalite Yönetim Direktörü nevinsahin20@hotmail.com

2 Denizli Devlet Hastanesi,Başhekim Yardımcısı .samicebelli@yahoo.com

3 Denizli Devlet Hastanesi,Cerrahi Yoğun Bakım Sor.Hem. tijenkurt@hotmail.com

Abstract

Ministry of Health is predicated on patient safety, employee safety, patient-centered approach and evaluation of the quality of service in the health institutions and organizations to present more and better quality services. In this context, indicator system that we use to evaluate the performance outcomes is a very important implement for us. The most important parameter in an Intensive Care Unit to evaluate the quality of the service is "Decubitus Ulcers Rate". So, with this Project, we intended to reduce the rate of the Surgical Intensive Care Decubitus Ulcers Rate that we evaluate through Indicators and The target of the unit Document, in our hospital. To meet this goal, we initiated the procedure of assembling "Nutrition Team" because of the necessary of different methods. Thanks to this cooperation, it was achieved to add the outcomes of the Indicator System to the applications. Moreover, by courtesy of cooperation with different units it was provided to keep patient safety, efficiency and effectiveness and to reduce financial expenses reasonably. At the end of our study, through multidisciplinary approach and in light of the new applications we got positive data about prevention and reduction of creation of Decubitus Ulcers. And to generalize the use of this exemplary study intra-company and in the city was determined as a target of future.

Key Words: Indicator System, Decubitus Ulcers Rate, Nutrition Team

1- Çalışmanın Amacı

Bası yarası birçok ülke gibi ülkemizde de önemli sağlık problemlerinden biridir. Bası yaralarının uygun önlemler halinde önlenabilir olması konunun önemini arttırmaktadır.

Bası yaralarının;

- Hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini azaltıp, bağımsızlığın kaybedilmesi, sosyal izolasyon gibi fiziksel ve sosyal sorunlara neden olduğu,
- Nazokomiyal enfeksiyon oranı arttırdığı,
- Sağlık hizmetlerinde maliyeti yükselttiği ve Hastanede kalış süresinin uzamasına neden olduğu bilinmektedir.

Allman yaptığı çalışmada, bası yarası gelişmesinin yatış süresini ortalama 5 kat arttırdığını rapor etmiştir. Ayrıca; Morbidite ve mortaliteyi arttırdığı ve bası yarası olan hastalarda olmayanlara göre mortalite riskinin 4,5 kata kadar yükseldiğini

bildirilmektedir. (Allman RM, Ann Intern Med 1986;105:337-42.)

Yukarı da saydığımız komplikasyonlar çalışmamızın konusunun **“Bası yaralarının önlenmesi ve oranın düşürülmesi”** olarak seçmemizde etkili olmuştur. Ayrıca Cerrahi Yoğun Bakım ünitemiz konu ile ilgili SİYÖSe düzenli olarak veri gönderen Türkiye’deki 19 kurumdan bir tanesidir. Proje konumuzun yoğun bakım işleyişi ve indiktor takibi ile direkt ilgili olması ve SİYÖSe girdiğimiz 4 temel veriden biri olması sebebiyle konunun önemini arttırıp, çalışma konusu olarak **“Bası Yarası Ölçümünü”** seçmemizde etkili olmuştur. Bu nedenle 01/10/2012 tarihinde ekibimizi oluşturarak çalışmaya başladık. Çalışmamızı 30/04/2013 tarihinde bitecek şekilde planladık. Sonrasında takiplerimiz birim hedefleri ve indiktor çalışmaları çerçevesinde devam etmektedir. 2012 yılı Ocak- Eylül döneminde bası ülseri oranımız 2.45 idi. Bu oranın 3. sınıf diğer yoğun bakım hizmeti veren hastaneler incelendiğinde yüksek olmadığı görülmekle birlikte, kendi oranlarımız içinde yüksek bir oran olduğu tespit edildi. Başlangıç değerimiz olan % 2.45 oranını; Çalışma süremizin **2012 Ekim-2013 Nisan dönemi bitiminde %50 azaltarak % 1,23 e getirmeyi hedefledik. Ana hedefimiz olan bu orana ulaşmak için çalışanların konu ile ilgili farkındalıklarını arttırıp, uygulamaya dönüştürmeleri amacıyla kişi başına düşen eğitim saatlerini de 5 saatten %100 oranında yükselterek 10 saate çıkarmayı hedefledik. Böylece temel hedefimiz olan Bası Yarası Oranını düşürmenin yanı sıra eğitim oranlarını yükseltmeyi çalışma konumuza dahil ettik.**Hastanemiz Cerrahi yoğun bakım ünitesi 3.basamak, 18 yatak kapasiteli %100 doluluk oranı ve 40 çalışanı ile hizmet veren bir ünedir. Bası ülseri yara takip oranlarımızı indiktor kapsamında takip etmekteyiz.

2- Sağlıkta Kalite Standartları Ve Verimlilik Değerlendirmesi İle İlgisi

Sağlık Bakanlığı SKS Rehber kitabının hem yönetim hizmetleri hem de sağlık bakım hizmetleri dikey boyutlarında “yoğun bakım hizmetleri” net bir şekilde ifade edilirken (00.02.10.02.01.syf.189) hizmet kalitesinin değerlendirilmesi açısından en önemli parametre **bası yarası** oranıdır. Ayrıca 4 dikey boyut olan indiktor yönetiminde ise bası yarası oranlarının takibi (00.04.01.04.00.H) ilgili standart maddesiyle yapılmaktadır. TKHB Verimlilik Karnesi Gösterge kartları içinde 663 sayılı KHB kanunun 34. maddesiyle izlenmektedir.(TKHB Kurumu Birlik Değerlendirme El Kitabı /2012 syf.97-98-99) Ayrıca sağlıkta performans ve kalite yönergesinin yoğun bakım hizmetleri standartları arasında bası yarası takibi önemli bir yer teşkil etmekte, bu çalışmamızın önem ve gerekliliğini arttırmaktadır.(Hastane Hizmet Kalite Standartları,İndiktor Yönetimi/2011-syf 189)

00 04 01 03 00 H Yoğun Bakım Mortalite Oranları incelenmelidir.

00 04 01 04 00 H Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Yarası Oranı incelenmelidir.

00 04 01 05 00 H Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane enfeksiyon hızları izlenmelidir.

00 04 01 10 00 H Yoğun Bakım Ünitesine Tekrar Yatış Oranları izlenmelidir.

Maddeleri uygulamanın ilişkili olduğu sağlıkta kalite standartlarıdır

3- Uygulama Süreci

Ekip , çalışma süresince 7' si planlı 4' ü plan dışı olmak üzere toplam 11 kez toplanmış ve toplantı karar defterinde kayıt altına almıştır.(Ek.2) Yoğun bakımın çalışma esasını oluşturan ilkeler doğrultusunda yatışı kabul edilen hastanın kabul esnasında genel gözlem ve bakım işlemleri yapılır. Bu işlemler sırasında hastanın tüm vücudu gözlemlenerek “**Braden Skalası**” risk faktörü belirlenip hasta, hemşiresi tarafından takibe alınır. Kalite birimiyle yaptığımız işbirliği sürecinde “Yoğun Bakım İşleyiş Prosedürümüz”(YBH.PR.203)gözden geçirilerek SHKS rehberine tam uyumu sağlandı. Hastanemizde geçerliliği ve güvenilirliğinin yüksek olmasından dolayı (YBH.FR.044) kod numaralı “**Yara Takibi Formunda**” Braden Skalası kullanılmaktadır. Bası yaraları 4 evrede takip edilir. Her evrenin kendine has tedavi ve bakım yöntemi vardır. En önemli evre 1. evre olup, amaç hastalarda bası yarası oluşumunu önlemektir.Proje ekibi çalışma süresince **1.evrenin oluşumunu önlemeyi temel unsur olarak görmüştür.**1.evredeki bakım kalitesi arttırılarak üst yönetimin desteğiyle kullanmak istenilen yara bakım ürünleri ve malzemeler temin edilmiştir.Önceki işleyişte 4 saatte bir olan pozisyon verme sıklığı 2 saate alınmıştır. Hastaların basınç noktaları göz önüne alınarak yatak içinde yastıklar yardımıyla 2 saat arayla en uygun pozisyonlar verildi. Her gün hastaya saat 10:00–12:00 arası genel vücut bakımı yapılarak hastanın yatak çarşafı değiştirilip gergin ve düzgün olması sağlandı. Ayrıca her defekasyondan sonra ve vücut kirliliğinden sonra da genel vücut bakımı tekrarlandı.Tüm bu uygulamalar hemşire gözlem formuna kaydedildi.(YBH. FR.297) Bası yarası oluşan hastalara otomasyon üzerinden veri girişi yapılarak takibe alındı,kayıtlar indikatör formuyla Kalite Yönetim Birimine'ne iletildi. (İND.FR.766)Normal işleyiş programımıza ilaveten çalışma süremiz olan 7 aylık sürede EKK ile düzenli ziyaretler yapılmış(ENF.FR.477) bası oranlarını azaltmak amaçlanarak kurulmuş olan nutrisyon komitesinin günlük düzenli hasta takipleri başlamıştır.(KLN.FR.1149)Çalışan sayımız üst yönetimle görüşmelerimiz sonucunda arttırılmış, birim çalışanlarının konuyla ilgili EKK'nin ve Nutrisyon Komitesinine ait eğitimler arttırılmıştır(YÖN.FR.148) Birim içinde de bası yarası eğitimlerine ilave olarak birim sorumlusu Yara bakım derneğinin organize ettiği uluslar arası katılımlı yara bakım eğitiminden sonra son yenilikler çerçevesinde eğitim vermiştir.

Çalışmamızda başarıya ulaşmak için yeni bakım ve pansuman teknikleri geliştirildi. Daha önce 4-6 saatte bir pozisyon değişikliği yapılmakta idi. Servis içi eğitimler verilerek , hareketsiz , yatağa bağımlı tüm hastalarda bu aralığı en az 2 saatte indirdik. Tüm çalışanlar bu konuya gerekli hassasiyeti gösterdi. Hemşire gözlem formlarına pozisyon saatleri kaydedilerek kayıt altına alındı. Ayrıca pozisyon sırasında hastaların koltuk altından çekme yerine, çarşaf yardımıyla düzeltilmesi sayesinde makaslamaya bağlı oluşabilecek komplikasyonlar önendi. Hastaların 2 saatte bir pozisyon verilmesi sayesinde vücut sıvıları, drenler nedeniyle oluşan inkontinanslar daha kısa sürede fark edilerek bası yarası oluşumuna etken bir diğer faktör engellendi. Borik asitle uygulanan ıslak pansumanlarda yara kapatılmadan borik asitli tamponla 15 dakika bekletilerek pansumanın verimliliği artırıldı. Tüm bu işlemlerde asepti-antisepsi kurallarına uyularak **5 el endikasyonu** uygulandı. Bu konudaki farkındalık verilen eğitimlerle arttırıldı. (YÖN.FR.148)

Her hafta salı günleri hastaların risk durumlarına göre (inotrop kullanımı, cerrahi girişimler vb.) ünitemizde mevcut bulunan banyoda uygun şartlar sağlanarak hastalara genel vücut banyosu yaptırıldı. (YBH.FR.297) Bir diğer hemşirelik uygulamamız, hastaların vücut kuruluklarıyla ilgili bir yöntemdi. Vücutun nemli kalmasını önlemek amacıyla silme banyosunun ardından hastalar kurulandı. Deri kuruluğunu önlemek amacıyla vazelin uygulaması başlatıldı. Böylece kuruluğa bağlı deri tahrişi ortadan kaldırılarak bası yarası oluşması engellendi. Hastalara uygulanan tüm vücut bakımlarından sonra cilt ve mukoza antiseptiği (%1 polihexonid + %1 undesilenamidopropil) kullanımı artırıldı. Hastalarda daha önce sık görülen mantar enfeksiyonlarının azaldığı gözlemlendi. Hastaların beslenme bozuklukları da bası yarası oluşumunda önemli bir faktördür. Bu sebeple hastaların kalori ihtiyaçlarına göre **beslenmeleri, hastanın primer hekimi, hemşiresi ve nutrisyon komitesi tarafından** düzenlendi. Komite tarafından tüm yoğun bakım hemşirelerine eğitim verilip, servise gelen hastaların kilosu tartılıp günlük kalori ihtiyacı “**Nutrisyon Hasta Öneri Formu**” na kaydedildi. (KLN. FR.1149) Nutrisyon komitesinin 1 aylık çalışması sonucu beslenme ürünlerinin kullanımı % **2.22** oranında artıp, parenteral ürün kullanımı % **1.34** oranında gerilemiştir.

4- Uygulamanın Yapıldığı Bölümler

Proje kapsamında yaptığımız çalışma öncelikle pilot bölge olarak seçtiğimiz Cerrahi Yoğun Bakım ünitesini kapsamış, proje odaklı olarak da Eğitim birimi, Kalite birimi, EKK ve Nutrisyon ekibi ile işbirliğine gidilmiştir. Birimdeki farkındalığı arttırmak amacıyla kişi başına düşen eğitim saatlerini 5 saatten %100 oranında arttırarak 10 saate çıkarmak hedeflendiği için halen eğitim birimi ve E.K.K ile işbirliği devam etmekte, Nutrisyon timi ise tüm yoğun bakımlara ve

klinalere (konsültasyon istenmesi halinde) hizmet vermektedir.pilot uygulama ile başlanan çalışma tüm hastaneye yayılmıştır.(şekil 1-2)

CERRAHİ YOğUN BAKIM ÜNİTESİ GÖRÜNTÜLERİ



şekil-1



şekil-2

Tablo 1: 7 Aylık Bası Yarası Oranları

AYLAR	Hasta Sayısı	Bası Yarası Sayısı	Bası Yarası Oranı
Ocak	103	3	2.9
şubat	87	7	8
Mart	107	3	2.8
Nisan	89	2	2.2
Mayıs	129	1	0.77
Haziran	114	3	2,63
Temmuz	105	1	0.95
Ağustos	106	2	1,88
Eylül	138	2	1.4
2012 TOPLAM	978	24	2.45

AYLAR	Sacrum	Baş	Topuk	Scapula	Gluteal
Ocak	2	1			
Şubat	5		1	1	
Mart	2	1			
Nisan	2				
Mayıs				1	
Haziran	2				1
Temmuz	1				
Ağustos	2				
Eylül	2				
2012 TOPLAM	18	2	1	2	1

BAKIM, TAKİP VE İZLEM GÖRÜNTÜLERİ



Şekil-3



Şekil-4

5 -Uygulamanın Takibi

Ekip ilk toplantısında aylık periyodik toplantılar yapma, gerektiğinde ise periyodu öne alma kararı almıştır. Toplantıların her ayın indikatör verilerinin izleminden sonra yapılması ekip üyelerinin uygun olduğu iş gününe planlandı. Ekip 7 olağan toplantılarının yanında çalışma süresince 4 kez gündem dışı toplanıp sorunları gözden geçirdi. Görev dağılımlarına göre veriler her toplantıda gözden geçirildi.

Toplantının birinci gündem maddesi olarak verilen görevlerin yerine getirilme durumu ve bir önceki toplantı kararları incelendi. Çalışmalarımız devam ederken 2013 Ocak ayında hedeflemiş olduğumuz bası yarası oranında artış olduğu görüldü. Yaptığımız ekip toplantılarında bunun temizlik personelinin azlığından kaynaklandığını saptadık. Buna bağlı olarak pozisyon saatlerinde sapma olduğunu, yatak çarşaflarının kırıksık kaldığı, bakım saatlerinin aksadığı tespit edildi. Bu durumlarla ilgili DÖF düzenlenip KYB bildirildi. Üst yönetimin personel ve yara bakım ürünleri temininde desteği sağladı. Ayrıca çalışma kapsamında çalışması hızlandırılması beklenen nutrisyon timinin resmi çalışma takvimi tahmini süreyi aştı (Aralık). Beslenme konusunda KEPAN derneğinden eğitim alındı.

El hijyeni izleme sonuçları enfeksiyon komitesinden alınarak her ay ki değerlendirme toplantılarında görüşüldü. Mevcut durumdaki sapmalara etkisi tartışıldı. Farkındalığı arttırmak için el hijyeni eğitimi Ocak ve Nisan aylarında tekrarlandı. Ayrıca birime yeni başlayan personelin eğitim açığını kapatmak için eğitim periyotları sıklaştırıldı, bunun sonucunda %100 arttırılması planlanan eğitim planları %140 a ulaşarak 5 saatten 12 saate çıkarılmış oldu. Birimdeki el hijyeni hatırlatıcı broşürlerinin kullanımı artırıldı.

6-Uygulamadan Öğrenilen Dersler

Anestezi ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinin 2012 yılı ilk 9 aylık bası yarası oranı 2,45 olarak hesaplandı. Çalışmamızda bu oranın % 50 si olan 1,23 seviyelerine düşürmek hedeflendi. Çalışma sonunda bu hedefin daha da altı olan 1.15 oranına başarı ile ulaşılmıştır. Bu da bize gösteriyor ki başlangıçta koyduğumuz %50 hedefi geçip çalışma sonunda % 53.1 arttırarak 1.15 ulaşılmıştır. Başlangıçta çalışanların eğitim seviyesi 5 saat iken %100 olarak belirlediğimiz hedefimiz çalışma sonunda %140 arttırılarak 12 saate getirilmiştir. Ayrıca birim personeline çalışmanın başlangıcında BYO konusundaki farkındalıklarını ölçmek için yapılan eğitim etkinliği ön test sonuçları % 63.4 seviyesinden çalışma sonrasında % 87.7e ulaşmıştı.



Şekil.5

BAŞHEKİM BAŐKANLIęINDA UZMAN HEKİMLERLE YAPILAN TOPLANTILAR



Şekil.6



Şekil.7



Şekil.8



Şekil.9 Hasta izlem ve takibi

NÜTRİSYON TİMİ HASTA VİSİTLERİ



Şekil.10



Şekil.11-12

YOĞUN BAKIM HASTA YATAĞI TARTI ALETİ



Şekil.13-14

7-Elde Edilen Sonuçlar

Tablo.3 7 Aylık Bası Yarası Oranları

AYLAR	Toplam Hasta Sayısı	Bası Yarası Oluşan Hasta Sayısı	Bası Yarası Oranı
Ekim	134	2	1,49
Kasım	81	0	0
Aralık	81	1	1,23
Ocak	84	2	2,38
Şubat	97	1	1,03
Mart	104	1	0,96
Nisan	112	1	0.89
Toplam	693	8	1.15

Tablo.4 Personel Eğitimleri

Eğitim Saati / Kişi Sayısı		Eğitim Etkiliği	
5 saat 35 kişi	12 saat 40 kişi	%63,4	%87,7

Literatürde bası yarası olan hastalarda olmayanlara göre mortalite riskinin 4 kata kadar arttığı bildirilmektedir.(Tanju BEĞER 2004 syf.6) Ayrıca bası yarası oranlarının açılma sıklığının uygun girişim , bakım ve eğitimlerle % 95 oranında önlenilebileceği görülmüş olup açılma sıklığı en erken 2 hafta içinde (1 evre) ve %75 oranla karşımıza çıkmaktadır. Buda bize gösteriyor ki çalışmamız süresince bakım ,bakım ürünlerinin çeşitliliği, eğitim, beslenme temel konu başlıklarında yaptığımız iyileştirme çalışmaları olmasa idi 7 aylık dönem toplam yatan 693 hasta sayımızda gerçekleşen rakam 8 hasta iken çalışma yapılmamış şartlar altında 36 hastada bası yarası gelişecekti ve kalış gününü de 5 kat oranında artaracaktı..Proje ekibi çalışması sonucu bası yarası önlemenin hem kalış gününe etkisini, hem de hasta üzerinde mortalite ve morbilite oranlarına olan yansımaları ortaya koymuştur.Çalışma süresince personel sayısı, bası yarası oranı, eğitim konu başlıklarında yapılan iyileştirmeler bize bası yarası oranlarının %53.1 oranında düşürülerek 1.15 seviyesine ulaşmasına, çalışan sayısının 35 ten 40 a çıkmasına eğitim oranlarında %140 a yükselmesine olanak sağlamıştır

8- Kurum Ve Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

Tırtıl ekibi çalışma konusu ile 2-3 basamak yoğun bakım ünitelerinde indikatör kapsamında takip edilmekte olan bası yarası oranını incelerken yöntem,teknik ve farkındalık oranını arttırarak hedefine ulaşmıştır.Çalışmamız kapsamında yaptığımız pozisyon aralıklarını sıklaştırmak,bakıma nitelikli eğitilmiş çalışanları dahil etmek,yeni bakım ürünleri kullanmak ve en önemlisi “nütrisyon ekibinin” kurulmasını hızlandırması ile yoğun bakım çalışmasını koordineli yürütmek bası yarası takibinde ciddi anlamda rol almıştır.Bu kapsamda özellikle 3 basamak hizmet veren yoğun bakım ünitelerinde “nütrisyon komitesinin” kurulması gerekliliği çalışmamızla ortaya konmuştur.

9- Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi

Yoğun bakım ünitelerinde bası yarası oranlarını takibini ve izlemini yapmak mevzuatlar bünyesinde olağan bir durum iken ekibimizin CYB yaptığıyöntem değişiklikleri kriterlerde kabul gören pozisyon verme aralıklarını 4-6 saatten 2 saate indirmekle başlamıştır.Bunun yanı sıra bakım ürünlerinde araştırmacı bir yol izlenerek var olan ürünlere bağlı kalınmamıştır.En önemlisi proje kapsamında kurulan nutrisyon ekibi CYB (SİYÖSe veri gönderen) ünitesinde çalışmalarına başlamıştır.Nutrisyon komitesinin kurulum aşamasında yaşanan artan iş yükü, eğitimlerin sıklığı çalışanlar üzerinde farkındalığı arttırdığı için birim içindeki çalışma barışını bozmamıştır.

10- Uygulamanın Bütçesi Ve Finansmanı

YOĞUN BAKIM BASI ÜLSERİ MALİYET TABLOSU

Evre	Yara Bakım Ürünü	Paket Ücreti	Kalış Günü	Toplam Maliyet
1.EVRE	104,75 tl.	779 tl.	4,9	3.817.100 tl.

Müdahale edilmeyen Bası Ülseri Oranı gelişen hastanın kalış gününü ortalama 5 kat arttırdığını düşünürsek de:**4.9gün X 5 = 24,5 gün buda 779tl. X 24.5gün = 19.085.500 tl maliyete tekabül eder.Bu rakamlara göre bu çalışmayla, hastanemiz bütçesine artı olarak 15.268.400 tl tasarruf katkısı sağlanmıştır.** Russa ve Elxhausser’in(2003) ve HCUP(2006) nin çalışmalarında basınç yarasının her bir bakım için maliyeti yıllık olarak 37.800\$ belirlenmiştir. Bu veriler ışığında proje çalışması sonucunda faydada ciddi kazanımlar elde ederken, maliyet olarak gösterilebilecek bir harcama olmamıştır.

Kaynaklar

- 1- SAĞLIK BAKANLIĞI(2011)Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,Performans yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Hastane Hizmet Kalite Standartları,Kalite İndikatörleri sayfa 189-192
- 2- SAĞLIK BAKANLIĞI(2011)Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,Performans yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı,SKS Işığında Sağlıkta Kalite 3.Cilt “İndikatör Yönetimi”sayfa 10-11-12
- 3-Tanju BEĞER İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Has.Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakımda Dekübit Ülserleri: Risk Faktörleri ve Önlenmesi 2004/sayfa 4-5-6
- 4-Allman RM, Laprade CA, Noel LB, et al. Pressure sores among hospitalized patients. Ann Intern Med 1986;105:337-42.
- 6-www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2007-03/html/2007-7
- 7-TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU BİLİRİK DEĞERLENDİRME EL KİTABI Yazarlar-Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığı Verimlilik Daire Başkanlığı/Ankara 2012

EK.1: Mevcut Durum Analizi(SWOT Analizi)

GÜÇLÜ YÖNLER	GELİŞMEYE AÇIK YÖNLER	ENGELLER	FIRSATLAR
3 Basamak yoğun bakım ünitesi olması (malzeme ve donanım)	Ekip üyelerinin bazılarının proje tecrübelerinin olmaması	İş yükünün fazla olması	Birim çalışanların eğitime açık ve konuya duyarlı olması
Yara bakım ekibinin olması ve düzenli çalışması	Hasta başına düşen hemşire sayısının azlığı	Yoğun bakım yatak kapasitesinden fazla hasta yatırılması	Hastane yönetiminin malzeme desteği, kalite yönetiminin proje desteği
Uzun süredir aynı birimde çalışan tecrübeli hemşirelerin varlığı	Sertifikalı hemşirelerin azlığı	Yasal mevzuatlar (SKS, KHB) verimlilik kriterleri	Enfeksiyon komitesi' nin eğitim desteği
Tüm hastaların ilk yatışından itibaren "Braden Skalası" na göre risk faktörlerinin belirlenip, takip edilmesi	Nutrisyon ekibinin kurulması		Ünitede 24 saat anestezi uzmanının bulunması
Yoğun bakım ünitesinde banyo varlığı	Yara bakım ürünlerinin çeşitlendirilmesi		Nutrisyon ekibinin kurulmasının planlanması
	Temizlik personelinin sayısının az olması ve sürekli değişmesi		

IV. SAğLIKTA KALİTE VE GÜVENLİK ÖDÜLLERİ

**“SKS EN İYİ ARAşTIRMA VE BİLİMSEL YAYIN ÖDÜLÜ”
DALINDA DERECEYE GİREN ALIşMALAR**

Hemşirelik Hizmetlerinin Ve Kayıtlarının Değerlendirilmesi

Rükuye BURUCU¹
Deniz S. ÖZDEMİR¹
Nesibe G. MOLU¹
Figen T. DÜDÜKCÜ¹

Özet

Hemşirelik bakımı ve yapılan bakımların kayıtları hasta ve çalışan güvenliği adına çok önemlidir. Ancak kalite kriterleri yönünden kurumlar değerlendirilirken hemşirelik bakımının ayrıntıları değerlendirilmemektedir. Kalite kriterlerinde olduğu gibi hemşirelik kayıtlarına ve bakımlarına da temel puanlar verilerek hemşirelik hizmeti sunumunun da nitel olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu ve Konya EAH Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Bu yüzden Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan birinci, ikinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelik hizmetleri 4 aylık süre içinde izlenmiş ve değerlendirilmiştir.

Toplam 33 sorudan oluşan “Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Formu” araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak oluşturulmuş, tüm yoğun bakımlar bu form ile değerlendirilmiştir. Çalışma Şubat 2013- Mayıs 2013 tarihleri arasında belirli günlerde yoğun bakımlarda gözlem yapılarak yürütülmüştür. Verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistik programı kullanılarak sayı, yüzde, ortalama kullanılmıştır. Evren bir yılda (2012) tüm yoğun bakımlara yatan hasta sayısı (10435), örneklem ise izlemlerin yapıldığı 3 aylık sürede yoğun bakımlarda yatan hastaların tamamı (2505)'dir. Tanımlayıcı bir çalışmadır.

Kayıtların yetersiz tutulduğu, hemşirelik bakımlarının istendik düzeyde olmadığı, kullanılan kayıt sisteminin etkin ve kolay kullanılmadığı saptanmıştır.

Sonuçta hastanedeki bakımda ve kayıtlarda en iyi ilk üç servis, en iyi ilk üç hemşire sıralaması yapılarak idari olarak ödüllendirme yoluna gidilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun Bakımlar, Hemşirelik uygulamaları, Hemşire kayıtları

¹ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, meramegitimaktif@gmail.com, 0332 3236709

Abstract

Nursing care and maintenance of the records on behalf of the patient and staff safety is very important. However, terms of quality criteria for institutions are not considered when evaluating the nursing care of the details. Quality criteria as in the nursing records and nursing care by giving points to the fundamental qualitative assessment of service delivery aimed. For this study has been allowed than Selçuk University-Health Science Faculty Ethics Committee and Konya Education and Research Hospital Educational Planning and Coordination Committee. Therefore, Konya Education and Research Hospital, in the first, second and third step intensive care units of the four-month period in nursing services are monitored and evaluated. Consisting of a total of 33 questions "Nursing Services Evaluation Form" by the researcher have been created according to the literature, all these forms was assessed by intensive care. This study has been performed, between February 2013 and May 2013 in intensive care units, and statistical analysis has been done with SPSS 15.0 statistical program of number, percentage and mean. The Universe in a year (2012) the number of patients hospitalized in intensive care all (1043), the follow-up sample is made of a 3-month period all patients hospitalized in the intensive care unit (2505) is. Is a descriptive study. Records are kept of the poor, is not in the expected level of nursing care, effective and easy to use recording system used were not defined. As a result of this study and the care records service separately in the top three best-performing administrative rank as the top three nurses were encouraged to reward.

Key Words: Intensive Care, Nursing practice, Nursing records

1. Giriş

1.1 Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelik Kayıtlarının Ve Bakımının Önemi

Yoğun bakım üniteleri sağlık kurumlarının karmaşık cihazlarla donatılmış, genel görünüm ve atmosferi ile yalıtılmış özel alanlardır (Kavaklı ve ark, 2009: 168- 123). Yoğun bakım hemşiresinin temel görev ve sorumluluklarının başında hastanın tanınması, sürekli izlemi, tedavilerinin planlanması ve uygulanması, bakım ihtiyaçlarının karşılanması gelir (Göçmen ve ark, 2012:2- 8). Bu birimlerde özel amaçları ve becerileri olan sağlık personeli, hızlı ve yoğun bir tempoda çalışmaktadır. Hastaların güvenliği ve yoğun bakım hizmetlerinin etkin olarak yürütülmesinde yoğun bakım ekibinin profesyonel davranışları büyük önem taşımaktadır (Kavaklı ve ark, 2009: 168- 173). Hemşirenin yoğun bakım gereksinimlerine yanıt verebilmesi için; gelişmelere ve yeniliklere kolaylıkla uyum sağlayabilmesi, bilgiyi araması, sorgulaması, eleştirel düşünebilmesi, sorunlara çözüm getirebilmesi dolayısıyla üretici düşünceler üretebilmesi

bunun yanında dünyadaki diğer meslektaşları ile her türlü iletişimi kurabilmesi ve entellektüel gelişimlerini sürdürerek toplumsal duyarlılığa sahip olması gerekmektedir (Eşer ve ark, 2007:13- 22). Yoğun bakım bilgi ve uygulamaları, bilim ve teknoloji dekigelişmelere paralel olarak her geçen gün yenilenmekte ve gelişmektedir. Yoğun bakım hemşiresi sağlık alanındaki yenilikleri yakından takip etmelidir. Yoğun bakımlar, sağlık ekibinin vazgeçilmez elemanı olan hemşireler için, diğer çalışma alanlarından oldukça farklıdır. Yoğun bakım hemşireliği çok özel eğitimleri ve uygulamaları kapsayan, araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerekli kılan bir hemşirelik alanıdır (Kavaklı ve ark, 2009: 168- 173).

Yoğun bakım ünitelerinde profesyonel hemşirelik bakımının verilebilmesi, hemşirelerin motivasyon, iş doyumu ve moral düzeylerinin yüksek olması ve kanıta dayalı uygulamalar sayesinde olacaktır (Kavaklı ve ark, 2009: 168- 173).

Hemşirelik kayıtları, hasta bakımının değerlendirilmesinde, bakımının sürekliliğini sağlamada, klinik ve yönetsel kararların oluşturulmasında ve verilen bakımın yasal kanıtlarının gösterilmesinde temeldir. Hemşirelik kayıtları, hasta verileri ile ilgili sağlık bakımının diğer çalışanları ile iletişimi sağlamada hemşireleri ve diğer çalışanları hatalı uygulamaların neden olabileceği tehditlerden korumada gereklidir. Kayıtlar hemşirelik bilgisinin gelişimini sağlayan veri tabanını oluşturur ve hemşirelik eğitimi ile klinik uygulama standartlarının gelişimi için değerlendirme ölçütlerini oluşturmaya yardım eder. Hastaya ait hemşirelik girişimlerinin kaydedilmesi, sağlık ekibinin hastanın bakım ve tedavisiyle ilgili olan tüm bilgilere kolayca ulaşmasını sağlar ve temel bir bilgi kaynağı olarak hizmet eder. Bu nedenle hemşirelik kayıtları, hastaya verilen bakımı doğru bir şekilde yansıtmalıdır. Doğru ve tam kayıtlar, yüksek kalitede bakımın yaşamsal bir parçasını ifade eder (Türk ve ark, 2010: 171- 174).

2. Amaç

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki birinci, ikinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik bakımı ve kayıtlarının nitel olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3. Gereç Ve Yöntem

Araştırmada araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan hemşirelik uygulama değerlendirme formu kullanılmıştır. Form, hemşirelik uygulamaları ve kayıtlarını sorgulayan 33 ayrı sorudan oluşmaktadır. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu ve Konya EAH Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Yapılacak olan izlemin nasıl yapılacağı klinik

çalışanları ile paylaşılmış, değerlendirmeler klinik sorumlu hemşiresi eşliğinde eğitim hemşireleri tarafından yapılmıştır, izlenen ve değerlendirilen tüm başlıklar hakkında klinik çalışanlarının hepsine en az bir kez eğitim verilmiş, daha sonra izlenmeye başlanmıştır. Çalışma Şubat 2013-Mayıs 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistik programı kullanılarak sayı, yüzde, ortalama kullanılmıştır. Evren bir yılda (2012) tüm yoğun bakımlara yatan hasta sayısı (10435), örneklem ise izlemlerin yapıldığı 3 aylık sürede yoğun bakımlarda yatan hastaların tamamı (2505)' dir. Tanımlayıcı bir çalışmadır. Hemşirelik hizmetleri değerlendirme formu kullanılarak değerlendirme yapılmıştır (Resim 1).

Resim 1: Hemşirelik hizmetleri değerlendirme formu örneği

- Hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesi için klinik değerlendirme formları oluşturuldu ve değerlendirildi.

Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Formu
Yoğun Bakım Üniteleri

Uygulamalar	Tarih	Tarih	Tarih	Tarih	Tarih
1. Kalite planları hazırlanıp uygulanıyor mu?					
2. Kalite planları zamanında olarak uygulanıyor mu?					
3. Hasta yakınları bilgilendiriliyor mu?					
4. Hasta yakınları eğitiliyor mu?					
5. Değerlendirme değerlendiriliyor mu?					
6. Çalışmalar dünya standartları ölçülüyor mu?					
7. AKAİ uygulanıyor mu?					
8. Değerlendirme uygulanıyor mu?					
9. Fizyolojik verilerin izlenmesi ve değerlendirilmesi uygulanıyor mu?					
10. Akut bakımlar uygulanıyor mu?					
11. Mediyasyon uygulanıyor mu?					
12. Mediyasyon yapıldığı belirtiliyor mu?					
13. ETT yapıldığı belirtiliyor mu?					
14. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
15. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
16. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
17. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
18. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
19. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
20. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
21. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
22. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
23. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
24. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
25. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
26. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
27. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
28. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
29. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
30. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
31. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
32. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					
33. Hastaların aileleriyle görüşülüyor mu?					

Hemşirelik hizmetleri ve hemşirelik kayıtları resim 1' de yer alan değerlendirme formu ile izlenerek değerlendirilmiştir.

Tablo 1: Hemşirelikte kullanılan skalaların kullanılması durumu

Kullanılan Skalalar	Kullanılma oranı (%)
Bası yarası skalası	40,4
Ağrı skalası	29,8
Düşme riski skalası	42,6
Glaskow koma skalası	30,2

Hemşirelik hizmetlerinde zorunlu olarak kaydedilmesi gereken dört ayrı skaladan en fazla kullanılanı düşme riski ölçeği (% 42,6), ikinci sırada bası yarası skalası (% 40,4) yer almaktadır. Glaskow koma skalası (% 30,2) ve ağrı skalası (% 29,8) en z kullanılan iki skala olarak tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 2: Hemşirelik bakımlarının uygulanması durumu

Hemşirelik uygulaması	Uygulanma oranı (%)
Kateter pansumanı yapılması durumu	57,4
Pansuman tarihinin kaydedilmesi durumu	68,1
Mailerin etiketlenmesi durumu	59,6
AÇİT yapılması/ kaydedilmesi durumu	70,2
Dren takibinin yapılması/ kaydedilmesi durumu	90,9
Pozisyon takibinin yapılması/ kaydedilmesi durumu	42,5

Hemşirelik bakımlarının kayıtları ve etiketlenmesinin yapılması durumuna bakıldığında en fazla dren takibinin yapıldığı ve kaydedildiği (% 90,9), ikinci sırada AÇİT (Aldığı- çıkardığı idrar takibi) (% 70,2) nin yer aldığı saptanmıştır. Yapılan pansumanların % 68,1' ine pansuman tarihlerinin kaydedildiği, mailerin % 59,6' sının hasta kimlik bilgilerini içerecek şekilde etiketlendiği, santral kateter pansumanlarının % 57,4 oranında yapıldığı, pozisyon takiplerinin de % 42,5 yapıldığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3: Hemşirelik bakımlarının uygulanması durumu

Hemşirelik bakımları	Uygulanma oranı (%)
Ağız bakımının yapılması durumu	57,5
NG sonda bakımının yapılması durumu	64,7
Stoma bakımının yapılması durumu	100,0
Aseptik hatların temizliği durumu	48,9
Beslenme maisinin gönderildiği hattın uygun olması durumu	64,0
Kan ve kan ürünü transfüzyon takibinin yapılması durumu	94,4

Hemşirelik uygulamalarından stoma bakımının en fazla yapıldığı (% 100), kan ve kan ürünleri tırsfüzyonunun kayıtlarının % 94,4 oranında tutulduğu, ağız bakımının % 57,5, NG (nazogastrik sonda) bakımının % 64,7, beslenme maisinin doğru hattan gönderilmesinin % 64,0, aseptik hatların temizliğinin % 48,9 oranında sağlandığı gözlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: Hemşirelik bakımlarının uygulanması durumu

Hemşirelik bakımları	Uygulanma oranı (%)
Göz bakımının yapılması ve doğru kapatılması durumu	23,5
Mahremiyete özen gösterilmesi durumu	40,4
Ara çarşafı kullanılması durumu	34,0
Saplama tedavi uygulanması durumu	14,9
Kateterheparinizasyonunun doğru yapılması durumu	16,7
Gereksiz yere bulunan periferikkateterinin bulunması durumu	19,1

Bilinci kapalı hastaların gözlerinin kurumaması için göz bakımı yapıldıktan sonra oftalmikpomad sürülerek uygun şekilde kapatılan hastaların oranı % 23,5, yatağa bağımlı hastada ara çarşafının kullanılması oranı % 34,0, hasta mahremiyetine dikkat edilmesi oranı % 40,4, uygunsuz şekilde saplama tedavi yapılması oranı % 14,9, kapalı tutulması gereken kateterlerin doğru olarak heparinize edilenlerinin oranı % 16,7, gereksiz yere birden fazla periferikkateteri olan hastaların oranı % 19,1 olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5: Hemşirelik bakımlarının uygulanması durumu

Hemşirelik bakımları	Uygulanma oranı (%)
Kateter kapaklarının yerleşiminin uygunluğu durumu	48,8
Ventilatör devrelerinin temizliği durumu	82,6
Ventilatörmodlarının kaydedilmesi durumu	70,0
ETT' lerin temizliği	66,7
Steril aspirasyonun doğru uygulanması durumu	66,7

Venöz ve arteriyelkateterlerin kapaklarının doğru şekilde kapalı tutulması oranı % 46,8, ETT (Endotrakeal tüp) lerin temiz tutulması oranı % 66,7, steril ETT içi aspirasyonun doğru uygulanması oranı % 66,7, ventilatörmodlarının kaydedilmesi oranı % 70,0, ventilatör devrelerinin temiz muhafaza edilmesi oranı ise % 82,6 olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6: Hemşirelik bakımlarının uygulanması durumu

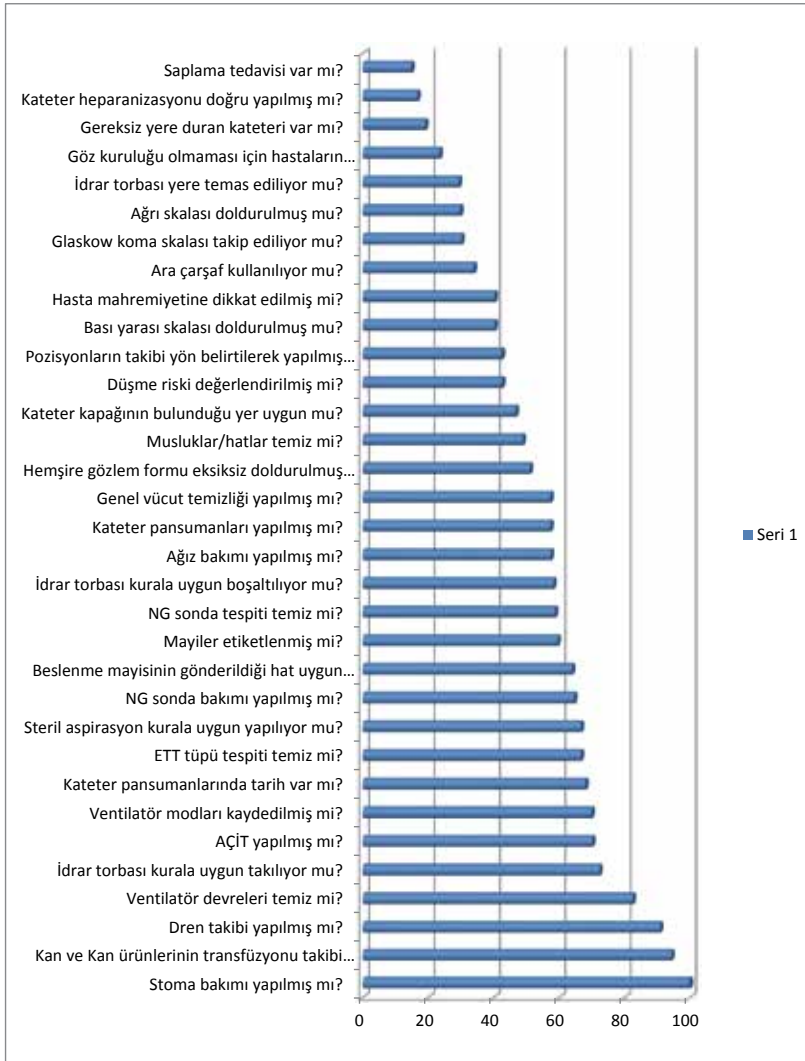
Hemşirelik bakımları	Uygulanma oranı (%)
Ürinerkateter uygulamasının tekniğe uygun olması durumu	72,4
Ürinerkateterin yere temas etmesi durumu	29,4
İdrar torbalarının kurala uygun boşaltılması durumu	58,3
Genel vücut temizliğinin yeterli yapılması durumu	57,4
Hemşirelik uygulamalarının eksiksiz kaydedilmesi durumu	51,1

Ürinerkateterlerin % 72,4' ünün kurala uygun takıldığı, idrar toplama torbalarının musluklarının % 29,4 oranında yere temas ettiği, idrar torbalarının % 58,3' ünün kurala uygun boşaltıldığı, hastaların % 57,4' ünde genel vücut temizliğinin yapıldığı, tüm yapılan işlemlerin % 51,1 oranında hemşirelik gözlem kağıdına kaydedildiği tespit edilmiştir (Tablo 6).

Resim 2: Yoğun Bakım ünitelerindeki hemşirelik hizmetlerine göre yoğun bakımlarının hemşirelik hizmetlerinin puanları

Yoğun bakım üniteleri yaptıkları uygulamalara göre puanlandığında uygulamalarının; dahiliye % 66,9, nöroloji % 65,45, reanimasyon % 53,8, koroner % 51,50, çocuk hastalıkları % 39,6, göğüs hastalıkları % 37,27, cerrahi % 26,51' ini eksiksiz yapmış olduğu saptanmıştır (resim 2).

Resim 3: Yapılan hemşirelik uygulamalarının uygulanmadaki sıralaması



Tüm uygulamaların sıralaması tablo 3' de verilmiştir.

5. Tartışma

Hemşirelik uygulamalarında ağrı skalası, bası yarası skalası, glaskow koma skalası ve düşme riski ölçeğinin kullanılması çok önemlidir. Çalışmamızda ağrı takibinin % 29,8 oranında skala kullanılarak yapıldığı tespit edilmiştir. Oysa tüm hastaların ilk kliniğe yatışı anında ağrı değerlendirmesinin yapılması, sonrasında da ihtiyacı olduğu durumlarda yapılmaya devam edilmesi gerekmektedir. Oysa ki ağrı probleminde ağrı kontrolüne yönelik girişimlerin hemşirenin etkin rol aldığı uygulamalar olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Ay ve Alpar, 2010: 21- 29) hemşirelerin % 67,7' sinin ağrı değerlendirme ölçeklerini kullanmadığı, özel hastanede çalışanların daha fazla oranda ağrı değerlendirme ölçeği kullandıkları belirtilmiştir. Bu farklılığın nedeni özel hastanede çalışan hemşirelerin bakmakla yükümlü oldukları hasta sayısının az olması ve kalite yükseltme çalışmaları gibi nedenlerle ağrı değerlendirme ölçeği için zaman ayırabildikleri vurgulanmıştır (Ay ve Alpar, 2012: 21- 29). Yoğun bakımlarda hemşire sayısının yetersizliğinin buna sebep olan önemli bir unsur olduğu vurgulanmaktadır (Türk ve ark, 2010: 171- 174)(Resim 1).

Bası yarası hemşirelik bakımının önemli göstergelerinden biridir. Bası yaralarının risk değerlendirilmesi ve önleme çabaları bası yarası gelişimini büyük ölçüde engelleyecektir (Sebit, 2008: 17- 21, Beğer, 2004: 244- 253). Sağlıkta kalite standartları gereği yoğun bakım hizmetlerinin takibi açısından bası yarası skalasının gerekliliği vurgulanmıştır (Sağlıkta kalite standartları, 2011). Risk değerlendirmesi yapılmayan kurumlarda basınç ülseri görülme sıklığının daha yüksek olduğu, risk düzeyi ile ilişkili olarak önleyici bakımın uygulanması durumunda basınç ülseri görülme sıklığının %60 oranında azaldığı ve bakım maliyetinde de önemli miktarda azalma olduğu bildirilmektedir (İnan, 2009: 78). Yoğun bakım hemşirelerinin ölçek kullanması riskli hastayı tanımlarını ve profesyonel hemşirelik bakımı vermelerini ve bası yarası oluşmamasını destekleyecektir. İnan 'ın(2009) çalışmasında ülkemizde klinik ortamlarda basınç ülseri risk değerlendirme ölçeklerinin yaygın olarak kullanılmadığı, basınç ülserini önleyici bakım uygulamalarının formal risk değerlendirmesi yapılmaksızın sınırlı düzeyde uygulandığı bilinmektedir. Çalışmamızda da bası yarası ölçeklerinin % 40,4 oranında doldurulduğu gözlenmiştir. (Resim 1).

Bası yaraları daha çok dışarıdan gelen basınç sonucu vücut yüzeyindeki sıkışma, sürtünme ve yırtılma sonucu gelişmektedir (Ökdemir, 2008: 59- 68). Hemşirelik bakımında dikkat edilmesi gereken nokta yatak çarşaflarının kırıksız olması ve sürtünmenin engellenmesi için çaba gösterilmesidir. Bu doğrultuda ara çarşaf kullanılması sürtünmeyi engelleyecektir. Yaptığımız çalışmada yoğun bakımlarda ara çarşafının % 34,0 oranında kullanıldığı saptanmıştır (Tablo 4).

Glasgow koma skalası hastanın bilinç durum değerlendirmesinde kullanılır. Beyin hasarı ve komanın tanınması ve takibinde önemlidir (Teasdale, 1974: 82). Hastanın taburculuk durumu, sevk, ex olması durumları için karar verilmesinde önemli bir göstergedir (Ateşçelik, 2003: 103- 105). Bu sebeple hemşireler tarafından da belirli aralıklarla değerlendirilmesi uygun olacaktır. Ancak çalışmada hemşirelerin hastaların % 30,2' sinde Glaskow koma skalasını takip ettikleri görülmüştür (Tablo 1).

Kateteri olan tüm hastaların pansumanının yapılması, pansumanların üzerine pansuman tarihinin kaydedilmesi, mailerin hasta kimlik bilgileri karışmayacak şekilde etiketlenmiş olması (Sağlıkta kalite standartları, 2011), AÇİT gereken hastada mutlaka yapılması ve kaydedilmesi, dreni varsa takip edilmesi ve kaydedilmesi, bası yarasına engel olmak için iki saat aralıklarla pozisyon değişikliği yapıp değişimin kaydedilmesi çok önemlidir (Wuu ve ark, 2009: 278). Ancak çalışmada yoğun bakımlarda pozisyon değişikliğinin 2 saate bir yapılması oranı % 42, 5 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Kan ve kan ürünleri takibi kalite kriterleri gereği (Sağlıkta kalite standartları, 2011). hemşire tatarından yapılmalıdır. Çalışmamızda kan ürünleri transfüzyonunun % 94,4 gibi yüksek bir oranı takip edildiği görülmektedir. Stoma bakımının tamamı uygulanmış ve kaydedilmiştir. Ağız, NG, bakımlarının da mutlaka yapılması gerekirken uygulama oranları sırasıyla % 57,5 ve % 64,0 olarak tespit edilmiştir (Tablo 3).

Hastane enfeksiyon komitesi (Konya EAH talimatları, 2013) kararları gereği hastanın aseptik hatları aseptik bütünlüğü bozulmadan muhafaza edilmeli, temizliği sağlanmalıdır. Ancak çalışmada aseptik hatların % 48,9' unun temizliğinin korunabildiği (Tablo 3).

Total parenteral beslenen yoğun bakım hastalarının beslenme maileri osmolaritesine göre santral ya da periferikvenden uygun olanı tercih edilmelidir. Çalışmada beslenme mailerinin % 64,0' ının uygulanma yolunun doğru olduğu saptanmıştır (Şentürk, 2011: 69). (Tablo 3).

Bilinci kapalı olan hastaların gözlerinin korunması için temizlendikten sonra serum fizyolojikle ya da oftalmik bir pomad ile nemli tutularak kapalı olmasının sağlanması önerilmektedir. Yoğun bakımlar hastalık ve uygulanan tedaviler nedeniyle göz komplikasyonlarının gelişmesi yüksek olan birimlerdir (Kocaçal, 2007: 28). Ancak çalışmada hastaların % 23,5' ine bu uygulamanın yapıldığı tespit edilmiştir. Enfeksiyon tedbirleri gereği saplama tedavi uygulanmamalı, gereksiz- kullanılmayan venözkateter bulundurulmamalıdır (Konya EAH talimatları, 2013). Çalışmada hastaların % 14,9' unda saplama tedavisi yapıldığı

tespit edilmiştir. (Tablo 4). Yaptığımız çalışmada hemşirelik uygulamalarında göz kuruluğu olmaması için hastaların gözleri oftalmikpomad sürülüp kapatılmış mı? Sorusuna göz bakımının %76,5’nde yapılmadığı gözlemlenmiştir. Kalite kriterleri gereği hasta mahremiyeti önceliklidir (Sağlıkta kalite standartları, 2011), ancak çalışmada hastaların sadece % 40,4’ünde mahremiyete uygun hareket edildiği saptanmıştır (Tablo 4).

Sağlık bakım kurumlarında, klinik bilgiyi kullanan en büyük grubu hemşireler oluşturur. Hemşirelik uygulamalarında bilginin gelişmesi için yeni teknolojilerin ve elektronik kayıt sisteminin kullanılması önemlidir. Hemşirelik kayıtları hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemlidir (Ay, 2009: 134). Hastaların ventilatörmödları da kayıtlar arasında yer almalıdır. Çalışmada tüm hastaların modların kayıt edilmediği ancak yüksek oranda (% 70,0) kayıtlı olduğu gözlenmiştir.

Ventilatör ilişkili pnömonilerentübe hastalarda görülebilecek en önemli komplikasyonlardandır. Komplikasyonun gelişmemesi için aspirasyonunsteril yapılması, ETT tüpünün ve ventilatör devrelerinin temizliğinin muhafazası, aseptik şartların sağlanması çok önemlidir (Saltoğlu, 2008: 92). Çalışmada ETT’lerin % 66,7’inin, ventilatör devrelerinin % 82,6’ının temizliğinin korunabildiği, sterilaspirasyonun % 66,7 oranında doğru uygulandığı saptanmıştır. Ancak buradaki oranların tamamı % 100 oranında doğru uygulanıyor olması gereken uygulamalardır. Eksik uygulanması enfeksiyon açısından önemli risk faktörüdür (Saltoğlu, 2008: 92, Konya EAH talimatları, 2013) (Tablo 5).

Ürinerkateterlerin mutlaka aseptik tekniğe uygun takılması, idrar torbalarının boşaltma musluklarının yere temas ettirilmemesi, boşaltma musluklarının başka bir yere temas ettirilmeden boşaltılması ve musluk ucunun aseptik solüsyonla kesinlikle silinerek kapatılması kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının gelişmemesi için çok önemlidir. Ancak çalışmada ürinerkateterlerin % 72,4’ünün kurala uygun takıldığı, idrar toplama torbalarının musluklarının % 29,4 oranında yere temas ettiği, idrar torbalarının % 58,3’ünün kurala uygun boşaltıldığı, tespit edilmiştir. Hemşirelik kayıtlarından birisi olan kateter ile ilişkili tüm yapılan işlemlerin hemşire gözlemine kaydedilmesi gerekmektedir (Ay, 2009: 134), çalışmada % 51,1 oranında hemşirelik gözlem kâğıdına kaydedildiği görülmüştür (Tablo 6).

Yoğun bakım üniteleri yaptıkları uygulamalara göre 100 üzerinden puanlandığında: dahiliye % 66,9, nöroloji % 65,45, reanimasyon % 53,8, koroner % 51,50, çocuk hastalıkları % 39,6, göğüs hastalıkları % 37,27, cerrahi % 26,51’ini eksiksiz yapmış olduğu saptanmıştır. 100 puan alan yoğun bakım bulunmamaktadır (Resim 2).

6. Sonuç Ve Öneriler

- Yoğun bakım ünitelerinde kayıtların yetersiz olduğu
- Yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik bakımlarının yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır.
 - Yoğun bakımlardaki hemşire sayısının mevzuata göre yetersiz olduğu gözlemlendiği için hemşire sayısının mevzuata uygun hale getirilmesi
 - Hemşirelerin ve kliniklerin bu tür değerlendirmelerle ödüllendirilme yoluna gidilmesinin uygun olabileceği
 - Kalite kriterleri gibi hemşirelik değerlendirme kriterlerinin oluşturulmasının uygun olacağı sonucuna varılmıştır.

Hemşirelik uygulamaları tüm hastanedeki hasta memnuniyeti ve hasta bakım kalitesi açısından çok önemlidir. Hastanelerdeki kalite denetimleri direk olarak hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesini içermemektedir, hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesi başlığında bu kriterlerin yer almasının uygun olacağı, bakım kalitesinin bu şekilde artabileceği ve bakımın izlenebileceği sonucuna varılmıştır.

Hastanemizde yapılan bu izlem ve değerlendirmelerle hemşirelerin klinik motivasyonu artmış, hemşirelik kayıtları daha düzenli tutulmaya başlanmıştır.

Kaynaklar

Kavaklı, Öznur, Uzun Şenay, Arslan Fatma, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi 2009; 51: 168-173

Göçmen Gülay, Çiftçi Murat, Sürücü Şenel, Türker Serpil, Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Yükünün Belirlenmesi 2012, http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel_calisma/2012_yogun_bakim.pdf, 2-8

Eşer, İsmet, Khorshid, Leyla, Demir,Yurdanur,Yoğun Bakım Hemşirelerinde Eleştirel düşünme eğilimi ve etkileyen Faktörlerin incelenmesi C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007, 11(3), 13- 22

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Hastane Hizmet Kalite Standartları, Ankara: Pozitif Matbaa Ltd. Şti. 2011; 104.

Beğer, Tanju, Yoğun Bakımda DekubitUlserleri: Risk Faktorleri Ve Onlenmesi, Yoğun Bakım Dergisi 2004;4(4):244-253

- Sebit, Diler, Bası Yaraları -Basıdan Kaynaklanan Hasarların Önlenmesi, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2008; 5 (2): 17-21
- İnan, Durdu Gül, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde Yatan Hastalarda Basınç Ülseri Prevalansı, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilimdalı, 2009, Adana, 78
- Ay, Fatma, Alpar, Ecevit Şule, Postoperatif Ağrı Ve Hemşirelik Uygulamaları, Ağrı Dergisi 2010;22(1):21-29
- Türk,Gülengün, Hakverdioğlu, Gülendamlar, Eşer, İsmet, Khorshid Leyla, İnmeli Hastaların Hemşire Kayıtlarının İncelenmesi,DeuhyoEd, 2010, 3(4), 171-174
- Kocaçal, Elem, Eser, İsmet, Yoğun Bakım Hastalarında Önemli Bir Sorun: Göz Komplikasyonları Türkiye Klinikleri J MedSci 2008, 28
- Ökdemir, Pınar, Bası Yaralarından Korunma Ve Hemşirelik Bakımı,Yara Bakımı Ve Tedavisi Sempozyum Dizisi 2008 No:67 S.59-68
- Teasdale,Graham, Jennet,Bryan: Assessment of comaandimpairedconsciousnes: a practicalscale. Lancet 1974; 13: 81-2.
- Ateşçelik, Metin, Gürger, Mehtap, Acil servise küntravma ile başvuran hastaların incelenmesi, Fırat tıp dergisi, 2013, 18(2), 103- 108
- Wu, Sam.,Ahn, Chulhyun, Emmons, Kevin,Salcido Richard,Pressureulcers in pediatricpatientswithspinalcordinjury:A review of assessment, prevention, andtopicalmanagement. Advances in Skin &WoundCare: TheJournalforPreventionand Healing,2009, 22(6), 273-284.
- Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Effeksiyon Komitesi Talimatları
- Şentürk, Evren,Parenteral beslenme, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of PsychiatricNursing2011;2(2):69
- Ay Fatma, International electronicpatientrecordsystemsandrelationshipbetweennursingpracticesandcomputer, Gülhane Med. Jour. 2009 51(2), 131- 136
- Saltoğlu, Neşe, Ventilator ilişkili pnömoninin önlenmesi ve kontrolü, hastane enfeksiyonları koruma ve kontrol sempozyum dizini, 2008, 89- 103.

Konya Seydişehir Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların, Bilgilendirilme Ve Aydınlatılmış Onam Alma Süreçlerinin Değerlendirilmesi

Emrullah İNCESU¹

Özet

Amaç: Bu çalışmada; hastalara yapılan tıbbi riskli girişimsel işlemler öncesi, alınması gereken Aydınlatılmış Onam Alma Uygulamasına karşı hastaların tutumlarını belirlemek, uygulama sürecinde yaşanan aksaklıkların neler olduğunu saptamak ve aydınlatılmış onam alma uygulamasının önemini vurgulamak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Seydişehir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1 Mayıs-31 Ağustos 2013 arasında riskli girişimsel işlem uygulanan 70 hastaya, onam alma sürecinde yaşanan sorunları ve hastaların tutumlarını belirlemeye yönelik 32 sorudan oluşan ve 3'lü likert ölçeğine göre (evet, biraz, hayır) hazırlanmış anket formu uygulandı. Cronbach's Alpha sayısı $\alpha=0,803$ olarak bulundu. Verilere SPSS 16.0 paket programında güvenirlik, frekans sıklığı, yüzdelik ve ki kare bağımsızlık testleri uygulandı.

Bulgular: Hastaların, aydınlatılmış onam hakkında bilgilerinin olduğu(%31,4), ameliyat öncesi aydınlatılmış onam alınmasının yasal bir hak olduğunu(%87,1), aydınlatılmış onam alınmasının kendileri için bir saygı göstergesi olduğu(%80), ameliyatla ilgili hekimin kendilerini bilgilendirmesini istedikleri(%97,1), her ameliyattan önce onam alınmasını doğru bulduğu(%87,1), onam belgesini tamamen okuduğu(%31,4), onam belgesini okurken akla takılanları hekime sorma fırsatı bulduğu(%34,3), hekim tarafından açıklanan bilgileri anlaşılır bulduğu(%71,4) ve onam formunun anlayabileceği bir dille yazıldığı(%44,3) belirlendi. Aydınlatılmış onam alınma sürecinde, hekimin gerekli açıklamayı yapmak için zaman ayırdığı(%68,6) ve onam belgesinin hekim tarafından gereken açıklamaların yapılarak ancak hasta tarafından okunmadan hemşire tarafından imzalandığı(%42,9) tespit edildi. Hastaların, aydınlatılmış onam alınması bir saygının göstergesidir sorusu ile eğitim durumuna ($\chi^2=16,945, p=0.031$) verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Sonuç: Aydınlatılmış onam alma sürecinde olumsuzlukların yaşandığı; hekimin

¹ A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, emrinc@hotmail.com

onam olma sürecinde yeterince aktif olmadığı, onamı çoğunlukla imzalatmadığı, imzalatma işleminin daha çok hemşireler tarafından gerçekleştirildiği, hazırlanmış onam belgesinin hasta tarafından okunması için uygun ortam ve süre verilmediği ve hastanın onam hakkında aklına takılanları sorma fırsatı bulamadığı, yaşanan olumsuzlukların giderilmesi için hekim-hasta ilişkisinde, hekimin daha aktif olması, hastaya yeterince zaman ayırması gerektiği ve hastaların onam alma uygulamasına yönelik tutumlarının ise olumlu yönde olduğu(ort=2,6460)tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Aydınlatılmış Onam Alma, Hasta Özerkliği, Hekim-Hasta İlişkisi

Abstract

Objective: The aims of this study are: (1) to learn the attitudes of the patients against the informed consent which should be received before the risky processes, (2) to determine the defects in the period of application, (3) to lay emphasis on the process of receiving the informed consent.

MaterialsandMethods: Questionnaire based on 3-point scale (yes, some, no), which consists of 32 questions about the attitudes of the inpatients during the process of taking informed consent, was applied to 70 inpatients who received risky service at Konya Seydişehir State Hospital General Surgery Clinicin the period of 1 May - 31 August 2013.Number ofCronbach's Alpha was found as $\alpha=0.803$. Obtained data were evaluated by applying frequency range, percentage and chi-square importance test methods of SPSS 16.0 application.

Findings: Following results were obtained: patients have information about informed consent (31.4%), obtaining informed consent is a legal right before operation (87.1%), obtaining informed consent is a sign of respect (80%), patients wants to be informed by their physician about the surgery (% 97.1), taking informed consent before each surgery is a right (87.1%), patients completely read the informed consent document (31.4), patients got an opportunity of asking questions while reading the consent document (34.3%), the information described by the physician is easy to understand (71.4%), informed consent is written in a way that everyone can understand (44.3%), physicians allocated enough time to explain the steps during taking informedconsent process (68.6%), informed consent was signed by inpatients without reading it by means of nurses in spite of being informed by physician (42.9%). Responses given to following questions were found statistically ($\chi^2=16,945, p=0.031$) significant: (1) is it a respectful way to receive informed consent, (2) what is your education level?

Results: It was observed that there were some defects during the process of taking informed consent, physicians were not voluntary during this process, physicians made informed consent signed mostly through nurses, inpatients didn't have enough time and are not in a good situation for reading it, patients didn't have a chance to ask the questions in their mind, physicians should be more active in the relationship of physicians and patients in order to be able to remedy the deficiencies, and the attitudes of inpatients against to the informed consent are positive (mean = 2.6460).

Key Words: Receiving Informed Consent, Patient Autonomy, Physician-Patient Relation

1. Giriş

Türkçe'deki "özerklik" sözcüğünü İngilizce'deki "Autonomy"nin karşılığı olarak kullanıyoruz. "Autonomy" sözcüğü gerçekte eski Yunanca kaynaklıdır ve "autos" ile "nomos" terimlerinin birleşmesinden meydana gelmiştir. "Autos"u Türkçeye "kendi kendine" şeklinde; "Nomos" sözcüğünü de konumuz çerçevesinde "kural" olarak çevirebiliriz. Yani özerklik, "dışarıdan bir müdahale olmaksızın kendi kuralını kendin belirlemek" gibi bir durumu dile getirir (Aydın E., 2003).

Zaman içerisinde tıp ve teknoloji baş döndürücü bir şekilde kendini yenilerken hekim-hasta ilişkisini belirleyen etik değerlerde önemli değişimler yaşanmıştır. Bu değişim klinikte asıl karar verme noktasında hekimin bulunduğu "hekim-merkezli" anlayışın yavaş yavaş terk edilmesiyle dile getirilebilir. Hekim-hasta ilişkisindeki hem teknik, hem de etik yönden geleneksel olarak otorite gücünü elinde tutan, koruyucu ve babacıl hekim kimliği; yerini, bunlar yanında hastasıyla yapıcı bir işbirliğine giren, onunla iletişimini arttıran, onun kişilik haklarına saygı gösteren ve tıbbi karara hastasını da katan bir kimliğe bırakmıştır (Aydın E., 2003). Değişim sürecinde öne çıkan diğer unsur ise hasta özerkliğidir. Hekim, hasta hakkında tıbbi kararlar alırken hastanın bireysel değerlerine de önem vermelidir. Hasta kendine yapılacak müdahaleye karar verme ve müdahale konusunda bilgilendirme hakkına sahiptir. Hasta özerkliğinin yaşama geçirilmesini sağlamak için var olan en önemli araçlardan biri hastadan "**aydınlatılmış onam**" alınmasıdır.

Türk Dil Kurumu sözlüğünde aydınlatma, "bir sorununa da kavramın tüm içerikleriyle açıklanması" olarak tanımlanır. Tıbbi Onam, hastanın kendisi ile ilgili bir konuda hekime tıbbi olanakları istediği gibi kullanma yetkisini vermesidir. Aydınlatılmış onam terimi, birbirini destekleyen iki tanımın ("aydınlatma" ve "onam") kaynaşması ile oluşur. Tanımlardan birinin yokluğu tıbbi girişimi hukuka aykırı kılar: Hastanın aydınlatılmadan onam alınmış olması halinde onam

işlemi yasal olarak geçersizdir. Aynı şekilde hastanın sadece aydınlatılıp onamı alınmaksızın yetki kullanılması halinde de yetki geçersiz olacaktır (Kara vd., 2009).

Hekim sanatını hastanın bedeni üzerinde icra eder. Hekimin, tıbbî müdahale olarak adlandırılan eyleminin sonuçları, hastanın yaşamı ve sağlığı üzerinde etkilerini göstereceğinden hekim ile hasta arasındaki ilişkinin belirlenmesi önemlidir. Hekim ile hasta arasında sözleşme veya sözleşme dışı hukuki ilişki bulunabilir. Bu hukuki ilişki, hekimin sorumluluğunun dayanağını, şartlarını ve ispat kurallarını etkiler (Kaya M., 2012).

Kişilik hakkı, kişinin temel haklarından olup kişinin kişisel değerleri üzerindeki haklar demetini ifade etmektedir. Kişinin yaşamı, sağlığı, bedensel bütünlüğü, ismi, şeref ve haysiyeti, özel hayatı ve özgürlükleri vb. kişilik hakkının kapsamında yer alır. Tıbbî müdahale hali aslında, kişinin sağlığı ile arzusunun karşı karşıya geldiği ve tıbbî müdahale ile kişilik hakkının çatıştığı alandır. Aydınlatma yükümlülüğü hastanın yaşamı, sağlığı, bedensel bütünlüğü ve kendi geleceğini belirleme hakkı ile yakın ilişki içinde olduğundan bu çatışan değerler arasındaki denge, aydınlatma yükümlülüğü ile sağlanacaktır (Kaya M., 2012).

Tıp mesleğini icra eden hekimin, hastanın bedeni üzerinde icra ettiği her türlü tıbbî müdahale, kural olarak hukuka aykırıdır. Tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğu için, yetkili kişilerce yapılması, tıp mesleğinin gerektirdiği kurallara ve özen yükümlülüğüne uygun davranılması ve en önemlisi hastanın aydınlatılmış rızasının alınması gerekir. Rıza, hasta yönünden yaşamı, sağlığı, bedensel bütünlüğünün sağlanması ve kendi geleceğini belirleme hakkının dış dünyaya yansımış halini ifade ederken hekim için yetkisinin sınırını çizen ve eyleminin hukuka uygunluğu sağlayan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Aydınlatma yükümlülüğü ise, rızanın alınmasında ilk aşamayı oluşturmakta, temel kişilik değerlerinden olan yaşam, sağlık ve bedensel bütünlüğe yönelik eylem niteliğinde olan tıbbî müdahalenin başlamasında ve yönlendirilmesinde etkin olmaktadır (Kaya M., 2012).

Onam alma sürecin de hem hekim hem de hasta ve yakınlarına önemli görevler düşmektedir. Aydınlatılmış onam alma sürecinde, tüm sağlık hizmeti verilen yerlerde çeşitli sorunlarla karşılaşilmektedir. Bu sorunların tespit edilerek düzeltilmesi için gerek önlemlerin alınması, gerek sağlık personelleri için gerekse de hasta ve yakınları açısından faydası kaçınılmaz olacaktır.

1.1. Ulusal Mevzuat

Hasta haklarının korunması ve hasta-hekim ilişkilerinin bireyin haklarını gözeterek şekilde düzenlenmesi amacıyla, dünyadaki uygulamalara paralel olarak, ülkemizde de birbiri ardınca kanun, tüzük ve yönetmelikler hazırlanarak

birtakım düzenlemeler yapılmış ve uygulamaya konulmuştur. Cumhuriyet döneminde sonra ilk düzenleme 1928 yılında yürürlüğe giren 1219 sayılı *Tababet Kanun* ile yapılmıştır. Adı geçen kanunun 70. Maddesinde; hekim ve diş hekimlerinin yapılacak her türlü müdahale için hastadan veya belirlenen şartlarda hastanın velisi ya da vasisinden müdahale öncesinde rıza almasını ve büyük cerrahi operasyonlar için bu rızanın yazılı olması gerektiği karara bağlanmıştır (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr>, 2013).

Hasta-hekim ilişkileri ve aydınlatılma hakkından bahseden bir diğer düzenleme 1960 yılında hazırlanan *Tıbbi Deontoloji Tüzüğü*'dür. Tüzüğün meş'um bir prognostik durumunda bilgilendirme gereğinden bahseden 14. maddesinde; bilgilendirmenin hasta üzerinde olumsuz etki oluşturup hastalığı artırması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhis ve alınması gereken tedbirler hakkında hastaya açıklıkla bilgi verilmesi gerektiği ifade edilmiştir (www.mevzuat.adalet.gov.tr, 2013).

Aydınlatılmış onam hakkında önemli maddeler içeren bir diğer kanun 1979 yılında yürürlüğe giren 2238 sayılı *Organ Ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması Ve Nakli Hakkında Kanun*'dur. Buna göre; vericiye olası riskler, tehlikeler ve ortaya çıkabilecek psikolojik, sosyal ve tıbbi durumlar hakkında ayrıntılı ve açık bir şekilde bilgi verilmesi; vericiden alınacak onamın iki tanık huzurunda yazılı ve imzalı olarak alınması gerektiği ifade edilmiştir (www.mevzuat.adalet.gov.tr, 2013).

Hasta haklarının kapsamlı ve açık bir şekilde belirtildiği önemli düzenlemelerden biri de 1998'de yürürlüğe giren *Hasta Hakları Yönetmeliği*'dir. Yönetmeliğin 22. maddesinde; kanunda işaret edilen istisnai haller haricinde, kimseye onamı alınmaksızın veya verdiği onama uygun olmayan bir şekilde tıbbi müdahalede bulunulamayacağı; sonrasındaki maddelerde acil durumlarda ne şekilde hareket edileceği, hastanın rızasını geri çekme, tedaviyi reddetme veya durdurma hakkı, rızanın hukuka ve ahlaka uygun olmadığına geçerli olmayacağı, organ ve doku nakli ile bazı özel durumlar konu edilmiş ve önceki düzenlemelerle örtüşen açıklamalar yapılmıştır (www.mevzuat.adalet.gov.tr, 2013).

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün yeniden düzenlenerek 1998 yılında kabul edilmesiyle oluşturulan *Hekimlik Meslek Etiği Kuralları* adlı düzenlemede; hekimin hastasının bilgilendirme, aydınlatılma, tedaviyi kabul ya da ret hakkı gibi kişilik haklarına saygı göstermek zorunda olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca uluslararası mevzuata benzer şekilde aydınlatmanın kapsamına ve acil durumlarda nasıl hareket edilmesi gerektiğine değinilmiş; hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin hastanın rızasına bağlı olduğu ancak bilinç kaybı gibi durumlarda bu hakkın hekimde olduğu belirtilmiştir (www.ttb.org.tr, 2013).

1.2. Aydınlatılmış Onam Uygulamalarında Asgari Standartlar

Hastaninyapılacak olan tanısal/girişimselişlemi veya sağaltımı kabul veya reddetmesi için şu üç şartın kesinliklelerine getirilmesi gerekmektedir (Bernat JL.,2001):

- Hekim üzerindeişlemyapacağı veya sağaltım uygulayacağı hastaya yeterli bilgi vermelidir.
- Hasta, kendisine uygulanacak işlem veya sağaltımhakkında karar vermek için yeterli kapasiteye sahip olmalıdır. Başka bir deyişle hukuken “farik ve mümeyyiz” (ayırt etme gücüne sahip ve davranışının sonuçlarını bilebilecek durumda) olmalıdır.
- İzin ya da red eylemi hastanın özgür iradesiyle, kişi veya kurumların zorlaması olmadan gerçekleşmelidir.

Bu standartlar gerçekleştiği takdirde hekim, uygulanmasıplanlanan tanısal/girişimselişlemin veya sağaltımın mesleki hata dışında kalanolası yan etkilerine ve komplikasyonlarına karşı yasal olarak korunabilir.

Yukarıda geçen “Yeterli bilgi”, makul bir kişinin sağaltımveya tanısal/girişimselişlemlerkararı almak için gereksinimduyduğu şekil ve miktarda bilgi olarak tanımlanabilir.

Türk Tabipler Birliği (TTB) HekimlikMeslek Etiği kurallarının 26. Maddesinde aydınlatılmış onamuygulanmasıesnasında tüm hastalara aşağıdaki öğelerin açıklanmasını ön görmüştür (www.ttb.org.tr.,2014):

Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilirbiçimde verilmelidir.

Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler.Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir.Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcisinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır.Bunun

mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur.

Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.

Dikkat edilirse yukarıdaki madde içinde yalnızca uygulanacak olan sağaltım ya da işlemle ilgili değil, alternatif sağaltım ya da işlemlerle ve nekahet dönemiyle ilgili bilgi verilmesi de bulunmaktadır. Ayrıca işleminde fotoğraf çekimi yapılacaksa, yayın veya bildiri yapılacaksa bu durum belirtilmeli ve varsa çıkarılacak dokümanların nasıl kullanılacağı ile ilgili bilgi verilmelidir (Paterick TJ., 2008, Elçioğlu vd., 2007).

1.3. Hasta İradesi ve Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam uygulamasının asgari şartlarından biri hastanın özgür iradesini kullanıyor olmasıdır. Bu nedenle uygulama esnasında hastaya baskı altında kalmadan yeterince düşünmesi için fırsat tanınmalı ve bu fırsatın kendisine tanındığına yönelik bir ifade yazılı formun içinde bulunmalıdır. Onam formunun altına hasta kendi el yazısıyla “bilgilendirildiğini ve baskı altında kalmadan onam verdiğini” yazacak olursa hekimin yasal açıdan korunması güçlenmiş olur. Hızlıca ve dolaylı bir baskıyla elde edilen bir onam formu hasta bu şekilde alındığını kanıtlamayı başırsa mahkemede geçerliliğini yitirebilir. Örneğin ameliyata girmeden hemen önce ameliyathanede alınmış bir aydınlatılmış onamın mahkeme nazarında değeri yoktur. Tıbbi işlem veya sağaltımdan en az 24 saat önce hastanın bilgilendirilmiş olması ve karar sürecini başlatmış olmak önerilir. Bu süre içinde hasta zihninde oluşan bütün soruları hekime yöneltebilmeli ve yanıtlardan tatminlilik duyması hedeflenmelidir.

Ayrıca hasta, sağaltım ya da girişimin herhangi bir anında verdiği onamı geri çekebilir ya da bilgilendirilmeyi reddedebilir (Çakmut ÖY., 2003). Hastanın bilgilendirilmeyi istememesi iki durumda söz konusu olur: Birinci durum kendi isteğiyle bilgilendirilmeyi reddetmesidir. Türk Tabipler Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği kurallarının 27. Maddesinde, hastanın hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmesi halinde hekimin bilgi vermesinin gerekmediği belirtilmiştir (www.ttb.org.tr., 2014). Bu durumda hastanın “kendikişisel isteğiyle bilgi almak istemediği, uygun görülen işlem ya da sağaltımın sonuçlarını kabul ettiğine” dair bircümle onam formunun altına eklendikten sonra hastanın imzası alınabilir. Bu sürece üçüncü bir kişinin tanık olarak dâhil edilmesi ve o kişinin de imzasının alınması önerilir.

Bazı hastalar ise bilgilendirmenin kendilerine değil, bir yakınına yapılmasını isteyebilirler. TTB Hekimlik Meslek Etiği kurallarının 26.maddesi hastalara böyle bir haktanımsaktadır (www.ttb.org.tr.,2014). Böyle bir durum söz konusuysa bilgilendirme yapılacak kişiyi hasta kendi belirler.Hasta onam formunun altına kendi isteği üzerine bilgilendirmenin başka birine yapılmasını yazılı olarak belirtmesi ve imzalaması gerekir.Bu uygulamada hastanın seçtiği kişi kanuni temsilci sıfatı taşımaz. Bu nedenle onam formunun altında hem hastanın hem de bilgilendirme için seçtiği kişinin imzalarının bulunması gerekir.

İkinci durum ise hastanın bilişsel bozukluklar nedeniyle karar verme kapasitesinin “sınırlı” olduğu durumdur.Hastanın karar verme kapasitesine sahip olması demek, bilişsel olarak sağaltım veya işlemin içeriğini anlayabilecek, seçenekleri ayırt edebilecek, seçeneklere ait sonuçları fark edecek ve mantıklı olarak kabul ya dared yanıtı verebilecek yeterliliğe sahip olması demektir (Bernat JL.,2001). Karar verme kapasitesindeki kısıtlılık, aydınlatılmış onamın asgari standartlarından birinin (hastanın özgür iradesi) eksikliğianlamına gelir.Ülkemizdeki ilgili yasal düzenlemelere göre:

- 1219 sayılı yasanın 70. Maddesinde ve Hasta HaklarıYönetmeliği’ nin 24. Maddesinde her türlü tıbbi işlem için hastanın; hastanın küçük olması halinde velisinin, hastanın hacir (kısıtlı) altında olması halinde vasisinin onamının alınması gerektiği düzenlenmiştir.
- Yasal temsilci tarafından onam verilmeyen hallerde,girişimde bulunmak tıbben gerekli fakat acil değilse, velayet veya vesayet altındaki hastaya girişimde bulunulabilmesi için mahkeme kararına gereksinim bulunmaktadırdır(Kara vd.,2009).

2. Gereç Ve Yöntem

2.1.Amaç

Bu çalışma, Konya Seydişehir Devlet Hastanesinde riskli girişimsel işlemler öncesi uygulanan “Aydınlatılmış Onam Alma” sürecindeki aksaklıkları tespit etmek, hastaların aydınlatılmış onam alma uygulamasına karşı tutumlarını belirlemek ve aydınlatılmış onam alma uygulamasının önemini vurgulamak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Bölümler

Araştırma Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniğinde (Genel Cerrahi, Ortopedi, Kulak Burun Boğaz, Beyin Cerrahisi, Üroloji) gerçekleştirilmiştir.

2.3. Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniğinde (Genel Cerrahi, Ortopedi, Kulak Burun Boğaz, Beyin Cerrahisi, Üroloji) riskli girişimsel işlem uygulanan hastalar oluşturmaktadır. Klinikte yatan 70 hastaya ulaşılmıştır.

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler; araştırmacı tarafından literatür taraması yapıldıktan sonra; hastalara uygulanmak üzere; sosyo-demografik bilgilerin elde edilmesine yönelik bilgi formu, aydınlatılmış onam alma sürecinin değerlendirildiği ve etkinliğini ölçmeyi amaçlayan ölçeği vebastaların aydınlatılmış onam alma uygulamasına karşı tutumlarını belirlemeye yönelik ölçek yardımı ile toplandı.

Denekler için hazırlanmış olan, ilk kısmını 6 sorudan oluşan demografik özellikler, daha sonra aydınlatılmış onam alma sürecinin etkinliğinin değerlendirildiği ve hastaların aydınlatılmış onam alma uygulaması karşı tutumlarını belirlemeye yönelik 3'lü likert (evet, biraz, hayır) ölçeğine göre hazırlanmış 35 soruluk anket seti sonunda, onam alma işleminde hastanın onam belgesini imzalama aşamasını içeren bir soruda bulunmaktadır.

Anket setinde yar alan 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,17,20,21,22. sıra numaralı sorular aydınlatılmış onam alma sürecinin etkinliğinin değerlendirildiği 13,14,15,16,18,19,23,24,25. sıra numaralı sorular ise onam alma uygulaması karşı tutum belirlemeye yönelik sorular olarak yer almaktadır. Her iki grup sorulara da verilen cevaplar olumlu olması onam alma etkinliğini doğru yapıldığı ve onam alma işlemine karşı olumlu tutum sergilendiğini göstermektedir.

2.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, bilgisayar ortamına aktararak ve SPSS 16,0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarının (frekans, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında güvenilirlik ve ki kare bağımsızlık testine tabii tutularak analiz edildi. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Soruların kendi aralarında tutarlığını ve kullandığımız ölçeğin ilgilendiğimiz konuyu ne derecede yansıttığını değerlendirmek amacıyla güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenirlik analizi Cronbach's Alpha sayısı $\alpha = 0,803$ olarak bulunmuştur.

2.5.1. Güvenilirlik Analizleri

Bu araştırmada en popüler güvenilirlik ölçümü olarak kabul edilen Cronbach's Alpha değeri kullanılmıştır. Cronbach's Alpha Katsayısı, ölçekte yer alan sorunun

varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Güvenilirlik analizinde, faktör analizi sonucunda ölçeklerde yapılan değişiklikler de dikkate alınarak, her bir değişkenin Alpha katsayılarına bakılmıştır.

Tablo 1’de görüleceği üzere her iki grup değişken için Cronbach’s Alphakatsayıları 0.691-0,794 olarak tespit edildi.Genel iç tutarlılık Cronbach’s Alphakatsayı0,803olarak bulunmuş olup, anket geçerli ve güvenilirlerdir.

Tablo 1. Güvenirlik Tablosu

Değişken Grubu	İç Tutarlılık(Cronbach’s Alpha Kat Sayısı)
Aydınlatılmış onam alma sürecinin değerlendirildiği ve etkinliği (16soru)	0,794
Aydınlatılmış onam alma uygulaması karşı tutumlarını (9 soru)	0,691
Genel İç Tutarlılık	0,803

2.6. Araştırmanın SKS İle Olan İlişkisi

SKS’de bilgilendirilme ve aydınlatılmış **onam** alma sürecine ilişkin standartlar bulunmaktadır.

Tablo-2’de bilgilendirilme ve aydınlatılmış onam alma sürecine yönelik Sağlıkta Kalite Standartları görülmektedir.

Tablo 2: Uygulamayı İlgilendiren SKS Kodları

Standart	Açıklama
00 01 01 62 00 H	Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.
00 01 01 62 01 H	Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme; o Bilgilendirilmesi yapılacak riskli girişimsel işlemleri, o Riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirmenin ve rıza alınmasının; o Nasıl yapılacağını, o Kim tarafından yapılacağını içermelidir.

00 01 01 62 02 H	Bilgilendirme ve rıza alınması ile ilgili süreçte; o İşlemin kim tarafından yapılacağı, o İşlemden beklenen faydaları, o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, o Varsa işlemin alternatifleri, o İşlemin riskleri-komplikasyonları, o İşlemin tahmini süresi, o Hastanın adı, soyadı ve imzası, o İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası, o Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.
00 01 01 63 00 H	Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.
00 03 01 02 00	Hasta dosyalarının arşivlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
00 03 01 02 02	o Hasta dosyalarına sabit bir dosya numarası verilmelidir. Poliklinik hastalarına uygulanan riskli girişimsel işlemlere yönelik bilgilendirilmiş rıza formları arşivlenmelidir.

2.7. Çalışmanın Süreci

Araştırma, Seydişehir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1 Mayıs-31 Ağustos 2013 arasında riskli girişimsel işlem uygulanan 70 hasta üzerinde yapılmıştır. Denekler için hazırlanmış olan anket, **yüz yüze anket uygulama yöntemi ile** gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Anket verileri, bilgisayar ortamına aktarılarak ve SPSS 16,0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında tanımlayıcı istatistiksel metodlarının (frekans, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında güvenirlilik ve ki kare bağımsızlık testine tabii tutularak analiz edilmiştir.

2.8. Uygulamadan Öğrenilen Dersler

Bu çalışma ile aydınlatılmış onam alma sürecinde aşağıda sıralanan dersler çıkarılmıştır;

- Her türlü tıbbi girişimden önce hastaların bilgilendirilmesive onamlarının alınması gerektiği,
- Hekim hastasının hastalığı hakkında bilgilendirmekle yükümlü olduğu, bu bilgilendirme açık, anlaşılabilir bir dille ve hastanın kültür düzeyine uygun şekilde sevecen bir yaklaşımla yapılması gerektiği,
- Hazırlanan onam belgelerinin hastanın anlayabileceği şekilde hazırlanması gerektiği,

- Onam belgelerinin hasta tarafından okuna bilmesi için yeterli zaman ve mekanın hazırlanması gerektiği,
- Aydınlatılmış onam alma sürecinde, hekimin yeterince aktif olması gerektiği önemli durumlar arasında değerlendirilmiştir.

2.9. Uygulamanın Sağlık Üzerine Etkileri

Hasta güvenliğinin sağlanmasında olmazsa olmazlardan biride riskli girişimsel işlemlerden önce aydınlatılmış onam alınmasıdır. Onam alma sürecinde yaşanan olumsuzluklar hasta güvenliğini sağlamada ciddi aksaklıklara sebebiyet vermektedir. Bu çalışma, onam alma sürecinde yaşanan olumsuzlukların belirlenmesine, gerekli önlemlerin alınmasına yardımcı olacağı ve aydınlatılmış onam alma uygulamasının önemini vurgulamak açısından dikkat çekici bir çalışma olduğu düşünülmektedir.

2.10. Kurum Veya Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

Riskli girişimsel işlemler uygulayan tüm kurum ve kuruluşlarda bu çalışmanın bir benzeri yapılarak her kurum/kuruluş kendi onam alma süreçlerini kontrol edebilirler.

2.11. Uygulamanın Bütçesi Ve Finansmanı

Araştırmada finansman olarak ek bir maliyet ve bütçeye gerek duyulmamıştır.

3. Bulgular

Hastalarla ilgili tanıtıcı bilgiler Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Demografik Özellikler

Özellikler	Sayı(n)	%
Cinsiyet		
Kadın	38	54,3
Erkek	32	45,7

Yaş Grupları		
0-10	1	1,4
11-20	2	2,9
21-30	10	14,3
31-40	20	28,6
41-50	19	27,1
51-60	14	20,0
61-70	3	4,3
71≥	1	1,4
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	1	1,4
İlkokul	35	50,0
Orta Okul	14	20,0
Lise	17	24,3
Üniversite(Yük Ok.)	3	4,3
Medeni Durum		
Evli	61	87,1
Bekâr	8	11,4
Diğer	1	1,4
Yaşanılan Yer		
İl Merkezi	5	7,1
İlçe Merkezi	43	61,4
Kasaba	13	18,6
Köy	9	12,9
Aydınlatılmış Onam Alma Hakkında Bilgim var		
Evet	22	31,4
Bira/Kısmen	28	40,0
Hayır	20	28,6

Araştırmayakatılan70 hastanın sıklıkla 38'i (%54,3) kadın,32'si (%45,7) erkek,20'si(%28,6) 31-40 yaş aralığında olduğu,35'i (%50,0) ilkokul düzeyinde eğitim aldığı,61'i(%87,1) evli olduğu,43'ü(%61,4) ilçe merkezinde yaşadığı ve28'i(%40) aydınlatılmış onam alma hakkında bilgisinin olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Aydınlatılmış Onam Alma İşleminin Uygulanış Şekline Yönelik Bulgular

Aydınlatılmış Onam İşlemimi	Sayı(n)	%
Hekimim yapılacak operasyonla ilgili gerekli açıklamaları yaptı. Hazırlanmış olan onam belgesini okudum, ikna ve tatmin olarak imzaladım	10	14,3
Onam belgesini hekimim bana verdi, herhangi bir açıklama yapmadan okumamı ve ilgili yerleri imzalamamamı söyledi	2	2,9
Onam belgesini hekimim herhangi bir açıklama yapmadan ve okuma fırsatı bulamadan imzalattı	1	1,4
Onam belgesini hemşire hanım herhangi bir açıklama yapmadan imzalattı	-	-
Hekimim gereken açıklamaları yaptı. Onam belgesini okumadan hemşire hanım imzalattı	51	72,8
Onam belgesi hakkında hemşire hanım gereken açıklamayı yaptı ve imzaladım.	4	5,7
Onam belgesi hakkında hemşire hanım gereken açıklamayı yaptı okudum ve imzaladım.	2	2,9

Aydınlatılmış onam işlemi alam işlemi sırasında hastanın onam belgesini okuması, imzalama aşamasının nerede ve kim tarafından yapıldığı ile ilgili Tablo 4 verilerine göre, hastaların 51'i (%72,8) hekimin onam içeriği hakkında açıklamaları yaptığı ancak hastanın onam belgesini okumadan imzaladığını, 10'u (%14,3) hekimin gerekli açıklamaları yaptığı hastanın onam belgesini okuyarak ve ikna olarak imzaladığını belirtmişlerdir. Her iki durumda da hekimin hastasını aydınlattığı (n=54, %77,1) belirlendi.

Tablo 5. Hastaların Aydınlatılmış Onam Alma Süreci Ve Aydınlatılmış Onam Alma Uygulamasına Karşı Tutum Bulguları

		EVET		BİRAZ/ KISMEN		HAYIR		Ortalama	Standart Sapma	Varyans
		%	N	%	n	%				
1	Neden ameliyat olmam gerektiği anlatıldı	68	97,1	2	2,9	-	-	2,9	,168	,028
2	Ameliyatımın yapılmaması durumunda karşılaşılabilecek sorunlar anlatıldı	60	85,7	7	10	3	4,3	2,81	,490	,240
3	Ameliyatımın riskleri anlatıldı	49	70	10	14,3	11	15,7	2,54	,755	,571
4	Ameliyatımın komplikasyonları anlatıldı	44	62,9	11	15,7	15	21,4	2,41	,825	,681
5	Ameliyatımın hangi yöntemle yapılacağı belirtildi	57	81,4	6	8,6	7	10	2,71	,640	,410
6	Ameliyatımdan beklenen faydalar anlatıldı	60	85,7	7	10	3	4,3	2,81	,490	,240
7	Ameliyatımın tahmini süresi söylendi	48	68,6	9	12,9	13	18,6	2,5	,794	,630
8	Ameliyattan sonar hastanede kaç gün kalacağım söylendi	60	85,7	6	8,6	4	5,7	2,80	,528	,278
9	Ameliyat sonrası yaşamımda olabilecek değişiklikler anlatıldı	40	57,1	18	25,7	12	17,1	2,40	,769	,591
10	Ameliyat sonrası dikkat etmem gereken durumlar anlatıldı	54	77,1	9	12,9	7	10	2,67	,653	,427
11	Hazırlanmış olan onam belgesini okurken aklıma takılanları hekimime sorma fırsatı buldum	24	34,3	29	41,4	17	24,3	2,10	,764	,584
12	Bana imzalatılan onam belgesini tamamen okudum	22	31,4	24	34,3	24	34,3	1,97	,816	,666

13	Ameliyat öncesi aydınlatılmış onam alınması yasal bir haktır	61	87,1	7	10	2	2,9	2,84	,439	,192
14	Aydınlatılmış onam alınması bana karşı bir saygının göstergesidir.	56	80	11	15,7	3	4,3	2,76	,523	,723
15	Ameliyatımla ilgili hekimimin beni bilgilendirmesini isterim	68	97,1	2	2,9	-	-	2,97	,168	,028
16	Her ameliyattan önce onam alınmasını doğrudur	61	87,1	8	11,4	1	1,4	2,86	,391	,153
17	Hekimim gerekli açıklamayı yapmak için bana zaman ayırdı	48	68,6	19	27,1	3	4,3	2,64	,566	,320
18	Hekimim tarafından açıklanan bilgileri anlaşılır buldum	50	71,4	17	24,3	3	4,3	2,67	,567	,311
19	Yapılan aydınlatmayı yeterli buldum	40	57,1	25	35,7	5	7,1	2,50	,631	,399
20	Aydınlatılmış onamı okumak için uygun ortam sağlandı	37	52,9	22	31,4	11	15,7	2,37	,745	,556
21	Hazırlanan aydınlatılmış onam formu anlayabileceğim bir dille yazılmış.	31	44,3	26	37,1	13	18,6	2,26	,755	,571
22	Okuduğum form yeterli bilgi içeriyordu	39	55,7	22	31,4	9	12,9	2,43	,714	,509
23	Bana yapılacak ameliyatla ilgili kararı kendim veririm	31	44,3	29	41,4	10	14,3	2,30	,709	,503
24	Hasta için en iyi kararı hekim verir görüşüne katılıyorum.	34	48,6	26	37,1	10	14,3	2,34	,720	,518
25	Ameliyat olma kararını verirken hekimimin vereceği karara göre karar veririm.	48	68,6	14	20	8	11,4	2,57	,693	,5480

Hastaların Aydınlatılmış Onam Alma Süreci Ve Aydınlatılmış Onam Alma Uygulamasına karşı tutumlarını belirlemeye yönelik sorulara verdikleri cevapların ayrıntıları Tablo 5’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan 70 hastanın, kendilerine yapılacak riskli girişimsel işlem öncesi, işlem olma nedeninin (%97,1 ort=2,9), işlem komplikasyonları (%62,9 ort=2,4), riskleri (%85,7 ort=2,81), karşılaşılabilecek sorunlar (%85,7 ort=2,81), işlemin hangi yöntemle yapılacağı (%81,4 ort=2,71), beklenen faydalar (%85,7 ort=2,8), işlem sonrası hastanede kaç gün kalınacağı (%85,7 ort=2,8), ve ameliyat sonrası dikkat edilmesi gereken durumların (%77,1 ort=2,67) anlatıldığı belirlendi.

Hastaların, %34,3’ü onam belgesini okurken aklına takılanları hekimine sorma fırsatı bulduğu, %31,4’ü onam belgesini tamamen okuduğu, %57,1’i yapılan aydınlatmayı yeterli bulduğu belirlendi.

Hastaların, %87,1’i ameliyat öncesi aydınlatılmış onam alınması yasal bir hak olarak değerlendirdiği, %80’i aydınlatılmış onam alınmasının kendilerine bir saygının göstergesi olarak değerlendirdiği, %97,1’i ameliyatımla ilgili hekiminin kendilerini bilgilendirmesini istediği, %87,1’i her riskli girişimsel işlem öncesi onam alınmasını doğru bulduğu tespit edildi. Hastaların, %68,6’sı hekiminin gerekli açıklamayı yapmak için kendisine zaman ayırdığını ve % 71,4’ü açıklanan bilgileri anlaşılır bulunduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmada hastaların, %52,9’u aydınlatılmış onamı okumak için uygun ortam sağlandığını ve %44,3’ü hazırlanmış olan aydınlatılmış onam formunu anlayabileceği bir dille yazılmış olduğunu belirtmişlerdir.

Ayrıca hastaların, %44,3’ü yapılacak girişimsel işlemle ilgili kararı kendilerinin vermesi gerektiğini, %48,6’sı hastalar için en iyi kararı hekim verir görüşüne katıldığı ve %68,6’sı ameliyat olma kararını verirken hekiminin vereceği karara göre karar vereceğini belirtmişlerdir.

Tablo 6. Hastaların Aydınlatılmış Onam Alma Süreci Ve Aydınlatılmış Onam Alma Uygulamasına Karşı Tutum Düzeyleri ile Genel Puan Ortalamaları

	N	Min.	Max.	Toplam	Ort.	Std. Sapma
Aydınlatılmış Onam Alma Sürecine etkinliği	70	1,31	3,00	176,81	2,5259	,33404
Aydınlatılmış onam alma uygulaması karşı tutum	70	1,78	3,00	185,22	2,6460	,24974
Genel	70	1,48	2,96	179,84	2,5691	,26482

Ameliyatımdan beklenen faydalar anlatıldı	,566	,753	17,207	,245	3,469	,902	2,508	,343	5,851	,440	5,348	,253
Ameliyatımın tahmini süresi söylendi	2,511	,285	10,972	,688	11,294	,186	7,117	,130	4,960	,549	3,607	,462
Ameliyattan sonar hastanede kaç gün kalacağım söylendi	4,452	,108	14,384	,421	23,448	,003	1,150	,886	8,937	,177	12,557	,014
Ameliyat sonrası yaşamımda olabilecek değişiklikler anlatıldı	,713	,700	15,480	,346	4,952	,763	1,773	,777	9,177	,164	3,752	,441
Ameliyat sonrası dikkat etmem gereken durumlar anlatıldı	,708	,702	17,402	,235	12,239	,139	9,832	,043	3,661	,722	7,289	,121
Hazırlanmış olan onam belgesini okurken aklıma takılanları hekimime sorma fırsatı buldum	2,523	,283	17,483	,231	11,834	,159	1,881	,758	6,136	,408	,218	,994
Bana imzalatılan onam belgesini tamamen okudum	,321	,852	20,477	,116	14,512	,069	4,054	,399	10,158	,118	,847	,932

Ameliyat öncesi aydınlatılmış onam alınması yasal bir haktır	,435	,805	11,524	,644	14,671	,066	2,561	,634	2,517	,905	4,312	,365
Aydınlatılmış onam alınması bana karşı bir saygının göstergesidir.	,557	,757	10,231	,745	16,945	,031	,790	,940	3,888	,692	2,989	,560
Ameliyatımla ilgili hekimimin beni bilgilendirmesini isterim	1,734	,188	3,346	,851	2,634	,621	,304	,859	5,985	,112	,866	,649
Her ameliyattan önce onam alınmasını doğrudur	2,653	,265	4,875	,987	6,825	,556	8,040	,090	15,536	,016	4,008	,405
Hekimim gerekli açıklamayı yapmak için bana zaman ayırdı	2,500	,287	13,262	,506	6,087	,637	2,980	,561	4,347	,630	4,602	,331
Hekimim tarafından açıklanan bilgileri anlaşılr buldum	7,310	,026	21,625	,087	6,035	,643	2,378	,667	2,741	,841	2,176	,703
Yapılan aydınlatmayı yeterli buldum	1,463	,488	17,796	,216	3,880	,868	2,295	,682	7,710	,260	5,254	,262

Aydınlatılmış onamı okumak için uygun ortam sağlandı	,551	,759	23,506	,503	10,147	,255	5,838	,212	6,293	,391	3,998	,406
Hazırlanan aydınlatılmış onam formu anlayabileceğim bir dille yazılmış.	,212	,889	17,569	,227	7,916	,442	2,262	,688	4,690	,584	2,684	,612
Okuduğum form yeterli bilgi içeriyordu	,240	,887	13,290	,504	10,500	,232	1,991	,737	3,385	,759	5,920	,205
Bana yapılacak ameliyatla ilgili kararı kendim veririm	1,161	,560	32,766	,003	6,700	,569	9,015	,061	7,559	,272	3,510	,476
Hasta için en iyi kararı hekim verir görüşüne katılıyorum.	1,533	,465	13,137	,516	11,454	,177	2,375	,667	1,181	,936	3,702	,448
Ameliyat olma kararını verirken hekimimin vereceği karara göre karar veririm.	,717	,699	18,610	,180	12,096	,147	4,285	,369	1,080	,982	2,400	,663

4. Tartışma Ve Sonuç

Her türlü tıbbi girişimden önce hastaların bilgilendirilmesive onamlarının alınması hem yasal

hem de etik açıdan, kişinin özerkliğine saygı ilkesi ve hekimin ödev ve sorumluluğunun gereği olarak günümüz tıp uygulamasının vazgeçilmez bir unsurdur (Güzeldemir ME.,2005).

Hekim hastasınıhastalığı hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür. Bu bilgilendirme açık, anlaşılabilir bir dille ve hastanın kültür düzeyine uygun şekilde sevecen bir yaklaşımla anlatılmalıdır. Bunun sonrasında da mutlak bir onam alınmalıdır. Ağalar ve arkadaşlarının 1996 yılında Hacettepe Üniversitesi Acil Servisine başvuranhastalarda yaptıkları çalışmada; hastalarınkendilerinden onam alınmamasını %64 oranında “olağan” görmüşlerdir, çalışmamızda ise hastalar %87,1 oranında her ameliyattan önce onam alınmasını doğru bulmuşlardır.

Günümüzde değişen ve gelişen hasta - hekim ilişkisinin yasal zorunlulukları ile bunun vazgeçilmez unsuru olan “Aydınlatılmış Onam” konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Turla ve arkadaşlarının 2005 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’ndeki 9 cerrahi branşta cerrahi işlem uygulanan“Aydınlatılmış Onam” konusunda bilgilendirilme düzeylerini belirleye yönelik çalışmalarında, hastaların %89,9’u “kendisine niçin ameliyat olması gerektiğinin açıklandığını”, ancak bunların %74,2’si “bu açıklamayı tatmin edici düzeyde bulmadıklarını” ifade etmiştir. Çalışmamızda ise (Tablo 5)hastaların, kendilerine yapılacak riskli girişimsel işlem öncesi, işlem olma nedeninin(%97,1) açıklandığını, ancak yapılan aydınlatmayı yeterli bulduğunu belirtmişlerdir(%57,1).Her iki çalışmada ilgili değişkenlerin oranında azalma gözlenmektedir.Çalışmamızda bu azalmayı, onam alma sürecinde yaşanan, hazırlanan onam belgesinin hasta tarafından okunması için gerekli sürenin ve mekânın sağlanmaması, onam belgesinin tam okunmadan ya da hiç okumadan alınması, okuma esnasında hastanın hekime akılına takılanları sorma fırsatı bulamaması ve onam belgesinin hasta tarafından yeterli bulunmaması şeklinde sıralana bilir.

Turla ve arkadaşlarının 2004 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde görev yapan hekimlerin “Aydınlatılmış Onam” konusundaki bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmadahekimlerin mesleki uygulama çeşitlerine göre onam alma durumu sorgulandığında;onam alma durumunun orta-büyük cerrahi işlemler öncesinde(%32,9) en yüksek düzeyde olduğu, çalışmamızda ise Tablo 4 verileri ışığında girişimsel işlem geçiren tüm hastalardan onam alındığı ve (%72,8) hekimin onamiçeriği hakkında açıklamaları yaptığı ancak hastanın onam belgesini okumadan imzaladığı görülmektedir.

Oysaki tıbbi zorunluluk nedeniyle onam alınamaması durumları hariç, her türlü tıbbi müdahale öncesi hastanın sağlıklı karar verilebilecek ölçüde aydınlatılması ve bunun sonrasın da onamı alınması yasal zorunluluktur. İzinsiz olarak yapılan, insan sağlığına ve vücut bütünlüğüne yönelik her türlü müdahale hukuksal açıdan kişilik haklarının ihlalidir (Turla vd., 2004:62).

Özerklik ilkesinin yaşama geçirilmesin de hekim-hasta arasındaki bilgisel eşitsizliğin gereken oranda giderilmesi ve hastanın düşünüp, karar verip kendisi için uygun gördüğü eylemi uygulayabilmesi gereklidir. Hekim, bilgilendirme ve hastasının yararına saygı gösterme ödevini en iyi şekilde yerine getirerek toplumdaki hak kavramının gelişmesinde öncü bir rol üstlenmelidir.

Riskli girişimsel işlemlerden önce, aydınlatma kapsamında yer alan tüm bilgiler, kişinin makul ve uygun bir değerlendirme yapabilmesini sağlamak amacıyla, acil cerrahi haller dışında cerrahi işlemde en az 24 saat önce açık ve anlaşılır olarak hastaya anlatılmalıdır. Aydınlatma ve onam mevzuatta belirtilen özel durumlar dışında bizzat hastanın kendisinden alınmalıdır.

Civaner tarafından yapılan bir araştırmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi kliniğine yatırılan hastaların, hastalıkları ve tedavileri hakkında tüm gerçekleri bilmek istedikleri (%97.2), ancak uygulanacak tedaviye doktorun tek başına karar vermesini doğru bulduklarını ifade etmişlerdir (%80.9). Çalışmamızda ise hastaların ameliyat olma kararını verirken hekimimin vereceği karara göre karar vermesi gerektiğini düşünenler %68,6 oranında tespit edilmiştir.

Tablo 7’de de görüleceği üzere, ankete katılanların aydınlatılmış onam alma süreci ve hastaların onam alma uygulamasına yönelik sorulara verilen yanıtlarla yaşanan yer ve onam alma hakkında bilgi alma parametresine göre istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). Buna karşın cinsiyet ile “Hekimim tarafından açıklanan bilgileri anlaşılır buldum”, yaş ile “Ameliyatımın komplikasyonları anlatıldı”, “Bana yapılacak ameliyatla ilgili kararı kendim veririm”, eğitim durumu “Ameliyattan sonar hastanede kaç gün kalacağım söylendi”, Aydınlatılmış onam alınması bana karşı bir saygının göstergesidir” ve medeni durum “Ameliyat sonrası dikkat etmem gereken durumlar anlatıldı” surlarına verilen cevaplar arasında istatistiksel bir fark olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Çalışmada; aydınlatılmış onam alma sürecinde, hekimin yeterince aktif olmadığı, onamı çoğunlukla kendisinin imzalatmadığı, imzalatma işleminin daha çok hemşireler tarafından gerçekleştirildiği, hazırlanmış onam belgesinin hasta tarafından okunması için uygun ortam-süre verilmediği ve hastanın onam hakkında aklına takılanları sorma fırsatı bulamadığı ancak hastaların onam alma uygulamasını destekledikleri ve tutumlarının olumlu yönde olduğu (ort=2,6460) tespit edildi.

Kaynaklar

- Ağalar F, Çakmakçı M, Yorgancı K ve ark. Hasta memnuniyeti aydınlatma ve aydınlatılmış onam sorunu, Toplum Hekimliği Bülteni, 1996 (3-4): 11-12.
- Aydın E., “Tıp Etiğinde Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi”,Erciyes Tıp Dergisi,25 (2) 92-97, 2003
- Bernat JL. Informed consent. Muscle Nevre 2001; 24(5): 614-621.
- Civaner M., Terzi C., “Hastanın Kendi Kaderini Tayin Hakkı: Aydınlatılmış Onam”,Ulusal Cerrahi Dergisi.,2001, Cilt 17, Sayı 2: 082-091
- Çakmut ÖY. Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi. 1st ed. İstanbul: Seçkin Yayıncılık, 2003: 55-77
- Elçioğlu Ö, Kırımlioğlu N, Balcı Y, Akpıt MA. Aydınlatılmış onam ve tıbbi fotoğraflar. T Klin J MedEthics 2007; 15(2): 94-100.
- Güzeldemir ME. Hasta bilgilendirmenin önemi.Sendrom Tıp Dergisi. 2005 Mayıs; 1-28.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete No: 23420. Erişim Tarihi: 13.09.2013. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/20267.html>
- Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Yayın Tarihi: 01.02.1999. Erişim Tarihi: 23.06.2013.http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31
- http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:heklmeslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31.,Erişim:10.02.2014
- Kara M, Hızal A, Hızal SA. Aydınlatılmış Onam, 1st ed.İzmir: Tabip Odası Yayını; 2009
- Kaya M., “Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü Ve Kişilik Hakkı İle İlişkisi”, Türkiye Adalet Akademisi Dergisi,2012, Cilt:1, Yıl:3, Sayı:8
- Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 03.06.1979, Resmi Gazete Sayısı: 16655. Erişim Tarihi: 22.09.2013. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/526.html>
- Paterick TJ, Carson GV, Allen MC, Paterick TE. Medicalinformedconsent: General considerationsforphysicians. Mayo ClinProc 2008; 83(3): 313-319.
- Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 14.04.1928, Resmi Gazete No: 863. Erişim Tarihi: 22.09.2013. <http://www.mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKo d=1.3.1219&sourceXmlSearch=&Mevzuat İlişki=0>
- Tıbbi Deontoloji Tüzüğü. Resmi Gazete Tarihi: 19.02.1960, Resmi Gazete No:10436. Erişim Tarihi: 22.09.2013. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5044.html>
- Turla A.,Karasslan B.,Dabakı Ş., “Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Görev Yapan Hekimlerin Aydınlatılmış Onam” Konusundaki Bilgi ve Tutumlar “O.M.Ü. Tıp Dergisi.,2004:57-63
- Turla A.,Karasslan B.,KocakayaM.,Pekşen Yıldız., “Yeterince Aydınlatma Yapılıp-Yapılmadığı ve Onam Alınması Durumunun Saptanması”, Türkiye Klinikleri J ForenMed 2005;2(2):33-8

Protez Hizmetleri Kalitesi İle Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin İlişkisi

Hülya KAPLAN¹

Esra TUNALI²

Hatice KALKAN³

Gülşen ÜZEL⁴

Hanım ELVEREN⁵

Özet

Performans çalışanın işteki başarısını bilgi, beceri ve yeteneklerini değerlendirme sürecine denir. Sağlıkta performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖS) ise sağlık hizmetlerinde etkinliği ve kaliteyi arttırmak için çalışanların başarıları oranında ödüllendirilmelerini amaçlayan bir ödeme sistemidir.

Klinik kalite ise kanıta dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır.

2004 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm süreci boyunca uygulanan performans sistemi ve klinik kalite arasındaki ilişki ile ilgili pek çok farklı yorum ve eleştiriler bulunmaktadır. Bazı kurum, kuruluş ve akademisyenlerce ödüllendirme sisteminin gerekli olduğu ve çalışma performansını arttırdığı yönündeki olumlu görüşlerin yanı sıra; klinik kaliteyi olumsuz etkilediği ve bu sebeple de hizmet kalitesini düşürdüğü yönünde de farklı olumsuz eleştiriler bulunmaktadır.

Bu araştırmanın amacı, İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Kartal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde görevli diş hekimlerinin ek ödeme performans puan ortalamaları, yaş ve cinsiyetin; protez hizmetlerindeki klinik kalite açısından farklılık gösterip göstermediğini inceleyerek Sağlık Bakanlığı klinik kalite araştırmalarına ve literatüre katkı sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Klinik Kalite, Hizmet Kalitesi

¹ Kartal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, huylakaplan24@gmail.com

² İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği, esraclertunali@gmail.com

³ Kartal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, haticekal@yahoo.com

⁴ İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği, gulsenuzel@gmail.com

⁵ İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği, helveren@hotmail.com

Abstract

Performance is a concept described as the evaluation process of accomplishment, knowledge and skills of a person in a job. Performance Based Supplementary Payment System (PBSP) in health is a system which aims to award employees based on the rate of their successes in order to enhance the efficiency and quality of health services.

Clinical Quality is defined as providing right diagnosis and efficient treatment methods, preventing mistakes, enhancing healthcare, raising employee and patient satisfaction to get the best results in the field of health.

Regarding interaction between PBSP, which introduce in 2004 with Health Transformation Programme by Ministry of Health, and clinical quality, there are many comments and criticisms. Although some academicians and institutions think that awarding system is necessary and improves work performance, there are some who consider that PBSP adversely affects clinical quality by reducing the quality of health services.

The purpose of this study is to contribute the literature and clinical quality researches of Ministry of Health, by analyzing the effects of age, gender and average performance scores of doctors on clinical quality of prosthesis services in Kartal Oral Care Center of Association of Public Hospitals Southern Anatolian Region of Istanbul.

Key Words: Performance Based Supplementary Payment System, Clinical Quality, Service Quality

1.Giriş

1.1 Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Sağlık kurumları yönetiminin temel görevlerinden en önemlisi, topluma verimli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunabilmektir (Akgün, Öztürk, 2002). Bu nedenle “Sağlıkta Dönüşüm Programı”(SDP) ile başta hasta ve çalışan memnuniyeti dikkate alınarak sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık eğitimi, sağlık personelinin ekonomik şartlarının iyileştirilmesi ve kaliteli, verimli, hakkaniyetli bir sağlık hizmeti sunulması hedeflenmiştir.

Sağlık Bakanlığı “SDP” kapsamında, performansa dayalı ek ödeme uygulamasını 2003 yılında 10 pilot kurumda başlamış ve 12311 sayılı yönerge ile Ocak 2004 tarihinden itibaren bütün Türkiye’de yürürlüğe konulmuştur. Bu sistemle de hizmet sunanların etkili, verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirecek bir

ödeme ve ücretlendirme yapısını kurmayı amaçlamıştır.

Sistemin detayları ise “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile düzenlenmektedir.

Ülkemize özgü bir model olarak geliştirilen performansa dayalı ek ödeme uygulaması, dinamik bir uygulama olup, başladığı günden itibaren sürekli geliştirilmekte ve Sağlık Bakanlığı’nın stratejik hedeflerine göre yenilenebilmektedir.

1.2. Performans Sisteminde Tıbbi Hizmet Sunumuna Yönelik Eleştirel Yaklaşımlar

Literatürde PDEÖS yönelik çok az araştırma vardır. Bununla birlikte sisteme yönelik farklı boyutlardan değerlendirme ve eleştiriler yapılmıştır. Özellikle bazı eleştirilerde sistemin kalite ve verimlilik üzerine olumsuz etkisine vurgu yapılmıştır. Bu eleştirilerin yanında sisteme ve sistemin geliştirilmesine yönelik olumlu yönelik görüş bildiren yazarlar da bulunmaktadır.

“Yıllardır hastalarına kaliteli hizmet üretmeyen bir sağlık çalışanının sadece ortada performans var diye bu kaliteyi sağlamaya çalışmasını beklemenin hayalcilik olacağı, performans yönünden bakan sağlık hizmeti sunanların fazla gelir elde etmek için sistemin yan ve alternatif ve bir o kadar da esnek yollarını kullanacağıdır. Örneğin kalça protez ameliyatları yapan bir merkezde dünya ortalaması %1 olan protez ilişkili enfeksiyonlar yüzde 5-10 seviyesinde ise orada yapılan ameliyatlara için verilen performans haksız bir “bonus” olacaktır. Net karlılık bir yana, uygun alt yapı, tecrübe ve özenden yoksun yapılan her tür tıbbi girişimi saptayan bir sistem kurulmadığı sürece performans, kalite çalışanlarına öncülük etmek bir yana engelleyici olacaktır. Ülke çapında her düzeyde (birinci, ikinci, üçüncü basamak) kaliteli hizmeti özendirecek belirli göstergeler (kalite indikatörü) belirlenip performans özellikle bunlar üzerinden ödenmelidir” (Öztürk, Kara 2012).

Hekim performansının nicelik boyutunun ele alınması, tıp ve sağlık alanındaki takım çalışmasını, mesleki dayanışma ruhunu ve hasta hekim ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte; hekimler arasında rekabet ortamı yaratarak tıp mesleğinin etik değerlerinin dejenerasyonuna zemin hazırlamaktadır. Gerçekte hekim performansı, ekip ve sistem boyutunda ele alınıp; kalite ögesini de içeren bir değerlendirme sistemi ile ölçülmelidir” diyerek bir PDEÖS’nin nitelik boyutuna vurgu yapmaktadır (Kavuncubaşı, 2006).

Aydın’ın (2008) “Sağlıkta performans: Ne için, nereye kadar?” yazısında performans değerlendirme konusuna değinerek sistemin sadece ölçmeye

ve bunları ödüllendirmeye yönelik değil, organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön verdiğini vurgulamıştır. “Sistem, sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen “başarı ölçütlerine” göre personeli ödüllendirerek, bireysel verimliliği artırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Bu sistemde ödüllendirme, zannedilenin aksine çok hasta görene değil, zamanın, mekânın, kaynağın verimli kullanılmasına ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınmasına göre yapılmaktadır. Yani kişinin kendi çalışma ve gayretinin yanında çalıştığı bölümün ve kurumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi esastır. Performans değerlendirilmesi ve performansa göre döner sermaye katkı payı ödenmesi uygulamaları, çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarını idari ve mali özerk kurumlar olarak yarına hazırlama sürecinde önemli bir araçtır. Zira bu sistem, kurumun hedefleri ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirerek, bireylerin oluşturdukları değeri bu ortak amaçlar ve hedefler doğrultusunda yönlendirmektedir. Sağlık emekçilerinin daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorunda olduğunu ve bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde durulması gerektiğini ifade etmiştir. Bu ölçütlerin başlıcaları şunlardır:

- 1- Hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak,
- 2- Daha iyi bir sağlık düzeyi (çıktı/akibet) elde etmek,
- 3- İyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak,
- 4- Bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında (girdi) tanımlanmış normları yerine getirmek.

“Sağlık hizmetlerindeki performans ölçütleri açısından mevcut uygulamalar değerlendirildiğinde, sınırlı düzeyde de olsa yukarıdaki kriterlerin kullanıldığıdır. Sistemde hasta memnuniyetinin ölçümü ile alt yapının ölçümü konusunda daha fazla somut uygulamalar yer aldığı ancak, süreç ölçümü son derece sınırlı kaldığı, çıktı ölçümü ise henüz yapılamadığıdır” (Aydın, 2008).

1.3.Sağlık Hizmetlerinde Klinik Kalite ve Hizmet Kalitesi

Kalitenin pek çok unsuru olmakla birlikte; iki temel unsuru bulunmaktadır. Bunlar; klinik kalite ve hizmet kalitesidir.

Ülkemizde genel kalite kanıtı dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılması amacıyla “Klinik Kalite Programı” başlatılmıştır. Bu programla birlikte Türkiye’de klinik kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesine

yönelik çalışmalar yeni yapılmaya başlanılmıştır ve gelişmeye devam etmektedir. Klinik kalite programı ile sunulan sağlık hizmetinin sonuç ve çıktıları somut olarak ölçen bir sistem ortaya koymayı hedeflenmektedir. Bu şekilde her iki sistem birbirini destekleyecek ve tamamlayacak bir yapı oluşturacaktır. (sağlik.gov.tr/klinik kalite, 2014)

Klinik Kalite, kanıta dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır.

Sağlık sistemi işleyişinin karmaşık bir yapıya sahip olması nedeniyle de sağlık hizmeti kalitesinin birçok tanımı yapılmıştır. İngiltere’de “National Health Service” sağlık hizmetinde kalite tanımını, “doğru işleri doğru kişilere doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak” olarak tanımlanmaktadır (Akalın, 2002).

Bir diğer tanıma göre ise kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir (Caldwell, 1998).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, öncelikle klinik uygulamalarda dikkate alınan bir husustur. Temel sağlık hizmetlerinin sunumunda ise, bazı gelişmiş ülkeler hariç henüz arzu edilen düzeye ulaşamamıştır (Uz 1995:49). Hizmet sektöründe, hizmetten yararlananların yüksek teknoloji kullanılan ve daha kaliteli bir hizmet beklentisi içinde olmaları sağlık hizmetlerinde de kalite odaklı modern bir yönetim anlayışının uygulanmasını gerekli kılmıştır (Toktamışoğlu, 1995:177).

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olacağı düşüncesi sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır (Devebakan, 2006). Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasının en önemli unsuru sağlık hizmeti sunanların doğru ve hatasız, verimli, kaliteli, zamanında, hizmet vermesinin sağlanmasıdır. Hizmet kalitesi ve klinik kalitenin sağlanması için sağlık hizmeti sunanların bilgi beceri ve deneyimi dışında doğru yönetim anlayışıyla gerçekleştirilen politikalar ve planlarla gerçekleşir.

Üretim sektöründe hatalı üretilen malzeme defolu olarak ayrılabilir ya da telafi edilebilir. Sağlıkta ‘PARDON’ kelimesi hiç kullanılamayacak bir kelimedir. HATA kelimesi bu sektörde telaffuz bile edilmez (Küçükaksu ve ark., 2004) .

2. Kartal Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi'nde Bir Araştırma

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmada amaç; hekimlerin ek ödeme performans puan ortalamalarının, yaş ve cinsiyetinin protez hizmetlerinde klinik kalite ile arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaktır. Literatürde, Türkiye'deki bu yeni sistemi inceleyen çok az araştırma vardır. Bu yüzden yapacağımız projenin sonuçları Türkiye'deki yeni sistemi değerlendirmemizde ve sağlık yöneticilerine yol gösterilmesinde önemli rol oynayacaktır.

2.2. Araştırmanın Yöntemi ve Süresi

Çalışma Kartal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde 1 Ocak 2012- 31 Aralık 2013 yılları içerisinde protez tedavisi tekrar yapılmış olan hastalar ve 59 Hekimden 46'sı (13 Hekim 2012 ya da 2013 yılı içerisinde kurumdan ayrıldığı için çalışmaya alınmamıştır) üzerinden gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS 17.0 programıyla analiz edilmiştir.

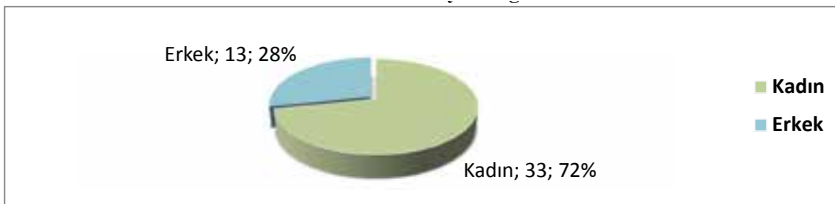
2.3. Araştırmanın Bütçesi ve Finansmanı

Uygulama süreci kurumun çalışanlarından oluşturulduğu için personel harcaması yapılmamıştır. Araştırmada ek bir maliyet ve bütçeye gerek duyulmamıştır.

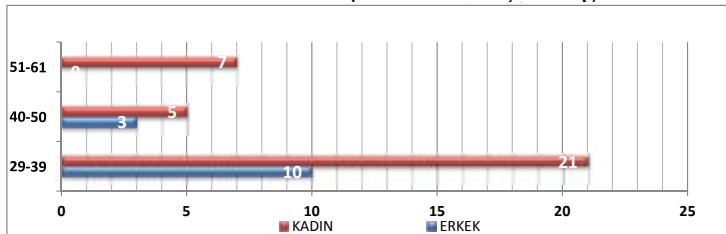
2.4. Araştırmanın Hipotezleri ve Bulguları

Araştırma sürecinde elde edilen bireysel demografik verilere göre çalışma grubunu oluşturan hekimlerin cinsiyet ve yaş değişkenlerine ait dağılımları; ayrıca araştırma grubunu oluşturan hekimlerin RPT oranları (diş protezlerinin baştan yapılması), performans puanları, izin, rapor durumları gösterilmiştir.

Grafik 1: Hekimlerin Cinsiyet Dağılım Yüzdeleri



Grafik 2: Hekimlerin Yaşa Göre Cinsiyet Dağılımları



Tablo 1: 2012 Yılı Protez Hizmetlerinde Yapılan İşlemlerin, RPT Sayılarının ve Performans Puanlarının Karşılaştırılması

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
KRON SAYISI 2012	46	15	1750	33453	727,24	439,287
TOTAL SAYISI 2012	46	0	159	2579	56,07	32,615
PARSİYEL SAYISI 2012	46	0	280	5207	113,20	62,040
TOPLAM PERFORMANS PUANI 2012	46	97114,00	528939,00	16264272,00	353571,1304	102209,39727
PERFORMANS PUAN ORT. 2012	46	8093,00	44078,00	1378436,00	29966,0000	7830,35427
RPT KRON SAYISI 2012	46	0	29	161	3,50	6,853
RPT PARSİYEL SAYISI 2012	46	0	7	64	1,39	2,113
RPT TOTAL SAYISI 2012	46	0	7	66	1,43	1,846
İZİN RAPOR 2012	46	17	286	2368	51,48	43,600
Valid N (listwise)	46					

Tablo 2: 2013 Yılı Protez Hizmetlerinde Yapılan İşlemlerin, RPT Sayılarının ve Performans Puanlarının Karşılaştırılması

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
KRON SAYISI 2013	46	29,00	1754,00	29775,00	647,2826	460,51134
TOTAL SAYISI 2013	46	,00	216,00	3176,00	69,0435	41,18951
PARSİYEL SAYISI 2013	46	3,00	323,00	5592,00	121,5652	71,79807
TOPLAM PERFORMANS PUANI 2013	46	69093,00	534036,00	15337267,00	333418,8478	109298,51073
PERFORMANS PUAN ORT. 2013	46	11951,00	44503,00	1339322,00	29115,6957	7457,35714
RPT KRON SAYISI 2013	46	,00	18,00	165,00	3,5870	5,00034
RPT PARSİYEL SAYISI 2013	46	,00	5,00	57,00	1,2391	1,36926
RPT TOTAL SAYISI 2013	46	,00	4,00	32,00	,6957	1,07227
İZİN RAPOR 2013	46	30,00	283,00	3355,00	72,9348	55,54994
Valid N (listwise)	46					

Araştırmanın amaçları doğrultusunda aşağıdaki hipotezler ileri sürülmüştür:**Birinci hipotez olarak;**

Hipotez 1. Hekimlerin protez hizmetlerinde klinik kalite ile PDEÖS arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 0. Hekimlerin protez hizmetlerinde klinik kalite ile PDEÖS arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 3: 2012-2013 Yılı Performans Puan Ortalaması ve RPT Oran İlişkisi

		Toplam RPT Oranı 2012	Toplam RPT Oranı 2013
Performans Puan Ortalaması 2012	CorrelationCoefficient Sig. (2-tailed)	,228 ,137	
Performans Puan Ortalaması 2013	CorrelationCoefficient Sig. (2-tailed)		,023 ,879

2012 ve 2013 yılı içerisinde hekimlerin performans puan ortalaması ve toplam RPT oranlarına, Spearman's rho testi kullanılarak ilişkisine bakılmış olup; 2012 yılı için performans puan ortalaması ve toplam RPT oranı arasında pozitif yönde zayıf düşük ilişki olduğu,(Performans puanı arttıkça yapılan RPT sayısı artmaktadır.) görülmektedir.

2013 yılı için performans puan ortalaması ve toplam RPT oranı arasında ise pozitif yönlü çok zayıf (ihmal edilebilir) ilişki olduğu bulunmuştur. (Performans puanı arttıkça yapılan RPT sayısı artmaktadır.)

Bu duruma göre; H1hipotezi reddedilir. H0 hipotezi kabul edilir.

İkinci hipotez olarak;

Hipotez 1. Hekimlerin yaş gruplarına göre PDEÖS arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 0. Hekimlerin yaş gruplarına göre PDEÖS arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4: 2012-2013 Yılı Toplam RPT Oranları ve Performans Puan Ortalamalarının Yaş ile İlişkisi

		Toplam RPT Oranı 2012	Toplam RPT Oranı 2013	Performans Puan Ortalaması 2012	Performans Puan Ortalaması 2013
YAŞ	Correlation Coefficient	-,239	,095	-,033	,232
	Sig. (2-tailed)	,110	,529	,829	,120

2012 ve 2013 yılı içerisinde yaşı toplam RPT oranları ile performans puan ortalamasına Spearman's rho testi kullanılarak ilişkisi incelenmiştir. Yaş ile, 2012 yılı performans puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf düşük ilişki (Yaş yükseldikçe RPT azalmaktadır) 2013 yılı performans puan ortalaması arasında ise pozitif yönde zayıf düşük ilişki olduğu (Yaş yükseldikçe RPT artmaktadır.) belirlenmiştir.

Bu duruma göre; H1 hipotezi reddedilir. H0 hipotezi kabul edilir.

Üçüncü hipotez olarak;

Hipotez 1. Hekimlerin cinsiyetlerine göre PDEÖS arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 0. Hekimlerin cinsiyetlerine göre PDEÖS arasında anlamlı bir ilişki yoktur

Tablo 5: 2012-2013 Yılı Toplam RPT Oranları ve Performans Puan Ortalamalarının Cinsiyet İle İlişkisi

	CİNSİYET	N	MeanRank	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Toplam RPT Oranı 2012	ERKEK	13	24,73	198,5	-0,39	0,69
	KADIN	33	23,02			
Toplam RPT Oranı 2013	ERKEK	13	21,27	185,5	-0,71	0,47
	KADIN	33	24,38			
Performans Puan Ortalaması 2012	ERKEK	13	23,62	213	-0,03	0,97
	KADIN	33	23,45			
Performans Puan Ortalaması 2013	ERKEK	13	27,38	164	-1,23	0,21
	KADIN	33	21,97			

2012 ve 2013 yılları arasında cinsiyete göre toplam RPT ve performans puan ortalamaları Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldığında; cinsiyet ile toplam RPT ve performans puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Bu duruma göre; H₁ hipotezi reddedilir. H₀ hipotezi kabul edilir.

3. Sonuç

Protez hizmetlerinde performansa dayalı ek ödeme sisteminin klinik kaliteye etkisini görmek amacıyla yapılan bu çalışma protez hizmetleri uygulama sonuçlarının incelenmesi ve ek ödeme sistemi hakkında değerlendirme yapmamıza olanak sağlamıştır.

PDEÖS'ne yönelik çoğu literatür ve kaynaklarda hastaya ayrılan sürenin azaldığı buna bağlı olarak uygulama hatalarının arttığı ve klinik kalitenin düştüğü yönünde olumsuz eleştiriler yapılmaktadır. Ancak bu çalışmada görülmüştür ki protez hizmetlerindeki klinik kalite hekimin yaşı, cinsiyeti, performans puanının yüksek veya düşük olması ile değişmemektedir. Performans puanı daha düşük olan hekimin hastalarına daha fazla zaman ayırabildiği, teşhis ve tedavilerinin daha güvenilir ve etkin olduğu söylenememektedir. Bu da göstermektedir ki performans puanı yüksek olan bir hekim de protez hizmetlerinde klinik kaliteden ödün vermeden hizmet verebilmektedir.

Bu ve benzer pilot çalışmalar örnek alınarak, diğer klinik kalite hizmetlerinde de “sadece niceliğe dayalı değil; nitelik indikatörlerini de dikkate alan ve hakkaniyete dayalı performans ölçütleri geliştirilmelidir. (Özlü Tevfik; 2012: 7).

Hiç bir sistemin mükemmel olamayacağı ve performansa dayalı ek ödeme sisteminin de dinamik bir süreç olduğu düşünüldüğünde verimli etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için niceliksel kriterlere değil de ağırlıklı olarak niteliksel kriterlerin seçilmesi kaliteyi olumlu yönde etkileyecektir.

Sonuç olarak, kalite geliştirilmesinde katılım ve gönüllülük esastır. Kurumlar geri bildirimleri fırsat bilerek klinik kalite sonuçlarını dikkate alan PDEÖS'nin geliştirilmesi amacıyla klinik performans indikatörleri geliştirerek kalite ve verimliliği takip etmelidir. Ek ödeme performans sisteminin klinik kalite sonuçları üzerindeki etkisinin izlenmesi sistemin zayıf ve güçlü yönlerini ortaya çıkaracak, uygulamalara yol gösterecek ve çözüm önerilerini geliştirecektir.

Kaynaklar

- Akalın, H. E.,& Yaklaşım, U. Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Temel Kavramlar, Sorunlar ve Çözüm Yolları. <http://www.actus.com.tr/files/Kalite.pdf> (28.05.2014)
- Akgün, H.S., Öztürk, A. (2002). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini”, Modern Hastane Yönetimi. Cilt 6 Sayı:2.
- Aydın Sabahattin, (2008) “Sağlıkta performans: Ne için, nereye kadar?” <http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler2011/upsem/4.pdf>, (20.05.2014)
- Caldwell C. (1998). Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, Çevirmen:Osman AKIN-HAY. Sistem yayıncılık No:184 İstanbul
- Devebakan N. (2006). “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. Cilt:8 Sayı:1
- <http://www.saglik.gov.tr/KlinikKalite/belge/1-31985/turkiye-klinik-kalite-programi-veri-dogrulama-sureci-ha-.html>, (18.05.20014)
- Kavuncubaşı, Ş. (2006).“Sağlıkta Dönüşüm Programının Yapısı ve Sonuçları”.Hastane Dergisi, No 43.
- Kestane, D. (2003), “Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği”, Maliye Dergisi, Ocak-Nisan Sayısı, 142
- Küçükaksu C. Ünlü, S., Yarıcı, T., Mahmutoglu, L. (2004). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi” Hastane Yaşam Dergisi Cilt 1/ Sayı 1.
- Özlu Tevfik ; “Sağlık Çalışanlarına Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması: Eleştiriler ve Çözüm Önerileri Raportör:” Sayfa 7-8 , 2012
- Öztürk R, Kara V.: Sağlıkta performansın performansı (2) <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/278/Saglikta-performansin-performansi-2-Elestirilere-cevap.aspx> , (09.05.2014)
- Nevzat Devebakan, ”Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü”, İzmir, 2005, s.7.
- Toktamışoğlu, Murat. (1995), “Poliklinikler İçin Kalite ve Maliyet Odaklı Teorik Bir Model.” 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Ankara.
- Uz, M., Hulki. (1995), “Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri.” 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Ankara.

Bir Ölçek Geliştirme Çalışması Tesis Yönetimi Ve Güvenliği Programlarını Değerlendirme Ölçeği

Ahmet ATASOY¹
Songül YORGUN²
Emrullah İNCESU³

Özet

Amaç: “Tesis Yönetimi ve Güvenliği Programlarını Değerlendirme Ölçeği”nin geliştirilmesi, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini saptanmasıdır.

Yöntem; Ölçeğin geliştirilmesi sürecinde ilk aşamada 70 maddeden oluşan bir taslak envanter hazırlanmıştır. Taslak envanterdeki maddelerin içerik ve kapsam açısından uygun olup olmadığını belirlemek için Kapsam Geçerlik Oranı-KGO- (Content Validity Ratio/Index) indeksi hesaplanmış ve KGO indeksi 0.80 altında kalan maddeler envanterden çıkarılmıştır.

Sonuçta 23 madde elenerek toplam 47 maddeden oluşan envantere ulaşılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık denetiminde Madde – Toplam-Madde Korelasyonları ve Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı kullanılmıştır. Geliştirilen ölçeğin yapısal geçerliliği ise Açıklayıcı (exploratory) Faktör Analizi ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri SPSS 21 istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular; Bu çalışmada KMO Analizi sonucu 0,958 ve Barlett Testi sonucu 23766,070 olarak saptanmış ve her iki test sonucu da $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) ve Varimax Rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmada, faktör yük değeri 0.40 ve üzerinde olanların analize alınması uygun görülmüş ve ölçekteki 47 madde bu özelliği taşıdığından, sonuçta 7 boyutlu ve 47 maddeli bir ölçeğe ulaşılmıştır.

47 maddenin, 7 boyutta açıkladığı (Liderlik, planlama, iletişim, kontrol, iyileştirme, eğitim, tatbikat) varyans, toplam varyansın % 69,31’ini oluşturmaktadır.

Geliştirilen ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0.96 olması nedeniyle mükemmel düzeyde güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Tesisi, Güvenlik, Yönetim

1 Sağlık Eğitimsi, Özel Anadolu Hastanesi Gazipaşa Sağlık Meslek Lisesi, aatasoy15@yahoo.com

2 Uzman Hemşire, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

3 Biyolog, Seydişehir Devlet Hastanesi, Kalite Yönetim Direktörü

Abstract

Objective; This study is to develop Scale Healthcare Facility Management and Safety Program Assessment and identify the validity and reliability of the scale

Methods; In the first stage, in order to develop the scale, a draft inventory consisting 70 items was prepared. For the assessment of responses Content Validity Ratio (CVR) /Index was calculated and the items below 0.80 were removed from the inventory. As a result, 23 items were eliminated and an inventory consisting total 47 items was developed. Item Total Correlation and Cronbach Alpha reliability coefficient were used to test the internal consistency of the scale. Structural Validity of the developed scale was done with Confirmatory Factor Analysis. The data of this search were evaluated in SPSS 21 statistical package program.

Results: In this study, the KMO analysis result was 0,958 and Bartlett Test result was 23766,070 and both results were found meaningful in $p < 0.01$ level. These results showed that the sample size used in this research is adequate and appropriate. Principal Component Analysis and Varimax Rotation methods were used in investigation of factor structure of scale.

In this study, if the factor analysis load is found 0.40 and above, these are considered as appropriate and 47 items of the scale had this feature so, as a result, a 7 dimensional scale including 47 items is developed.

The variance of 47 items with 7 dimension (leadership, planning, communication, supervision, restoration, education, application) constitutes 69,31 % of total variance.

As Cronbach Alpha internal consistency coefficient of the scale is 0.96, the reliability of the scale is at excellent level.

Key Words: Healthcare Facility, Safety, Management

1. Giriş

Tesis yönetimi kavramı, hızla büyüyen ve gelişmekte olan iş dünyasının disiplinleri içinde son yirmi yılda kendine önemli bir yer edinmiş ve dikkat çeken atılımlar kaydetmiştir. Tesis yönetimi kavramı birçok yayında bir bilim ve meslek dalıyla ilgili özel ve belirli bir kavramı karşılayan kelime olarak karşımıza çıkmaktadır (Ay2013;1).

İngiliz Tesisleri Yönetimi Enstitüsü (BIFM) göre, tesis yönetimi, “tesis içinde birçok faaliyet ve alanların, insan ve çalışma ortamına olan etkisinin yönetimi ve entegrasyonu” olarak ifade edilmektedir (Süngü,2013;1).

Tesis yönetimi günlük faaliyetleri temel alarak her iş alanı için gerekli ve zorunlu olan etkili çalışma ve yaşama ortamını sağlamaktadır (Fındıkoğlu 2009;2).

Sağlık kuruluşlarında iyileştirmeye açık alanlardan birisi de tesis yönetimi ve güvenliğidir (Şen, 2005: 47). Günümüzde gerek kalite çalışmalarında gerekse akreditasyon çalışmalarında tesis yönetimi ve güvenliği büyük önem arz etmektedir (Zeybek 2011).

Şüphesiz ki hasta ve çalışan güvenliği son yıllarda üzerinde önemle durulan iki konudur. Ama söz konusu hastaneler olunca bunların sağlanabilmesi için tesis güvenliğinin öncelikli olarak sağlanması gerekir. Tesis Yönetimi kapsamında oluşturulması gereken planların yapılmaması, yetersiz olması, güncellenmemesi hasta ve çalışan güvenliğinin olumsuz etkilenmesine neden olur. Örneğin kurumun tıbbi cihazlarla ilgili uygulamaları yeterli yapmaması, eksik yapması karşımıza hasta/çalışan yaralanması hatta ölümlle sonuçlanabilecek durumları yaratabilir.

Hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve çalışanlar için güvenli ve işlevsel sağlık tesisi oluşturulması, tehlike ve risklerin azaltılıp kontrol altına alınması, kazaların ve yaralanmaların önlenmesi ve emniyet koşullarının sağlanması için etkili bir yöntem oluşturulması sağlık hizmetleri sunumunda önem taşımaktadır (Wan ,2004:2) (Morrow, 2007;1).

Tesis Yönetimi kapsamlı bir konudur. Keşişim kümesinde birçok değişik konuyu içinde barındırmaktadır. Keşişim kümesinde pek çok farklı hizmet sunulmaktadır. Örneğin: inşaat, işletme, proje yönetimi, alan yönetimi, tedarik zinciri yönetimi, stok yönetimi, teknik hizmetler, bakım, onarım, enerji tasarrufu, temizlik, çevre, peyzaj, atık toplama, kriz yönetimi, ulaştırma, yemek hizmetleri, yangın, güvenlik, müşteri memnuniyeti, iş ve işçi sağlığı vb.tesisin yönetimi kurumun sahip olduğu bütün varlıkların ve kaynakların koordinasyonu, optimizasyonu, etkin ve yaratıcı bir şekilde yönetimidir (Ay 2013;1).

Sağlık kuruluşları; hastalar, hasta yakınları, çalışanlar ve ziyaretçiler için güvenli, işlevsel ve destekleyici bir tesis sunmak için gayret göstermelidir. Bu amaca ulaşabilmek için tesisin fiziksel, tıbbi, diğer ekipmanların ve insanların etkin bir şekilde yönetilmesi gerekir (Morrow 2007;1).

Tesis yönetimi ve güvenliği ile ilgili çalışmaların değerlendirilmesine yönelik standart ölçüm araçlarının bulunması, uygulamalara işlevsellik kazandırması açısından önemlidir.

2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada yataklı tedavi kurumlarında uygulanan tesis güvenliği ve yönetimi programlarının değerlendirilmesini sağlayacak “Tesis Güvenliği ve Yönetimi Programlarını Değerlendirme Ölçeği” nin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

3. Bilimsel İlkeler Uyumluğu

3.1. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Mudurnu Devlet Hastanesi, Gerede Devlet Hastanesi, Bolu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Bolu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Seydişehir Devlet Hastanesinde çalışmaya katılmak isteyen, anket ve ölçeği yanıtlamayı kabul eden ya da sözlü onam veren 612 hastane personeli ile yürütülmüştür.

3.2. Analiz Türü ve Analiz Yöntemi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0 programında değerlendirilmiştir. Hastane çalışanlarının demografik özelliklerini tanımlamak için sıklık, yüzdelik ve ortalama kullanılmıştır.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında kullanılan analiz yöntemleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 1. Taslak Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

ANALİZ TÜRÜ	ANALİZ YÖNTEMİ
GEÇERLİLİK	
Kapsam/ İçerik Geçerliliği	Uzman görüşü
Yapı geçerliliği	Faktör Analizi
GÜVENİRLİK	
Korelasyona dayalı madde analizi (Madde toplam puan analizi)	Pearson Monentler Çarpımı Korelasyon Analizi
Ölçeğin iç tutarlılık analizi	Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı

4. Araştırmanın Süreci

Günümüzde en fazla kullanılan çok maddeli ölçeklerden birisi de Likert tipi ölçeklerdir. Likert tipi ölçekler bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi esasına dayanır. Genellikle bir soru listesi (anket, envanter, ölçek, test) verilir ve bireyden listedeki ölçek maddelere cevaplaması istenir. Bu sorularda, bireyden takınacağı tavrın veya göstereceği davranışın ne olacağını belirtmesi istenir (Tezbaşaran,1996).

“Tesis Güvenliği ve Yönetimi Programlarını Değerlendirme Ölçeği” nin geliştirilmesinde aşağıdaki aşamalar takip edilmiştir.

1. Madde Havuzu Aşaması
2. Uzman Görüşüne Başvurma Aşaması (Kapsam Geçerliliği)
3. Ön Deneme Aşaması (Yüzey geçerliliği)
4. Taslak Ölçeğinin Uygulanması
5. Madde Analiz Aşaması
6. Geçerlilik Hesaplama Aşaması (Yapı geçerliliği)
7. Güvenirlik Katsayılarının hesaplanması

4.1. Madde Havuzu Aşaması

Tesis Güvenliği ve Yönetimi ile ilgili çok sayıda literatür incelenmiştir. Bu bilgiler çerçevesinde bir ölçme aracı ile ilgili özellikler dikkate alınarak konu özele indirgenmiş ve tek tek maddelenmiştir. Daha sonra ölçekte yer alan maddelerin ifadesi üzerinde durulmuştur. Madde yazımında öngörülen özellikleri taşımasına, ifadelerin açık ve anlaşılır olmasına, değişik anlamlara yol açmamasına dikkat edilmiş ve 70 maddeden oluşan bir taslak envanteri oluşturulmuştur.

Maddelerin ölçeklenmesinin yapılabilmesi için, ölçek maddelerinin yanıtlama biçimi belirlenmiştir. Ölçülmek istenen durumu belirleyen her bir madde için bir değerlendirme yapılmasını sağlayacak, 5’li likert tipi ölçek puanlama sistemi uygun görülmüştür. Her bir madde için geçerli olmak üzere “tamamen katılıyorum” (5 puan), ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) arasında değişen ifadelendirme ve puanlamaya karar verilmiştir.

4.2. Uzman Görüşüne Başvurma Aşaması

Bu aşamada hazırlanan ölçeğin kapsam (içerik) geçerliliği açısından yeterliliği incelenmiştir. İçerik geçerliliği, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçme aracına uygun olup olmadığını, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini belirlemek için yedi uzman görüşüne başvurularak gerçekleştirilmiştir.

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi Davis tekniği dikkate alınarak yapılmıştır. Davis tekniği uzman görüşlerini (a) uygun, (b) madde hafifçe gözden geçirilmeli, (c) madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve (d) madde uygun değil şeklinde dörtlü derecelendirmektedir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek, maddeye ilişkin kapsam geçerlik indeksi elde edilmektedir. Bu değer istatistiksel bir ölçütü karşılaştırmak yerine; 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. Bu teknikte, en az üç en fazla ise 20 uzman önerilmektedir (Yurdugül,2005).

Tablo 2. Kapsam Geçerliliği Bulguları

Madde No	Kapsam geçerlik indeksi	Madde No	Kapsam geçerlik indeksi	Madde No	Kapsam geçerlik indeksi	Madde No	Kapsam geçerlik indeksi
1	100,00	19	85,71	37	85,71	55	100,00
2	100,00	20	71,43	38	71,43	56	85,71
3	100,00	21	85,71	39	71,43	57	100,00
4	85,71	22	100,00	40	100,00	58	71,43
5	85,71	23	100,00	41	100,00	59	85,71
6	71,43	24	100,00	42	71,43	60	85,71
7	85,71	25	100,00	43	57,14	61	85,71
8	100,00	26	100,00	44	100,00	62	71,43
9	71,43	27	100,00	45	71,43	63	85,71
10	85,71	28	100,00	46	100,00	64	100,00
11	100,00	29	100,00	47	85,71	65	85,71
12	85,71	30	85,71	48	71,43	66	85,71
12	100,00	31	100,00	49	71,43	67	85,71
14	85,71	32	100,00	50	100,00	68	57,14
15	85,71	33	100,00	51	71,43	69	57,14
16	100,00	34	100,00	52	85,71	70	100,00
17	100,00	35	85,71	53	85,71		
18	71,43	36	100,00	54	100,00		

Hesaplamalar sonucunda kapsam geçerlik indeksi 0.80 altında kalan maddeler envanterden çıkarılmış ve 16 madde elenerek toplam 54 maddeden oluşan envantere ulaşılmıştır.

4.3.Ön Deneme Aşaması (Yüzey geçerliliği)

Ölçekteki maddeler, beşli likert tipinde oluşturulmuş ve kişilerin maddelere katılma dereceleri; 1 “Hiç Katılmıyorum”, 2 “Katılmıyorum”, 3 “Kararsızım”, 4 “Katılıyorum” ve 5 “Tamamen Katılıyorum” biçiminde düzenlenmiştir.

Bu çalışmada yüzey geçerliliği kapsamında taslak ölçeğin okunduğunda anlaşılır olup olmadığını, cümlelerin uzunluğunu test etmek için hemşire, hekim ve sağlık memuru, bilgi işlem elemanı, temizlik elemanı, idari memurlardan oluşan 60 çalışanın görüşlerinden yararlanılmıştır.

4.4. Taslak Ölçeğinin Uygulanması

Taslak ölçek Eylül 2013 – Aralık 2013 tarihleri arasında Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Mudurnu Devlet Hastanesi, Gerede Devlet Hastanesi, Bolu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Bolu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Seydişehir Devlet Hastanesinde çalışan 612 hastane personeline uygulanmıştır.

Hastane çalışanlarının 214 (%35)'ü hemşire, 67 (%10,9)' i sağlık memuru, 99 (%16,2)' u bilgi işlem elemanıdır. Çalışanların 179 (%29,2)' u lise, 160 (%26,1)'i ön lisans eğitimlidir. Çalışanların 137(%22,4)'i kliniklerde, 116 (% 19)'sı polikliniklerde çalışmaktadır.

Taslak ölçeğinin uygulanması aşaması, çalışmaya katılmak isteyen, anket yanıtlamayı kabul eden ya da sözlü onam veren hastane personeli ile yürütülmüştür. Çalışanın, kendisini baskı altında hissetmemesi ve özgür iradesiyle anket sorularını yanıtlayabilmesi için, anket formu kendilerine verilmiş ve bir süre sonra toplanmıştır. Böylelikle, sorulan sorulara objektif yanıtların verilebilmesi sağlanmaya çalışılmıştır.

4.5. Madde Analiz Aşaması

Bir maddenin ölçme gücünü belirlemek için; güvenilirlik (iç tutarlılık) ölçütüne (t-test) dayalı ve korelasyona dayalı olmak üzere özgün olarak iki farklı madde analizi önerilmektedir. (Tezbaşaran, 1996).

Madde toplam test korelasyonu test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. (Büyüköztürk,2004). Bu çerçevede, madde-toplam test korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, ölçme aracının güvenilirliğinin (iç tutarlılığının) yüksek olduğunu ifade eder

Ölçekteki 54 maddeden hangilerinin çalıştığını belirlemek amacıyla her bir maddenin ayırt ediciliğine yani madde toplam korelasyona bakılmıştır. Yapılan madde analizi sonucunda ölçek maddelerinin güvenilirlikleri bulunmuştur. “Tesis Güvenliği ve Yönetimi Programlarını Değerlendirme Ölçeği” taslağının 612 kişilik örneklem grubundan elde edilen madde toplam puan korelasyonları Tablo 2’de belirtilmiştir.

Tablo 3. Madde toplam puan korelasyonları

Madde No	Madde toplam Korelasyonu	Madde No	Madde toplam Korelasyonu	Madde No	Madde toplam Korelasyonu	Madde No	Madde toplam Korelasyonu
s1	,575	s17	,651	s33	,644	s55	,548

s2	,544	s19	,632	s34	,626	s56	,592
s3	,587	s21	,574	s35	,681	s57	,591
s4	,603	s22	,627	s36	,720	s59	,469
s5	,626	s23	,638	s37	,704	s60	,546
s7	,600	s24	,641	s40	,594	s61	,221
s8	,566	s25	,727	s41	,710	s63	,358
s10	,664	s26	,686	s44	,661	s64	,262
s11	,597	s27	,652	s46	,687	s65	,261
s12	,543	s28	,712	s47	,674	s66	,303
s13	,517	s29	,570	s50	,642	s67	,256
s14	,583	s30	,475	s52	,695	s70	,174
s15	,689	s31	,705	s53	,568		
s16	,597	s32	,607	s54	,585		

Tablo 2 incelendiğinde ölçekte yer alan tüm maddeler için madde-toplam korelasyon değerlerinin 0.174 ile 0.720 arasında değiştiği görülmektedir. Madde toplam korelasyon değeri 0.40 den küçük olan 61, 63, 64, 65, 66,67,70 inci maddeler ölçekten çıkartılmıştır. Tesis Güvenliği ve Yönetimi Programlarını Değerlendirme Ölçeği’nde 47 madde kalmıştır. Kalan maddeler yeni madde numarası verilerek faktör analizi yapılmıştır.

4.6.Geçerlilik Hesaplama Aşaması (Yapı geçerliliği)

Yapı geçerliliği ise; ölçme aracının soyut bir olguyu ne derece doğru ölçebildiğini gösterir (Tavşancıl, 2002).Yapı geçerliliğini ölçebilmek için faktör analizinden yararlanılır. Faktör analizi, birbirleri ile ilişkili veri yapılarını birbirinden bağımsız ve daha az sayıda yeni veri yapılarına dönüştürmek, bir oluşumu ya da olayı açıkladıkları varsayılan değişkenleri gruplayarak ortak faktörleri ortaya koymak, bir oluşumu etkileyen değişkenleri gruplamak amacıyla başvurulanan yöntemdir (Özdamar 2002).

Veri setini faktör analizine uygunluğunu belirlemede iki yaklaşım vardır. Bunlardan biri sübjektif bir yaklaşım olan korelasyon matrisin incelenmesi, diğeri ise Kaiser- Mayer-Olkin (KMO) uygunluk testidir. KMO testi, değişkenler arasındaki korelasyonları ve faktör analizinin uygunluğunu ölçen örnek uygunluk testidir (Cengiz,2007).

KMO değerinin, 0.50'nin altında olması faktör analizi için örneklemin yeterli olmadığı, 0.90'ın üzerinde olması ise çok iyi düzeyde olduğu belirtilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002). Kaiser- Meyer-Olkin katsayısı için başka bir kaynak, 0.90 – 1.00 arası mükemmel, 0.80 – 0.89 arası çok iyi, 0.70 – 0.79 arası iyi, 0.60 – 0.69 arası orta ve 0,50 – 0.59 arası zayıf olarak değerlendirildiğini belirtmektedir. Bartlett's testinin istatistiksel olarak anlamlılığının, ölçekte bulunan maddelerin faktör analizi için uygun olduğunu gösterdiği ifade edilmektedir (Tavşancıl, 2006)

Tablo 4 KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,958
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	23766,070
	df	1081
	Sig.	,000

KMO analizi sonucu 0.958 ve Bartlett's Test of Sphericity analizi sonucu 23766,070 olarak saptanmış ve her iki test sonucu da $p=0,000$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Faktör analizinde yeterli örneklem büyüklüğü için Comrey ve Lee'ye (1992) göre, üzerinde faktör analizi yapılacak bir örneklemin yeterliliğinin ölçüleri kabaca; "çok kötü=50", "kötü=100", "orta=200", "iyi=300", "çok iyi=500", "mükemmel=1000 ve daha fazlası" şeklinde belirlenmiştir. Bu araştırmada yer alan örneklem sayısı 612 olduğundan, üzerinde faktör analizi yapılabilmesi için "çok iyi/ mükemmel" arasında bir derecelendirmeye sahiptir.

Bir maddenin herhangi bir faktöre girebilmesi için ulaşması gereken en küçük değer konusunda kesin bir sınır olmamakla birlikte genellikle 0.40 önerilmektedir. Genel olarak 0.30 ile 0.59 arasındaki yük değeri orta, 0.60 ve üzerindeki ise yüksek olarak kabul edilir (Büyüköztürk 2004). Bu ölçekte faktör yüklerinin, 0.40 ile 0.86 arasında orta ve yüksek faktör yüküne sahip olması nedeni ile ölçekten hiç bir madde çıkarılmamıştır. Bu değerler, ölçeğin yapı geçerliliğinin bir göstergesi olarak yeterli bulunmuştur.

Faktör Sayısının Belirlenmesinde en çok öz değere (eigenvalue) göre faktör belirleme metodu kullanıldı. Öz değeri 1 ve 1'den büyük olan faktörlerin değerlendirmeye alındı.

Faktörler temel bileşenler yöntemine (Principal Component Analysis) göre çıkarılmış, önemli temel bileşen sayısı 7 olarak belirlenmiştir.

Tablo 5. Faktörlerin öz değerleri ve varyans açıklama yüzdeleri

Temel Bileşenler	Başlangıç Öz Değerleri			Türetilen Kareli Ağırlıklar Toplamı			Rotasyon Sonucu Kareli Ağırlıklar Toplamı		
	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %
1	19,937	42,420	42,420	19,937	42,420	42,420	7,750	16,489	16,489
2	4,108	8,740	51,159	4,108	8,740	51,159	6,157	13,100	29,590
3	2,699	5,743	56,902	2,699	5,743	56,902	5,981	12,725	42,315
4	2,070	4,404	61,307	2,070	4,404	61,307	5,517	11,738	54,053
5	1,436	3,054	64,361	1,436	3,054	64,361	2,646	5,631	59,684
6	1,260	2,682	67,043	1,260	2,682	67,043	2,411	5,130	64,814
7	1,066	2,268	69,311	1,066	2,268	69,311	2,114	4,497	69,311

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Faktör analizi tekniğinde, maddelerin açıklık ve anlamlılığının araştırılması amacıyla eksen döndürme işlemi (rotation) yapılmaktadır. Eksenlerin döndürülmesi sonrasında maddelerin bir faktördeki yükü artarken, diğer faktördeki yükleri azalmakta, birbirleriyle yüksek derecede ilişki kurabilen maddeler bir araya gelmekte ve daha kolay yorumlanmaktadır.

Analiz sonucunda açıklanan varyans oranı önemlidir. Tek boyutlu ölçeklerde açıklanan varyans oranının en az % 30, çok boyutlu ölçeklerde ise daha yüksek oranlarda olması beklenmektedir (Büyüköztürk 2004). Bu çalışmada da açıklanan toplam varyans % 69,31 gibi yüksek bir değer olarak bulunmuştur.

Faktörde yer alacak değişkenlerin sayısı ve değişkenlerin bu faktörlere dağılımı belirlendikten sonra, faktörlere isim verilmiştir.

Birinci faktörde yer alanlar maddeler yöneticilerle ilgili olanlardır. Ölçeğin “*Liderlik*” alt boyutunu oluşturmaktadır. Faktör içinde 4 madde bulunmaktadır. İkinci faktörde yer alanlar planlama ile ilgili olanlardır. Ölçeğin “*planlama*” alt boyutunu oluşturmaktadır. Bu alt boyut içinde 12 madde bulunmaktadır. Üçüncü faktörde yer alanlar iletişim ile ilgili olanlardır. Ölçeğin “*İletişim*” alt boyutunu oluşturmaktadır. Faktör içinde 10 madde bulunmaktadır. Dördüncü faktörde yer alanlar kontrol ve denetim ile ilgili olanlardır. Ölçeğin “*kontrol-denetim*” alt boyutunu oluşturmaktadır. Bu alt boyutta 8 madde bulunmaktadır. Beşinci faktörde yer alanlar iyileştirme çalışmaları ile ilgili olanlardır. Ölçeğin “*İyileştirme*”

alt boyutunu oluşturmaktadır. Bu alt boyutta 8 madde bulunmaktadır. Altıncı faktörde yer alanlar eğitim çalışmaları ile ilgili olanlardır. Ölçeğin “Eğitim” alt boyutunu oluşturmaktadır. Bu alt boyutta 2 madde bulunmaktadır. Yedinci faktörde yer alanlar tatbikat çalışmaları ile ilgili olanlardır. Ölçeğin “Tatbikat” alt boyutunu oluşturmaktadır. Bu alt boyutta 3 madde bulunmaktadır (EK- 1).

4.7.Güvenirlilik Katsayılarının hesaplanması

Ölçme aracının iç tutarlığı, ölçeğin bütün birimlerinin ilgilenilen değişkeni ölçme yeteneğinde olduğunu belirleyen güvenirliliktir (Şencan,2005). İç tutarlık; bir ölçeğin belli bir amaçla bağımsız birimlerden oluştuğu ve her birimin bir bütün içinde, birbirine eşit ağırlıkları olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır. Bir ölçeğin iç tutarlık güvenirliliğine sahip olduğunu söyleyebilmek için ölçeğin tüm alt boyutlarının aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekmektedir (Gözüm vd.,2003).

Güvenirlilik belirlemede çeşitli teknik ve formüller geliştirilmiş olmakla birlikte, Likert tipi verilerde Cronbach alfa katsayısının kullanılmasının uygun olduğu belirtilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2002).

Literatürde, alfa katsayısının değerlendirme kriterlere göre, elde edilen alfa değeri 0.60 ve üstünde, 0.80'nin altında bir değer ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu kabul edilmektedir (Özdamar,2002).

Tesis Güvenliği ve Yönetimi Programlarını Değerlendirme Ölçeği”nin iç tutarlılığını belirlemek için yapılan Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı incelendiğinde; 47 maddelik ölçeğin toplam Cronbach Alfa güvenirlilik kat sayısının 0,96 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. Ölçeğin Alt boyutları ve Güvenirlilikleri

	Alt Boyutlar	Madde sayısı	Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı
1	Liderlik	4	0,76
2	Planlama	12	0,93
3	İletişim	10	0,92
4	Kontrol	8	0,90
5	İyileştirme	8	0,92
6	Tatbikat	3	0,91
7	Eğitim	2	0,77
TOPLAM		47	0,96

Kurum veya kuruluşlarda uygulanabilme durumu

Sağlık kurumlarında tesis güvenliği ve yönetimi çalışmalarının hedeflerine ulaşım ulaşılmadığına ancak bir değerlendirme süreci sonundaki karar verilebilir. Programların değerlendirilmesi sürecinde, katılımcıların programla ilgili görüşlerinin alındığı tepki değerlendirmesi ilk adımı oluşturmaktadır. Katılımcıların düşüncelerinin değerlendirilmesine yönelik standart ölçüm araçlarının bulunması, uygulamalara işlevsellik kazandırması açısından önemlidir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin oldukça yüksek düzeyde olmasıyla bir ölçme aracı olarak tesis güvenliği ve yönetimin çalışmalarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek düzeydedir.

6. Elde Edilen Sonuçlar

Tesis güvenliği ve yönetimi programlarının değerlendirilmesine yönelik standart ölçüm araçlarının bulunması, uygulamalara işlevsellik kazandırması açısından önemlidir.

Bu bağlamda yürütülen çalışmada, “Tesis Yönetimi ve Güvenliği Programlarını Değerlendirme Ölçeği”nin kullanılabilirliğine ilişkin aşağıdaki sonuçlara ulaşmak mümkündür:

- Madde ayırt ediciliği analizi sonucunda, maddelerin katılımcıların tesis güvenliği ve yönetimine yönelik tutumlarını ayırt edebilir nitelikte olduğu görülmüştür.
- Ölçeğin yapı geçerliğine yönelik yapılan çalışmalar, ölçek maddelerinin kabul edilebilir düzeyde faktör yüküne sahip olduğunu göstermiş ve ölçeğin yedi faktörlü bir yapıda olduğunu ortaya koymuştur.
- Ölçeğin iç tutarlılığının, genel olarak ve alt boyutlar bakımından oldukça iyi düzeyde olduğu ortaya konulmuştur.

7. Öğrenilen Dersler

Yukarıda belirtilen sonuçlar, geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin oldukça yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin, bu şekliyle tesis güvenliği ve yönetimini değerlendirmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak literatüre katkı yapabileceği görülmektedir.

8. Araştırmanın Bütçesi ve Finansmanı

Araştırmada kırtasiye masrafları, veri toplama aracının basımı ve çoğaltılması için 150,00 Türk Lirası harcama yapılmıştır. Bunun dışında ek bir maliyet desteği duyulmamıştır.

EK- 1: Tesis Yönetimi ve Güvenliği Programlarını Değerlendirme Ölçeği ve Alt Faktör Değerleri

	Alt Faktör Dağılımı	Faktör Değeri
	Faktör 1. Liderlik $\alpha= 0,76$	
1	Yöneticilerimiz sağlık hizmetlerinin güvenli bir ortamda verilmesi için gayret gösterirler.	,662
2	Yöneticilerimiz hasta bakım ortamlarını iyileştirmek için stratejiler geliştirirler.	,604
3	Yöneticilerimiz bina denetim/bina turu raporlarındaki eksiklikleri yerine getirilmesini sağlarlar.	,518
4	Yöneticilerimiz tesis güvenliği ve yönetimini çok önem verirler.	,464
	Faktör 2. Planlama $\alpha= 0,93$	
5	Hastanemizde alt yapı sistemleri risk değerlendirmesi yapılır.	,784
6	Tıbbi cihazların hasta güvenliği açısından risk değerlendirmesi yapılır.	,759
7	Tıbbi cihazların çalışan güvenliği açısından risk değerlendirmesi yapılır.	,752
8	Hastanemizde kimyasalların sağlık üzerindeki riskleri değerlendirilir.	,743
9	Çalıştığım üniteye yangın yönünden risk değerlendirmesi yapılır.	,720
10	Hastanemiz için afet ve acil durum riskleri belirlenmiştir.	,675
11	Hastanemizin afet ve acil durumlara tehlike analizleri belirlenmiştir.	,570
12	Hastanemizin afet ve acil durumlarda zarar görebilirlik analizleri yapılır.	,568

13	Hastanemizin afet ve acil durumlarda imkân ve yetenek analizleri yapılır.	,550
14	Hastanemize yönelik deprem risk analizi yapılır.	,548
15	Hastanemizin afet ve acil durumlarda zararı azaltma planları vardır.	,543
16	Afet ve acil durumlarda kullanılacak alternatif alanlar belirlenmiştir.	,540
	Faktör 3. İletişim $\alpha= 0,92$	
17	Tıbbi cihazların yanında cihaz kullanma talimatları ve kitapçıkları bulundurulur.	,726
18	Tesis güvenliği ve yönetimi ile ilgili prosedürlerimiz devamlı güncellenir.	,695
19	Hastanemizin engellilere yönelik acil durum uygulamaları vardır.	,678
20	Hastanemizin Türkçe bilmeyenler yabancı hastalar için acil durum uygulamaları vardır.	,678
21	Hastanemizin telefon kabinlerinde kırmızı zemin üzerine fosforlu sarı veya beyaz renkte YANGIN 110 yazılı levhalar bulundurulur.	,664
22	Bölümümüzde sesli ve ışıklı yangın algılama sistemi vardır.	,600
23	Afet ve acil durumlarda kullanılacak etkili iletişim sistemi çalışır haldedir.	,566
24	Afet ve acil durumlarda çalışanlarımızın irtibat listeleri hazırlanmıştır.	,536
25	Tesis güvenliğinden kaynaklanan kaza bildirim sistemi vardır.	,529
26	Tesis güvenliğinden kaynaklanan kazalar değerlendirilir.	,438
	Faktör 4. Kontrol $\alpha= 0,90$	
27	Cihazların kontrol, test ve bakım periyodları belirlenmiştir.	,791
28	Afet ve acil durumlarda kullanılacak alet ve cihazların çalışması test edilir.	,790
29	Acil ve afet durumlarında kullanılacak malzeme stok kontrolü yapılır.	,784

30	Hastanemizde elektrik, su, iklimlendirme sistemlerinin bakımı düzenli olarak yapılır.	,757
31	Kullanılan cihaza uygun olarak günlük/haftalık/aylık temizliği yapılır.	,744
32	Hastanemizde kimyasal maddeler için ortam ölçümleri yapılır.	,580
33	Hastanemizde yangın ve duman algılama sistemleri altı ayda bir kontrol ve test edilir.	,551
34	Hastanemizde medikal gaz sistemi bakımı düzenli olarak yapılır.	,465
Faktör 5. İyileştirme $\alpha=0,92$		
36	Tıbbi cihaz arızalarında kullanıcı hataları ilgili kullanıcıya bildirilir.	,863
36	Kullanılan tıbbi cihazın çalışmaması durumlarında yedek cihaz belirlenmiştir.	,859
37	Kullanılan cihazın çalışmaması durumunda hizmet alınacak hastaneler belirlenmiştir.	,836
38	Çalışanlar tıbbi cihazın kalibrasyon sonuçları konusunda bilgilendirilir.	,833
39	Alt yapı sistemlerine ait takip veriler düzenli olarak toplanır.	,804
40	Alt yapı sistem takip verileri alt yapı sistemlerini iyileştirme çalışmalarında kullanılır.	,743
41	Hastanemizde suyun kalitesi düzenli olarak takip edilir.	,697
42	Çalıştığım üniteadaki alt yapı sistem arızaları kısa zaman içinde giderilir.	,471
Faktör 6. Tatbikat $\alpha=0,91$		
43	Tatbikatlar hastanenin eksik ve zayıf olan yönleri ortaya çıkartılmasında yararlıdır.	,662
44	Tatbikatlar hastanenin yardım ve destek imkânlarının ortaya çıkartılmasında yararlıdır.	,660
45	Çalıştığım bölüme özel olarak yangın ve tahliye tatbikatı yapılır.	,570
Faktör 7. Eğitim $\alpha=0,77$		
46	Çalışanlarımız tesis güvenliğini etkileyen olayların rapor edilmesi konusunda eğitilirler.	,530
47	Tüm çalışanlarımız güvenli bakım/çalışma ortamı sağlama konusunda eğitilirler.	,460

Kaynaklar

- Aksayan S., Emiroğlu N. (2002). Araştırma Tasarımı, Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. İçinde İ.Erefe (Ed.) (1.Baskı, sy. 78). İstanbul:Odak Ofset.
- Ay Evrim Veli (2013) “Sürdürülebilir Tesis Yönetimi”<http://surdurulebilirtesisyonetimi.wordpress.com/2013/05/08/tesis-yonetimi-nedir/>(Erişim 31.12.3013)
- Büyüköztürk Ş. (2004). Veri analizi el kitabı (4. Baskı). Ankara: Pegema Yayınevi
- Cengiz D, (2007)”Faktör Analizi ile 2006 Dünya Kupası’na Katılan Takımların Sıralamasının Belirlenmesi” Marmara Üniversitesi,İ.İ.B.F. Dergisi YIL 2007, CİLT XXIII, SAYI 2
- Comrey, A. L.,& Lee, H. B. (1992).A First Course in Factor Analysis.Second Edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale.
- Ercan, İ. & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (3), 211-216.
- Fındıkoğlu S (2013) “Tesis Yönetimi”
http://www.gyoder.org.tr/img/mc-content/20131010175313_2990tesis-yonetimi-egitim/(Erişim 31.12.3013)
- Gözüm S, Aksayan S (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 4 (2): 9-20
- GözümS., Aksayan, S. (2003).Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,5(1),3-14
- Karasar, N. (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi (9.Basım). Ankara: Anı Yayıncılık..
- Morrow,J (2007) Hospital/Medical Facility Safety Management” Head quarters Department of the Army Washington, DC 4 September 2007
- Şençan H (2005) Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik (1. Basım) Seckin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret AŞ, Ankara, 499-559.
- Şen, F., Neden Akreditasyon, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, Bursa, <www.bsm.gov.tr/sunu/docs/akrdtsyn_brs_hms_drn.ppt>, (15.11.2010).
- Oğuz, Y (2008), “Yüksek Riskli Bir Mekân: Sağlık Kuruluşu”, <http://www.biyotetik.org.tr/makaleler/Malpraktis/Yasemin.pdf> (11.10.2008).
- Özdamar, K (2002). Paket Programlar ile istatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Süngü A. (2019)”Sağlıklı ve Güvenli Tesisler” Tesis Yatırımı Yönetimi Tedarik Konferansı Ve Fuarı 18 -19 Ekim 2012, <http://www.uttmd.org/?Syf=26&Syz=193080>,(Erişim 31.12.3013)

- Tavşancıl E (2006) Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi (3. Basım) Nobel Yayın Dağıtım, Ankara,
- Tezbaşaran A (1996). Likert tipi ölçek geliştirme klavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Özyurt Matbaası, 45-51.
- Wan M (2004;2) Risk management in hospital facility management- a case study in Hong Kong “ Conference in Hong Kong on 3 June 2004 ‘New World Order in Facility Management
- Yurdugül H (2005) “Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik indekslerinin Kullanılması” XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi 28-30 Eylül 2005 DENİZLİ
- Zeybek B (2011) “Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon” Yüksek Lisan Tezi, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı

Eskişehir Devlet Hastanesinde Çalışan Kamu Personelinin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi

Dilek ŞAYIK¹

Adem ŞERBETÇİ²

Dilek DEMİRSÖZ³

Mehmet EROĞUL⁴

Ahmet MUSMUL⁵

Özet

Bu çalışma, Eskişehir devlet hastanesinde çalışan kamu personelinin tükenmişlik düzeyini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma Aralık 2012 – Ocak 2013 tarihleri arasında Eskişehir ilindeki Eskişehir Devlet Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini (1577), Eskişehir Devlet Hastanesinde çalışan tüm kamu personeli oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminin (301) oluşturulmasında örneklem hesabı yapılmıştır. Verilerin toplanmasında, sosyo-demografik özellikleri tanımlamak için “Tanıtım Formu” ve tükenmişlik düzeyini belirlemek için “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılmıştır. Tüm veri analizleri SPSS 18.0 ve SigmaStat 3.5 paket programları ile yapılmıştır. $P<0.05$ olasılık değerleri önemli olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda, Duygusal Tükenme düzeyi (ortalama 1.72 ± 0.83), tükenmişliğin diğer alt gruplarından daha yüksek saptandı. Duygusal tükenmede ise en yüksek puanları Uzman Hekim/ Hekim (median=1.89) ve Hemsire / Ebe (median=1.78) meslek gruplarının aldığı saptandı. Devamlı gündüz çalışan kamu personelinin kişisel başarı eksikliği ($p<0.05$), Gece-gündüz şeklinde çalışan kamu personelinin ise duygusal tükenmesi ($p<0.001$) yüksek bulundu. Sonuç olarak, sağlık çalışanları stresle baş edebilmeleri için duygusal olarak desteklenmeli, motive edici etkinliklere yer verilmelidir. Hastane yöneticileri “Çalışanlarda Tükenmişlik” yönünde eğitilmeli ve çalışanlara yönelik analizler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, Çalışan Memnuniyeti, Kamu Personeli, Duyarsızlaşma

1 Eskişehir Devlet Hastanesi; dileksayik@hotmail.com 05065416642

2 Eskişehir Devlet Hastanesi; aserbetci@hotmail.com 05326263889

3 Eskişehir Devlet Hastanesi; ahmethamdi43@hotmail.com 05052599974

4 Eskişehir Devlet Hastanesi; mehmetogul66@gmail.com 05326579597

5 ESOGU Tıp Fak.; 05554006223

Abstract

This is a descriptive study, aiming to be able to identify the burnout level of public personnel of Eskişehir state hospital. The study is conducted at Eskişehir State Hospital in Eskişehir between December 2012 and January 2013. Target population of the study (1577) consists of all public personnel who work at Eskişehir State Hospital. The sample of the study (301) is formed by sample calculation. "Description Form" is used to identify socio-demographic characteristics and "Maslach Burnout Inventory" is used to specify burnout level on collection of data. All data analyses are realized by SPSS 18.0 and SigmaStat 3.5 program packages. $P<0.05$ probability values are considered substantial. In our study, Emotional Exhaustion level (1.72 ± 0.83 in average) is detected to be higher than the other subgroups. Specialist Physician/ Physician (median=1.89) and Nurse/ Midwife (median=1.78) occupational groups are confirmed to have highest rates on Emotional Exhaustion. Lack of personal fulfillment of public personnel work in day time ($p<0.05$) and emotional exhaustion of personnel working day and night ($p<0.001$) found to be high. Consequently, health care personnel should be supported both emotionally and with motivating activities to be able to cope with stress. Hospital administrators should be trained on "Burnout Syndrome in Personnel" and personnel oriented analyses should be practiced.

Key Words: Burnout, Employee Satisfaction, Public Personnel, Desensitization

1. Giriş

Son yıllarda teknoloji, bilişim ve sosyal alanlarda meydana gelen köklü değişimler, bireyin günlük yaşamını ve çalışma yaşamını etkilemekte, birçok problem durumuyla karşı karşıya kalmasına neden olmakta ve kişisel, sosyal, mesleki açıdan çağımızın önemli fenomenlerinden biri olan tükenmişlik durumuyla karşı karşıya gelmesine neden olmaktadır(Çapri 2006).

Tükenmişlik kelimesinin sözlük anlamına baktığımızda "gücünü yitirmiş olma, çaba göstermeme durumu, bitmişlik, güçsüzlük" şeklinde tanımlandığını görmekteyiz (Demir 2004)

İlk olarak Frenderbeg tarafından (1974), gönüllü sağlık personelinde görülen "enerji, güç veya kaynaklar üzerindeki aşırı taleplerden dolayı başarısız olmak, yıpranmak ve yorulup tükenmeye başlamak" şeklinde ortaya atılan tükenmişlik kavramı, insanlarla birebir ilişki kurmayı gerektiren mesleklerde daha sık karşılaşılan bir olgudur. Frenderbeg, duygusal tükenme ve bağlılık-motivasyon kaybı ile bu sürecin doğrudan bir açıklamasını ortaya koymuş ve bunu konuşma diliyle kronik uyuşturucu alışkanlığının etkilerine gönderme yapan bir terim olan

”burnout” ile ifade etmiştir(Tunç 2008). Mather de tükenmişliği; psikosomatik hastalık, uykusuzluk, iş ve kriterlere karşı negatif tutum, kötümserlik, ilgisizlik ve depresyonu içeren, karmaşık bir belirti olarak tanımlamaktadır. Bir başka tanıma göre ise tükenmişlik; fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri negatif bir benlik kavramının gelişmesi ve iş, yaşam ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme halidir. Tükenmişlik genellikle bireyin ters giden bir şeyin olduğu fakat buna inanmaya reddettiği durumda gelişen bir olgudur. Başka bir ifadeyle bu, kişisel kaynakların sona dayandığı, günlük olaylar karşısında sürekli bir ümitsizlik ve olumsuz düşüncesinin yer aldığı, yaşam enerjisinin tükenmiş şeklidir. Bir diğer görüşe tükenmişlik, değişimi imkansız görünen durumların insan ruhuna çizdiklerinin birikimleriyle oluşan bir olgudur. Bu durum “meslek otizmi” olarak ifade edilmektedir.(Babutçu ve Serinkan 2008).

Tükenme sendromu, genellikle kendisini örgütüne adayıp “çok başarılı” olmak için yoğun bir şekilde çalışan ve görev aldığı her işte kendi üzerine düşenden fazlasını yapan kişilerde görülmektedir. Tükenmişlik kavramı ile diğer ilgili en önemli nokta tükenmişliğin, insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde daha fazla görülmesidir. Sonuç olarak, her ne kadar tükenmişlik sendromu bazı meslek gruplarında daha sık görülse de, hiç kimse tükenmeye karşı bağışıklığa sahip değildir. Hangi işte çalışırsa çalışsın, hangi pozisyonda olursa olsun herkes tükenmişlik sendromu için birer adaydır(Polatçı 2007).

Tükenmişlik, yaşanan stresle başa çıkamama sonucunda gözlenen, fizyolojik, zihinsel ve duygusal alanlarda hissedilen bir durumdur(Akpolat 2008).

Maslach ve Jackson (1981) tükenmişliği üç faktörlü bir yapı olarak ele almıştır. Bunlar; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı şeklinde ifade edilmiştir.

Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion); Mesleki tükenmişliğin bu boyutunda bireyde yorgunluk, enerji eksikliği duygusal yönden kendini yıpranmış hissetme gibi belirtiler gözlenmektedir. Bu boyut literatürde tükenmişliğin en kritik ve en belirleyici boyutu olarak ifade edilmektedir. Duygusal tükenme tükenmişliğin içsel boyutudur. Duygusal tükenmişliği yaşayan kişi hizmet verdiği kişilere geçmişte olduğu kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünür, gerginlik ve engellenmişlik duygularıyla yüklü olan birey için ertesi gün yeniden işe gitme zorunluluğu büyük bir endişe kaynağıdır. **Duyarsızlaşma** (Depersonalization); bireyin hizmet sunduğu kişilere karşı birer birey olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun tutum ve davranışlar sergilemesi ile kendini gösterir. Birey insancılıktan uzaklaşmış, alaycı, küçümseyen, katı, duygusuz ve kayıtsız bir tutum içerisine girmiştir. Çalışanlar, hem hizmet sundukları kişilere hem de çalıştıkları kuruma karşı mesafeli, umursamaz ve kinayeli bir tavır sergileyebilirler

ve bu durumdan rahatsızlık duymazlar. Kltc bir dil kullanma, insanları kategorize etme, katı kurallara göre iş yapma ve endişe duyarsızlaşmanın belirtileri arasındadır. Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişilerarası boyutunu ifade etmektedir spesifik olarak sosyal hizmet uzmanlarından söz etse de, tükenmişlik yasayan bireylerin bazı özelliklerini sıralamaktadır. Buna göre, tükenmişlik yasayan bireyler, hizmet ettikleri kişilerle kendi özel yaşamları arasına katı bir sınır çizmekte, örneğin ev ortamlarında isleri hakkında kesinlikle konuşmamakta ve yine hizmet ettikleri kişilerle aralarına fiziksel bir mesafe koymak amacıyla bu kişilerle mümkün olduğunca diyalog kurmaktan kaçınmaktadırlar. **Kişisel Başarıda Düşme Hissi** (Low Personal Accomplishment); diğer insanlar hakkında geliştirilen olumsuz düşünceler sonucunda birey, kendisine yönelmekte ve kendisi hakkında da olumsuz düşünceler geliştirmektedir. Başkalarına ilişkin olumsuz düşünce ve davranışlarından dolayı kendisini suçlu hissetmekte, kimse tarafından sevilmediği, müşterileriyle ilgilenmede yetersiz kaldığı ve içinde başarılı olmadığı düşüncesine kapılmaktadır. Tüm bunların sonucunda çalışan, kendisine olan saygısını kaybedebilmekte ve depresyona girebilmektedir. Bu noktada, tükenmişliğin üçüncü aşaması olan düşük kişisel başarı hissi ortaya çıkmaktadır. Maslach, tükenmişlik olgusunu üç bileşenli sendrom olarak kavramlaştırmakta ve üç düzeyde ifade etmektedir Bunlar;

- Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hissi,
- İş ve hizmet verilenlerden soğuma,
- Kendi kendinden şüphelenmeye varan ruhsal yorgunluktur (Sağlam Arı ve ına Bal 2008).

Tükenmişlik ile ilgili çalışmalar öncelikle insanlarla yüzyüze ve yoğun ilişki kurulan hekimlik, hemşirelik, sosyal hizmet uzmanlığı, öğretmenlik gibi mesleklerde çalışan bireyler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Daha sonraları yapılan çalışmalarda bu durumun birçok farklı meslekte ortaya çıktığı ve sorunun günümüzde hemen hemen tüm sektörlerde ve meslek gruplarında yaşandığı belirlenmiştir (Sağlam Arı 2008). Sağlık alışanları sürekli olarak hastaların ihtiyaçlarına karşılık vermekte, onların yaşamlarının en hassas yanlarıyla sürekli karşı karşıya kalmakta, yaşamları tehlike altında olan insanlarla çalışmakta, aile ve hastaların büyük beklentileri ile karşılaşmaktadırlar. Bu durum da onları yoğun stresle ve stresin doğurduğu sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır(Kaya, ner, Karanfil, Uluyol, Yüksel F. ve Yüksel M. 2007). Türkiye’ de sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmalar, tükenmenin hemşirelerde daha yoğun olduğunu göstermektedir (Kebabı ve Akyolcu 2011).

2. Gereç Ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışmada sağlık sektöründe önemli bir kesimi oluşturan ve çalışma koşulları açısından diğer kamu personellerinden farklılık gösteren hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, laboratuvar/anestezi/radyoloji teknisyeni ve teknikerleri, veri hazırlama, tıbbi sekreter ve kamu sağlık personellerinin tükenmişlik düzeyini belirlemek amacıyla yapılmış, tanımlayıcı ve ilişkilendirici tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Aralık 2012 – Ocak 2013 tarihleri arasında Eskişehir ilindeki Eskişehir Devlet Hastanesinde yapılmıştır. Bu çalışma, Hastanemizin Merkez Binasında yapıldığı gibi merkez binadan uzakta olan, Semt Polikliniği, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi ve Toplum-Ruh Sağlığı Merkezinde de çalışan kadrolu tüm personele uygulanmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Eskişehir Devlet Hastanesinde çalışan tüm kamu personeli oluşturmuştur. Evrenin sayısı: 1577'dir. Araştırmanın örneklemi, Aralık 2012 – Ocak 2013 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 301 kamu personeli oluşturmuştur. Evreni temsil edecek örneklem hesaplaması yapılmış ve 301 sayısı bulunmuştur. (+/- örneklem hatası, $p=0.5$, $q=0.5$), (Aykanat ve Tengilimoğlu 2003) .

Kamu personeli içindeki gruplar ve sayıları;

- Uzman Hekim / Hekim: E= 202, n=39
- Hemşire / Ebe: E=815, n=155
- Sağlık Memuru: E=51, n=10
- Laboratuvar / Anestezi / Radyoloji Teknikeri ve Teknisyenleri: E=223, n=43
- Veri hazırlama ve Kontrol İşletmeni: E=81, n=16
- Diğer (Eczacı, Fizyoterapist, Mühendis, Tıbbi Teknolog): E=205, n=39

2.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Bu çalışmada veriler, sosyodemografik özellikleri tanımlamak üzere “Tanıtım Formu” (Ek-1) ve tükenmişlik düzeyini belirlemek için “Maslach Tükenmişlik

Ölçeği” (Ek- 2) kullanılmıştır.

Tanıtım Formu (Ek-1); araştırmaya katılan kamu personelinin yaş, cinsiyet, medeni durumları, eğitim durumları, toplam çalışma süreleri, iş yerindeki görev ve çalışma şekillerini sorgulayan toplam 8 sorudan oluşmuştur.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği(Ek 2): Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen ve Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory) tükenmenin üç boyutunu değerlendiren üç alt ölçekten oluşmaktadır.

- **Duygusal Tükenme** (Emotional exhaustion); çalışanların yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmeleridir. Olumsuz ifadelerden oluşan 9 madde içermektedir (1,2,3,6,8,13,14,16,20. maddeler).
- **Duyarsızlaştırma** (Depersonalizasyon); Başkalarına karşı olumsuz ve alaycı tutumları ifade etmekte olup kişinin hizmet götürdüğü bireylere duygudan yoksun davranmasıdır. Olumsuz ifadelerden oluşan 5 madde içermektedir (5,10,11,15,22. maddeler).
- **Kişisel Başarı Eksikliği** (Personal Accomplishment); Kişinin kendini olumsuz de ğerlendirmesi ve kişisel başarı noksanlığıdır. Olumlu ifadelerden oluşan 8 madde içermektedir (4,7,9,12,17,18,19,21. maddeler).

Maddeler ölçeğin orijinalinde 7, Türkçe uyarlamasında ise 5’ li basamak (0-4) üzerinde değerlendirilmekte ve her biri tükenmişliğin bir boyutuna ait olmak üzere üç ayrı toplam puan elde edilmektedir. ‘Hiçbir zaman’ şıkkı 0, ‘Her zaman’ şıkkı ise 4 puan verilerek değerlendirilir. Böylece alt boyut puanları elde edilir, duygusal tükenme ve duyarsızlaştırma için verilen puanlar toplanarak hesaplanırken, kişisel başarı için tersine hesaplanmaktadır(Yörükoğlu 2003).

Bu çalışma, Eskişehir Devlet Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Kalite Yönetim Direktörü koordinatörlüğünde Çocuk Yoğun Bakım 2’nin Sorumlu Hemşiresi ve Kalite Bölüm Sorumlusu tarafından takip edilmiştir.

2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Tüm veri analizleri SPSS 18.0 ve SigmaStat 3.5 paket programları ile yapılmıştır. Sürekli nicel veriler; n, ortalama ve standart sapma olarak, Nitel veriler ise n, ortanca değ er, 25’inci ve 75’inci yüzdelik değ erler olarak ifade edilmiştir. Bağımsız ölçümlerden oluşan ve normal dağılım gösteren sürekli verilere, **One Way Anova** ile analiz edilmiş olup normal dağılım göstermeyen skor değ işkenlerinden oluşan verilerin grup sayılarına göre ise **Kruskal-Wallis**(bu testin çoklu karşılaştırmalarında Dunn’s Method yararlanılmıştır) ve **Mann-Whitney U** testi ile analiz edilmiştir. Kategorik yapıdaki veri setlerine ise **Chi-square** testleri uygulanmıştır. $P<0.05$ olasılık değ erleri önemli olarak kabul edilmiştir.

3. Uygulamanın Hizmet Kalite Standartları İle İlişkisi

Bu çalışma çalışan memnuniyeti ve çalışan güvenliği kapsamında hazırlanmıştır. Sağlıkta Kalite Standartları, Kurumsal Hizmet Yönetiminin Yönetim Hizmetleri kapsamındaki; **01.01.58.00** “Çalışan memnuniyeti anketi uygulanmalıdır”,

01.01.60.00 “Çalışanların görüşleri alınmalı değerlendirilmelidir”,

01.01.16.02.Ç “Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması”,

01.01.43.00 Ç “Çalışan güvenliği açısından düzenlemeler yapılmalıdır”,

“**01.01.43.01 Ç** “Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı; şiddet, iletişim konularını kapsamalıdır”

01.01.43.02 Ç “Bölüm bazında tespit edilen risklere yönelik çalışan güvenliği için koruyucu önlemler alınmalıdır” maddesindeki standartlarıyla ilişkilendirilmiştir.

7. Bulgular

Tablo 1: Tanıtıcı Bilgiler (N:301)

Yaş (yıl)	Frekans	Yüzde
20- 30	36	12
31- 40	155	51.5
41- 50	93	31
51- 63	17	5.5
Cinsiyet		
Kadın	210	69.8
Erkek	91	30.2
Medeni durum		
Bekar	51	16.9
Evli	250	83.1
Eğitim durumu		
Lise	47	15,6
Önlisans	106	35,2
Lisans	106	35,2
Yüksek lisans / Doktora	42	14,0
ESDH’ deki Çalışma süresi		

1 yıldan az	37	12,3
1-5 yıl	101	33,6
6- 10 yıl	59	19,6
11- 15 yıl	45	15,0
16 yıl ve üstü	59	19,6
Mesleğiniz		
Hekim / Uzman Hekim	39	13,0
Hemşire / Ebe	155	51,5
Sağlık Memuru / Teknisyeni	10	3,3
Laboratuvar /Anestezi / Radyoloji Teknikeri - Teknisyeni	43	14,3
Veri Hazırlama / Tıbbi Sekreter	16	5,3
Diğer	38	12,6
TOPLAM	301	100,0

Araştırmaya alınan kamu personelinin % 51.5'i 31-40 yaş(yıl), %31'i 41-50 yaş aralığında ve % 83.1'i evlidir. Eğitim düzeylerine bakıldığında kamu personelinin % 35,2'si ön lisans, % 35,2'si lisans mezunudur. Kamu personelinin % 33,6'sı 1-5 yıl, % 19,6'sı 6-10 yıl ve % 19,6'sı 16 yıl ve üstünde Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışmaktadır. Çalışmaya alınan 301 kamu personelinin; %13'ü Hekim/Uzman Hekim, % 51.5'i Hemşire / Ebe, % 3.3'ü Sağlık Memuru / Teknisyeni, % 14.3'ü Laboratuvar /Anestezi / Radyoloji Teknikeri – Teknisyeni, % 5.3'ü Veri Hazırlama / Tıbbi Sekreter ve % 12.6'sı Diğer grubunu oluşturmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2: İş Yeri Bilgileri (N:301)

İş Yerindeki Çalışma Pozisyonu	Frekans	Yüzde
Çalışan	252	83,7
Bölüm/Birim Sorumlusu/Süpervisör	46	15,3
Üst Yönetici	3	1,0
İş Yerindeki Çalışma Şekli		
Devamlı Gündüz	152	50,5
Gece Gündüz Vardiyalı	149	49,5
TOPLAM	301	100,0

Araştırmaya alınan kamu personelinin iş yerindeki çalışma pozisyonu durumuna bakıldığında; % 83.7'sinin çalışan, %15.3'ünün Bölüm/Birim Sorumlusu/Süpervisör olduğu görülmektedir. Ayrıca % 50.5 i iş yerinde devamlı gündüz pozisyonunda çalışmaktadır (Tablo 2).

Tükenmişlik Ve Alt Grublarının Cronbach's Alpha Ve p Değerleri;

Tükenmişlik: Tüm maddelerin (22 soru) Cronbach's Alpha **0,82** ve toplanabilirlik özelliği (**Nonadditivity**) **p=0.615** değerleri olumlu çıktığı için veriler toplanarak değerlendirilmiştir.

Cronbach's Alpha	p	Soru sayısı
0.817	0.615	22

Kişisel Başarı Eksikliği: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21. maddelerin Cronbach's Alpha **0,76** ve toplanabilirlik (**Nonadditivity**) **p=0.731** değerleri olumlu çıktığı için veriler toplanarak değerlendirilmiştir.

Cronbach's Alpha	p	Soru sayısı
0.757	0.731	8

Duygusal Tükenme: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20. maddelerin Cronbach's Alpha **0,85** ve toplanabilirlik özelliği (**Nonadditivity**) **p=0.610** değerleri olumlu çıktığı için veriler toplanarak değerlendirilmiştir.

Cronbach's Alpha	p	Soru sayısı
0.845	0.610	9

Duyarsızlaştırma: 5, 10, 11, 15 ve 22. maddelerin Cronbach's Alpha **0,73** ve toplanabilirlik özelliği (**Nonadditivity**) **p=0.453** değerleri olumlu çıktığı için veriler toplanarak değerlendirilmiştir.

Cronbach's Alpha	p	Soru sayısı
0.726	0.453	5

Tablo 3: Tükenmişlik ve Alt Boyutları İle İlgili Puanlarının Dağılımı

	N	Ortalama	S. Sapma
Kişisel Başarı Eksikliği	301	1.20	0.81
Duygusal Tükenme	301	1.72	0.83
Duyarsızlaşma	301	0.91	0.80
TÜKENMİŞLİK	301	1.34	0.57

Anket 301 kamu personeline uygulandı. Duygusal tükenme (ortalama 1.72 ± 0.83) tükenmişliğin diğer alt gruplarından daha yüksek bulundu. Tükenmişlik ortalama 1.34 ± 0.57 saptandı (Tablo 3).

Tablo 4: Tükenmişlik ile Cinsiyetin Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ortanca	25	75	P
KİŞİSEL BAŞARI EKSİKLİĞİ	Kadın	1,00	0,50	1,50	p<0.001
	Erkek	1,50	0,88	2,00	
DUYGUSAL TÜKENME	Kadın	1,67	1,11	2,33	p=0,487
	Erkek	1,56	1,00	2,33	
DUYARSIZLAŞMA	Kadın	0,60	0,20	1,20	p=0,045
	Erkek	1,00	0,40	1,40	
TÜKENMİŞLİK	Kadın	1,23	0,86	1,73	p=0,006
	Erkek	1,55	1,09	1,82	

Mann-Whitney Test

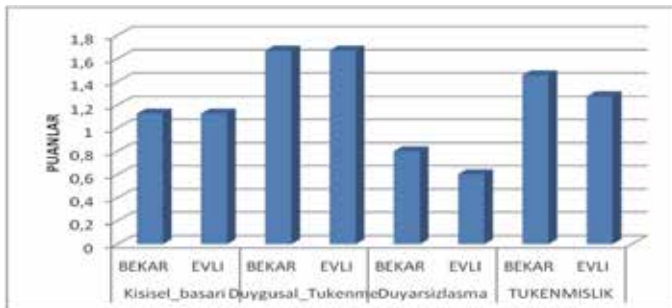
Duygusal tükenme cinsiyete göre değişim göstermemiştir ($p<0,05$). Erkeklerin kişisel başarı eksikliği, kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$). Erkeklerde duyarsızlaşma, kadınlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). Erkeklerde tükenmişlik, kadınlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4).

Grafik 1: Tükenmişlik ile Cinsiyetin Karşılaştırılması**Tablo5 : Tükenmişlik ve Medeni Durumun Karşılaştırılması**

	Medeni durum	Ortanca	25	75	p
KİŞİSEL BAŞARI EKSİKLİĞİ	BEKAR	1,13	0,63	1,50	p=0,846
	EVLI	1,125	0,63	1,75	
DUYGUSAL TÜKENME	BEKAR	1,67	1,22	2,67	p=0,184
	EVLI	1,67	1,11	2,22	
DUYARSIZLAŞMA	BEKAR	0,80	0,20	1,60	p=0,372
	EVLI	0,60	0,20	1,20	
TÜKENMİŞLİK	BEKAR	1,45	1,05	1,95	p=0,234
	EVLI	1,27	0,91	1,73	

Mann-Whitney Test

Tükenmişlik ve alt gruplarının medeni durum ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

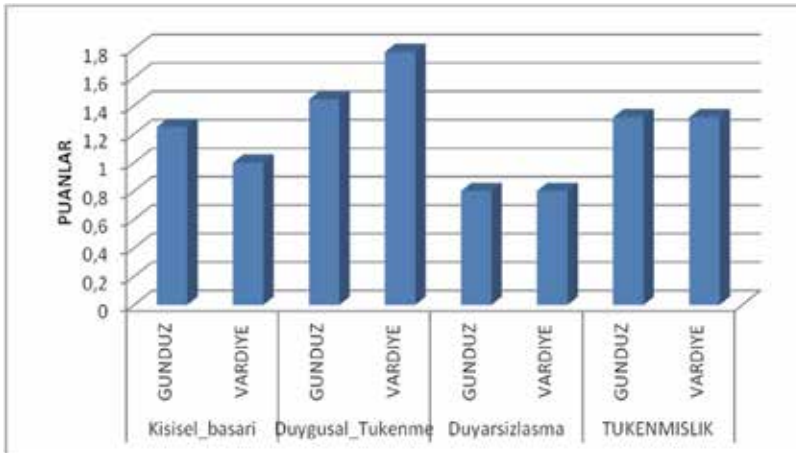
Grafik 2: Tükenmişlik ve Medeni Durumun Karşılaştırılması

Tablo 6: Tükenmişlik ve Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

	Çalışma şekli	Ortanca	25	75	p
KİŞİSEL BAŞARI EKSİKLİĞİ	Gündüz	1,25	0,63	1,97	p=0.033
	Gece-Gündüz	1,00	0,56	1,50	
DUYGUSAL TÜKENME	Gündüz	1,44	1,00	1,89	p<0.001
	Gece-Gündüz	1,78	1,33	2,50	
DUYARSIZLAŞMA	Gündüz	0,80	0,20	1,20	p=0.958
	Gece-Gündüz	0,80	0,20	1,40	
TÜKENMİŞLİK	Gündüz	1,32	0,92	1,72	p=0.435
	Gece-Gündüz	1,32	0,93	1,84	

Mann-Whitney Test

Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ile çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Devamlı gündüz çalışan kamu personelinin kişisel başarı eksikliği, gece-gündüz şeklinde çalışan kamu personeline göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). Gece-gündüz şeklinde çalışan kamu personelinin duygusal tükenmesi, devamlı gündüz çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 6).

Grafik 3: Tükenmişlik ve Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 7: Tükenmişlik ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması

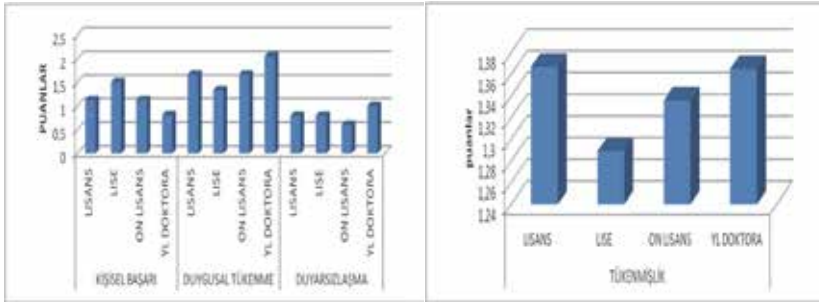
	Eğitim Durumu	N	Ortanca	25	75	P
KİŞİSEL BAŞARI EKSİKLİĞİ	Lise	47	1,50	0,63	1,97	p = 0,040
	Ön Lisans	106	1,13	0,63	1,63	
	Lisans	106	1,13	0,63	1,63	
	Yükseklisans/ Doktora	42	0,81	0,50	1,25	
DUYGUSAL TÜKENME	Lise	47	1,33	0,78	1,94	p = 0,004
	Ön Lisans	106	1,67	1,22	2,11	
	Lisans	106	1,67	1,11	2,33	
	Yükseklisans/ Doktora	42	2,06	1,44	2,56	
DUYARSIZLAŞMA	Lise	47	0,80	0,20	1,40	p = 0,810
	Ön Lisans	106	0,60	0,20	1,40	
	Lisans	106	0,80	0,20	1,20	
	Yükseklisans/ Doktora	42	1,00	0,40	1,20	

Kruskal-Wallis One Way Analysis of Variance on Ranks

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	S. Sapma	P
TÜKENMİŞLİK	Lise	47	1,29	0,56	p=0,880
	Ön Lisans	106	1,34	0,58	
	Lisans	106	1,37	0,59	
	Yükseklisans/ Doktora	42	1,37	0,54	

One Way Analysis of Variance

Kişisel Başarı Eksikliği ve Duygusal Tükenme puanları, eğitim durumlarına göre değişim göstermiştir ($p < 0,05$). Lise mezunu kamu personelinin Kişisel başarı eksikliği puanı, yüksek lisans/doktora mezunlarına göre daha yüksek bulundu. Yüksek lisans/ doktora ve lisans mezunu kamu personelinin duygusal tükenme puanı lise mezunlarına göre daha yüksek saptandı. Tükenmişlik ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Lisans mezunu kamu personelinin tükenmişliği (1.37 ± 0.59) diğer gruplardan daha yüksektir (Tablo 7).

Grafik 4: Tükenmişlik ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması**Tablo 8: Tükenmişlik İle Çalışma Süresinin Karşılaştırılması**

	Çalışma süresi	N	Ortanca	25	75	P
KİŞİSEL BAŞARI EKSİKLİĞİ	1 yıldan az	37	1,50	0,84	2,03	P = 0,226
	1-5 yıl	101	1,13	0,50	1,63	
	6-10 yıl	59	1,25	0,63	1,72	
	11-15 yıl	45	1,00	0,75	1,75	
	16 yıl ve üstü	59	1,00	0,50	1,50	
DUYGUSAL TÜKENME	1 yıldan az	37	1,44	0,86	2,03	p= 0,120
	1-5 yıl	101	1,67	1,22	2,33	
	6-10 yıl	59	1,78	1,36	2,33	
	11-15 yıl	45	1,78	1,19	2,56	
	16 yıl ve üstü	59	1,44	1,00	1,89	
DUYARSIZLAŞMA	1 yıldan az	37	0,60	0,20	1,20	p = 0,893
	1-5 yıl	101	0,80	0,20	1,40	
	6-10 yıl	59	0,80	0,40	1,35	
	11-15 yıl	45	0,60	0,20	1,25	
	16 yıl ve üstü	59	0,60	0,20	1,55	

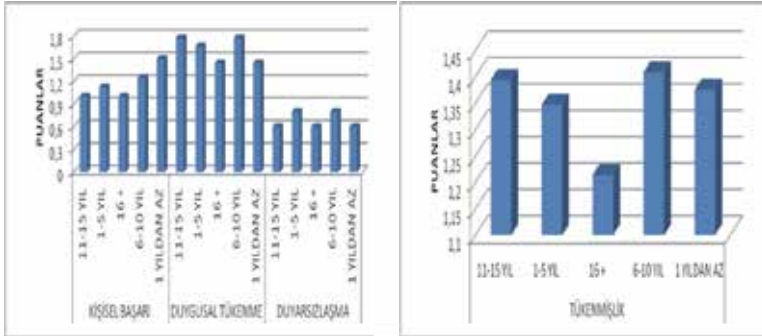
Kruskal-Wallis One Way Analysis of Variance on Ranks

	Çalışma süresi	N	Ortalama	S. Sapma	P
TÜKENMİŞLİK	1 yıldan az	37	1,38	0,65	p=0,378
	1-5 yıl	101	1,35	0,57	
	6-10 yıl	59	1,41	0,55	
	11-15 yıl	45	1,39	0,58	
	16 yıl ve üstü	59	1,21	0,55	

One Way Analysis of Variance

Tükenmişlik ve alt boyutları puanlarının, çalışma süresi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışma süresi 6-10 yıl olanların tükenmişlik (1.40 ± 0.55), duygusal tükenme (mean=1,778) ve duyarsızlaşmanın (mean=0,8) daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 8).

Grafik 5: Tükenmişlik İle Çalışma Süresinin Karşılaştırılması



Tablo 9: Tükenmişlik İle Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

	Meslek grupları	N	Ortanca	25	75	P
KİŞİSEL BAŞARI EKSİKLİĞİ	Hemsire / Ebe	155	1,00	0,50	1,38	$p<0,001$
	Sağlık Memuru/ Teknisyeni	10	1,31	0,13	1,63	
	Labaratuvar / Anestezi / Radyoloji Teknisyeni –Teknikeri	43	1,25	0,75	1,84	
	Veri hazırlama ve tıbbi sekreterler	16	1,81	1,13	2,38	
	Uzman Hekim/ Hekim	39	0,75	0,50	1,00	
	Diğer	38	2,00	1,50	2,63	
DUYGUSAL TÜKENME	Hemsire / Ebe	155	1,79	1,33	2,56	$p<0,001$
	Sağlık Memuru/ Teknisyeni	10	1,11	0,33	2,44	
	Labaratuvar / Anestezi / Radyoloji Teknisyeni –Teknikeri	43	1,33	0,92	1,67	
	Veri hazırlama ve tıbbi sekreterler	16	1,44	1,00	1,78	
	Uzman Hekim/ Hekim	39	1,89	1,36	2,56	
	Diğer	38	1,44	1,00	1,67	

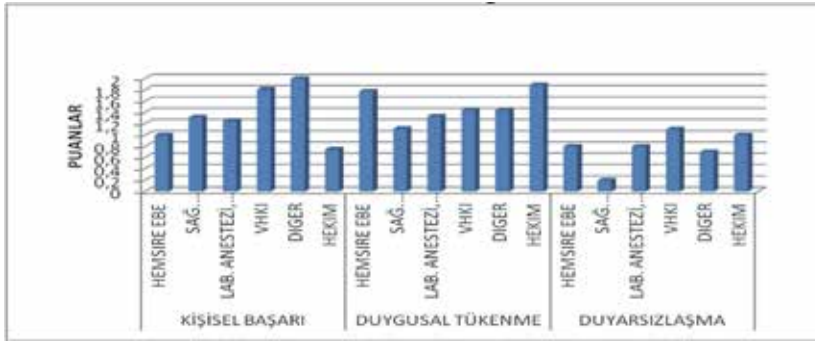
DUYARSIZLAŞMA	Hemsire / Ebe	155	0,80	0,20	1,20	p= 0,233
	Sağlık Memuru/ Teknisyeni	10	0,20	0	0,60	
	Labaratuvar / Anestezi / Radyoloji Teknisyeni –Teknikeri	43	0,80	0,40	1,40	
	Veri hazırlama ve tıbbi sekreterler	16	1,10	0,40	1,80	
	Uzman Hekim/ Hekim	39	1,00	0,20	1,35	
	Diğer	38	0,70	0,40	1,40	

Kruskal-Wallis One Way Analysis of Variance on Ranks

	Meslek grupları	N	Ortalama	S. Sapma	P
TÜKENMİŞLİK	Hemsire / Ebe	155	1,35	0,61	p=0.100
	Sağlık Memuru/ Teknisyeni	10	0,99	0,58	
	Labaratuvar / Anestezi / Radyoloji Teknisyeni -Teknikeri	43	1,23	0,53	
	Veri hazırlama ve tıbbi sekreterler	16	1,47	0,45	
	Uzman Hekim/ Hekim	39	1,33	0,59	
	Diğer	38	1,51	0,44	

One Way Analysis of Variance

Tükenmişlik ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kişisel başarı eksikliği ve duygusal tükenme puanları, meslek gruplarına göre değişim göstermiştir ($p<0,05$). Kişisel başarı eksikliğinde en yüksek puanları Diğer (median=2) ve Veri hazırlama ve tıbbi sekreterler (median=1.81); Duygusal tükenmede ise en yüksek puanları Uzman Hekim/ Hekim (median=1.89) ve Hemsire / Ebe (median=1.78)) meslek gruplarının aldığı saptandı (Tablo 9).

Grafik 6: Tükenmişlik İle Meslek Gruplarının Karşılaştırılması**Tablo 10:** Tükenmişlik ile İş Yerindeki Çalışma Pozisyonunun Karşılaştırılması

	İş Yerindeki Çalışma Pozisyonu	N	Ortanca	25	75	P
KİŞİSEL BAŞARI EKSİKLİĞİ	Çalışan	252	1,13	0,63	1,75	p = 0,330
	Bölüm/Birim Sorumlu	46	0,88	0,50	1,50	
	Üst Yönetici	3	0,75	0,75	0,84	
DUYGUSAL TÜKENME	Çalışan	252	1,67	1,11	2,33	p= 0,072
	Bölüm/Birim Sorumlu	46	1,44	1,00	1,78	
	Üst Yönetici	3	1,89	1,81	1,89	
DUYARSIZLAŞMA	Çalışan	252	0,80	0,20	1,4	p= 0,799
	Bölüm/Birim Sorumlu	46	0,80	0,20	1,20	
	Üst Yönetici	3	1,00	0,70	1,00	

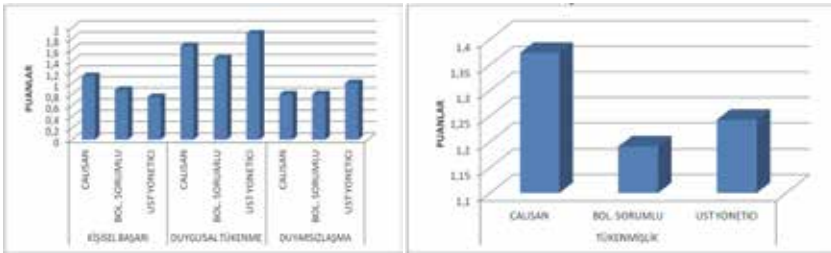
Kruskal-Wallis One Way Analysis of Variance on Ranks

	İş Yerindeki Çalışma Pozisyonu	N	Ortalama	S. Sapma	P
TÜKENMİŞLİK	Çalışan	252	1,38	0,58	p= 0,135
	Bölüm/Birim Sorumlu	46	1,19	0,53	
	Üst Yönetici	3	1,24	0,053	

One Way Analysis of Variance

Tükenmişlik ve alt gruplarının iş yerindeki çalışma pozisyonu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İş yerinde çalışan pozisyonunda olan kamu personelinin tükenmişlik düzeyi (1.37 ± 0.58) ve kişisel başarı eksikliği düzeyi (1.12 ± 0.63) daha yüksek bulundu. Üst yöneticiler ise duygusal tükenme (1.89 ± 1.81) ve duyarsızlaşmada (1 ± 0.7) en yüksek puanı aldıkları saptandı (Tablo 10).

Grafik 7: Tükenmişlik ile İş Yerindeki Çalışma Pozisyonunun Karşılaştırılması



8. Tartışma

Çalışmamızda, Eskişehir Devlet Hastanesinde çalışan kamu personelinin %51.5'inin 31-40 yaş aralığında, %69.8'inin kadın ve %83.1'inin evli, %70.4'ünün ön lisans ve lisans mezunu olduğu saptandı. Ayrıca kamu personelinin %50.5'inin devamlı gündüz çalıştığı bulundu.

Tükenmişlik alt ölçeklerinden alınan puanlar için bir kesme değeri olmadığı için tükenme var ya da yok şeklinde kategorik bir ayırım yapılamamaktadır. Bu nedenle tükenmişlik ortalama puanlardan söz edilmekle beraber bazı çalışmalarda araştırılan grubun tükenmişlik alt ölçeklerinden aldıkları puanlar yer almaktadır (Sönmez 2006)

Çalışmamızda kamu personelinin Tükenmişlik düzeyi ortalama 1.34 ± 0.57 bulundu. **duygusal tükenme** düzeyi (ortalama 1.72 ± 0.83), tükenmişliğin diğer alt gruplarından daha yüksek saptandı. Literatürde yer alan pek çok çalışmada bu değerler farklı şekillerde çıkmış sonuçlardan bir genelmeye gidilememektedir (Sönmez 2006, Yavuzylmaz2007, Kavlu 2008).

Çalışmamızda, Duygusal tükenme cinsiyete göre değişim göstermemiştir ($p<0,05$) (Tablo 4). Ancak; erkeklerin kişisel başarı eksikliği ($p<0,001$), duyarsızlaşma ($p<0,05$) ve tükenmişlik düzeyi kadınlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4).

Çalışmamızda, Tükenmişlik ve alt gruplarının, medeni durum ile arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 5). Oğuzberk ve Aydın'ın (2008) çalışmasında evli olan sağlık çalışanlarının bekar olanlara göre duygusal tükenme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda, devamlı gündüz çalışan kamu personelinin **kişisel başarı eksikliği**, gece-gündüz şeklinde çalışan kamu personeline göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). Gece-gündüz şeklinde çalışan kamu personelinin **duygusal tükenmesi**, devamlı gündüz çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 6). Erçevik'in (2010) çalışmasında kişisel başarı, çalışma şekline göre değişim göstermemiştir ($p>0,05$). Vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşması, gündüz çalışan hemşirelere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bizim çalışmamızı desteklemektedir. Ayrıca literatürde de nöbet ve vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin düzensiz çalışma saatleri sonucu biyolojik saatlerinin değiştiği, uyku ihtiyaçlarını karşılayamadıkları ve gece daha fazla hastaya bakım vermek durumunda kaldıkları, bunun da tükenmişlik üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Çam 1995).

Çalışmamızda, kişisel başarı eksikliği ve duygusal tükenme puanları, eğitim durumlarına göre değişim göstermiştir ($p<0,05$). Lise mezunu kamu personelinin **kişisel başarı eksikliği** puanı, yüksek lisans/doktora mezunlarına göre daha yüksek bulundu. Yüksek lisans/ doktora ve lisans mezunu kamu personelinin **duygusal tükenme** puanı lise mezunlarına göre daha yüksek saptandı. Lisans mezunu kamu personelinin **tükenmişliği** (1.37 ± 0.59) diğer gruplardan daha yüksektir (Tablo 7). Erçevik'in (2010) çalışmasında Tükenmişlik ve alt boyutları puanlarının, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Demir'in (2003) çalışmasında ise Sağlık Meslek Lisesinden mezun olan hemşirelerin duyarsızlaşma seviyeleri yüksek bulunurken, Hemşirelik Yüksekokulundan mezun hemşirelerin kişisel başarı seviyelerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu sonuç doğrultusunda farklı eğitim düzeyleri olan hemşire ve ebelerin tükenme risklerinin olduğu söylenebilir. Ancak eğitim düzeyi yükseldikçe birey kişisel başarıyı ve mesleksi doyumu daha fazla yaşar ve ortamdaki stresörlerle baş edebilir.

Çalışmamızda, kamu personelinin çalışma süresi 6-10 yıl olanların tükenmişlik (1.40 ± 0.55), duygusal tükenme (mean=1,778) ve duyarsızlaşmanın (mean=0,8) daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 8). Erçevik'in (2010) çalışmasında birimde çalışma yılı arttıkça kişisel başarı, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve tükenmişlik düşmektedir ($p<0,05$).

Çalışmamızda, kişisel başarı eksikliği ve duygusal tükenme puanları, meslek

gruplarına göre değişim göstermiştir ($p<0,05$). Kişisel başarı eksikliğinde en yüksek puanları Diğer (median=2) ve Veri hazırlama ve tıbbi sekreterler (median=1.81); Duygusal tükenmede ise en yüksek puanları Uzman Hekim/ Hekim (median=1.89) ve Hemşire / Ebe (median=1.78) meslek gruplarının aldığı saptandı (Tablo 9).

Çalışmamızda, iş yerinde çalışan pozisyonunda olan kamu personelinin tükenmişlik düzeyi (1.37 ± 0.58) ve kişisel başarı eksikliği düzeyi (1.12 ± 0.63) daha yüksek bulundu. Üst yöneticiler ise duygusal tükenme (1.89 ± 1.81) ve duyarsızlaşmada (1 ± 0.7) en yüksek puanı aldıkları saptandı (Tablo 10). Erçevik'in (2010) çalışmasında servis hemşirelerinin tükenmişlik düzeyi, sorumlu hemşirelere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

9. Sonuç Ve Öneriler

Son yıllarda artan rekabet koşulları, teknolojinin hızla ilerlemesi, uzmanlaşmanın artması, kalite çalışmalarının artması gibi nedenlerle işletme sahipleri çalışanlar üzerinde baskı oluşturmaktadır. Çalışanlar açısından durum değerlendirildiğinde işte hızla yükselme duygusu, bireylerin tamamen işine kendisini adanması, çalışma koşullarının ağırlaşması gibi nedenlerle, özellikle yüz yüze iletişimin yapıldığı mesleklerde tükenmişlik görülmektedir. Sağlık çalışanlarında da ağır çalışma koşulları, uzun süreli çalışma saatleri, ölüm, hastalık gibi kavramlarla sürekli karşı kaşıya gelme, sürekli çevresine destek veren kişi konumunda olma, tıbbın hızlı bir şekilde ilerlemesi, uzmanlaşmanın artması gibi nedenlerle tükenmişlik görülmektedir.

Sonuç olarak;

1. Hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında oluşabilecek olumsuz ilişkileri önleyebilmek için sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu yıpratıcı koşullar, hasta ve yakınlarının sorumlulukları, olumlu ilişkilerde bulunmanın yararları gibi konularda eğitimler verilmelidir.
2. Sağlık personelinin tükenmişlik duygularına kaynaklık eden sorunlarla baş edebilmeleri için psikolojik destek bağlamında kurs ve seminer gibi uygulamalara katılımları teşvik edilmelidir.
3. Sağlık çalışanları duygusal olarak desteklenmeli, motive edici etkinliklere yer verilmelidir.
4. Çalışanlarda tükenmişlik yönünde, hastane yöneticileri eğitilmeli, çalışanlara yönelik analizler yapılmalıdır.

10. Kurum Ve Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

Bu çalışmanın, tüm kurum ve kuruluşlarda uygulanabilme durumu mevcuttur. Çalışan personelin tükenmişlik düzeyinin ortaya konması ve durumun düzeltilmesi açısından faydalı bir uygulamadır.

11. Uygulamanın bütçesi Ve Finansmanı

Gider	Açıklama	TL	%
Kırtasiye Giderleri	Anketler için kullanılan kağıt ve bilgisayar maliyetleri	1.000	-
Personel Gideri	Anketin dağıtılması, toplanması ve analizi için kadrolu personeller ek görev olarak almıştır.	-	-
Toplam		1.000	-

Projenin tüm giderleri ve finansmanı Eskişehir Devlet Hastanesi yönetimi tarafından karşılanmıştır.

Kaynaklar

- AKPOLAT Mahmut, IŞIK Oğuz "Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği" Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi 2008 11 (2) SF:1.
- BABUTÇU Esin, SERİNKAN Cemalettin "Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli'de Yapılan Bir Çalışma" , 2008 s:545.
- ÇAM M.O. "Tükenmişlik", Saray Medikal Yayıncılık San ve Tic Ltd Şti, İzmir, 1995.
- ÇAPRI Burhan "Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006 2 (1) s:62.
- DEMİR A. "Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Stres Oluşturan Faktörlerin İrdelenmesi", Toplum ve Hekim, 18, 4: 300-307, 2003.
- DEMİR Ayten" Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış", Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi , 2004 7 (1) s:10.
- ERÇEVİK Rüçhan "Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik, Tükenmişlik Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler" Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2010. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nefise Bahçecik).

- KAVLU İ. “Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008. (Danışman: Prof.Dr. Rukiye Pınar).
- KAYA Mehmet, ÜNER Serap, KARANFİL Emine, ULUYOL Reyhan, YÜKSEL Fatih, YÜKSEL Murat “Bülteni Birinci Basamak Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları” TSK Koruyucu Hekimlik Dergisi, 2007 :6(5), s:357-358.
- KEBAPÇI Ayla, AKYOLCU Neriman “Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi” Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2011, 11(2), s:60.
- OĞUZBERK Müge, AYDIN Arzu “Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik”, Klinik Psikiyatri 2008;11:167-179.
- POLATÇI Sema” Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler:Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Akademik Personellerinde Bir Analiz”, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Osmanpaşa Üniversitesi ,Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat, 2007,s:8.
- SAĞLAM ARI Güler, ÇINA BAL Emine” Tükenmişlik Kavramı:Birey ve Örgüt Açısından Önemi, Celal Bayar Üniversitesi ,İ.B.F.F.Yönetim ve Ekonomi, Manisa 15(1), 2008,s:133-134.
- SÖNMEZ D.Z “Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi”, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006. (Danışman: Doç.Dr. Harice Fesci).
- TUNÇ Tulin “Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik İle Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki:Bir Üniversite Hastanesi Örneği” Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,2008 s:6.
- YAVUZYILMAZ A., TOPBAŞ M., ÇAN E., ÖZGÜN G.Ş. “Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6, 1: 41-50, 2007.
- YÖRÜKOĞLU Sema “Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2003, S:37.

Ekler

EK-1: TANITIM FORMU

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz 1.() Kadın 2.() Erkek
3. Medeni durumunuz 1.() Bekar 2.() Evli
4. Eğitim durumunuz 1.() Lise 2.() Önlisans
3.() Lisans 4.() Yüksek lisans/ Doktora
5. ESDH'deki çalışma süreniz 1.() 1 yıldan az 2.() 1-5 yıl
3.() 6-10 yıl 4.() 11-15 yıl
5.() 16 yıl ve üstü
6. İş yerinizdeki göreviniz 1.() Hekim / Uzman Hekim
2.() Hemşire / Ebe
3.() Sağlık memuru / Sağlık Teknisyeni
4.() Laboratuvar /Anestezi / Radyoloji tekn. - teknikeri
5.() Veri hazırlama ve kontrol işletmeni
6.() Diğer
7. İş yerinizdeki çalışma pozisyonunuz 1.() Çalışan
2.() bölüm/birim sorumlusu/ süpervizör
3.() üst yönetici(müdür/müd.yrd. /başhekim/başhekim yrd)
8. Çalışma şekliniz 1.() Devamlı gündüz çalışıyorum
2.() Gece gündüz rotasyonla çalışıyorum

EK-2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

	Hiçbir Zaman	Yılda Birkaç Kez	Ayda Birkaç Kez	Haftada Birkaç Kez	Her gün
1.Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.					
2.İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.					
3.Sabahları kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.					
4.Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabiliyorum.					
5.Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun objeymiş gibi davrandığını hissedebiliyorum.					
6.Bütün bu insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.					
7.Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.					
8.İşimin beni tükettiğini hissediyorum.					
9.İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.					
10.Bu mesleğe başladığımdan beri ,insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.					
11.Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.					
12.Kendimi çok enerjik hissediyorum.					
13.İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.					
14.İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.					
15.Bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil.					
16.Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.					

18.Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.					
19.Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.					
20.Kendimi çok çaresiz hissediyorum.					
21.İşimdeki duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.					
22.Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.					

Her gün: 4 Haftada birkaç: 3 Ayda birkaç kez: 2 Yılda birkaç kez: 1 Hiçbir zaman:0

Tablolar Listesi

Tablo 1: Tanıtıcı Bilgiler (N:301)

Tablo 2: İş Yeri Bilgileri (N:301)

Tablo 3: Tükenmişlik ve Alt Boyutları İle İlgili Puanlarının Dağılımı

Tablo 4: Tükenmişlik ile cinsiyetin karşılaştırılması

Tablo 5: Tükenmişlik ve medeni durumun karşılaştırılması

Tablo 6: Tükenmişlik ve Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

Tablo 7: Tükenmişlik ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 8: Tükenmişlik İle Çalışma Süresinin Karşılaştırılması

Tablo 9: Tükenmişlik İle Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Tükenmişlik ile iş yerindeki çalışma pozisyonunun karşılaştırılması

Grafikler Listesi

Grafik 1: Tükenmişlik ile cinsiyetin karşılaştırılması

Grafik 2: Tükenmişlik ve medeni durumun karşılaştırılması

Grafik 3: Tükenmişlik ve Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

Grafik 4: Tükenmişlik ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması

Grafik 5: Tükenmişlik İle Çalışma Süresinin Karşılaştırılması

Grafik 6: Tükenmişlik İle Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Grafik 7: Tükenmişlik ile iş yerindeki çalışma pozisyonunun karşılaştırılması

Tekrarlayan Ölçümlerle Uygulanan Saps Iı Skorlama Sisteminin Mortaliteyi Tahminindeki Etkinliğinin Araştırılması

Osman Özcan AYDIN¹

Murat ÇAĞLAYAN¹

Mehmet EROĞUL¹

Zöhre ÜNLÜCE¹

İlknur IŞIK¹

Ertan BİTİRGEN¹

Zekiye ÇETİN¹

Ayhan GÖLCÜKCÜ²

Özet

Yoğun bakım skorlama sistemleri; yoğun bakım hizmetlerinin planlanması, klinik çalışmalarda hasta gruplarının belirlenmesi, yoğun bakımların kendi içinde veya diğer yoğun bakımlarla kıyaslanması amacı ile kullanılır. Ayrıca hasta güvenliği ve indikatör yönetimi ile de ilgilidir. Bu çalışmada; yoğun bakımlarımızda kullanılan SAPS II skorlama sisteminin tekrarlayan ölçümlerde mortaliteyi tahminindeki etkinliğini araştırmayı planladık.

Yöntem: Eskişehir Devlet Hastanesi bünyesinde bulunan 3. basamak yoğun bakım ünitelerinde Şubat 2013-Haziran 2013 tarihleri arasında yatan tüm ardışık hastalar için ilk 24 saat içinde ve tekrarlayan periyotlarda (3.gün, 7. gün, hastanın genel durumunda değişiklik) SAPS II skoru hesaplandı. Tekrarlayan ölçümlerde hesaplanan ortalama beklenen mortalite oranı ile gerçekleşen mortalitenin ilişkisi araştırıldı ve tekrarlanan ölçümler arasında beklenen mortalite oranı bakımından fark olup olmadığı Kruskal-Wallis Test ile sınıandı.

Bulgular: Tekrarlanan ölçümler sonucu hesaplanan beklenen mortalite oranı ile tekrarlanan ölçümler arasında mortalite beklentisi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi.

Sonuç: SAPS II skorlama sistemi ile 72. saat tekrar yapılan ölçümün mortalite tahmininde daha başarılı olduğu görüldü. Hesaplanan mortalite oranlarının

1 Eskişehir Devlet Hastanesi, drozcan-aydin@hotmail.com, 222 237 48 00/ 2501

2 SDÜ İstatistik Danışmanlık Uygulama ve Araştırma Merk Müd, ayhangolcukcu@hotmail.com, 246 211 38 71

ortalama değerlerinin ölenlerde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Mortalite tahmini konusunda daha doğru sonuçlara ulaşmak için ölçümün çeşitli periyotlarda tekrarlanmasını öneririz.

Anahtar Kelimeler: Yoğun Bakım, Skorlama Sistemleri, Mortalite, SAPS II

Abstract

Intensive care service (ICU) scoring systems are used to plan ICU services, to identificate patient groups in clinical studies, to compare with other ICU's and to compare between periods. They are also is related to Patient Safety and Indicator Management issues . This study has been conducted to analize effectiveness of SAPS II in estimating mortality with repeated measurements.

Methods: Between February 2013-June 2013, SAPS II scores were measured in periods (first 24 hour, 3. day, 7. day, the day changes happened in the general condition of the patient) for all consequent patients who were in treatment in Eskişehir Devlet Hastanesi ICU's. We investigated the relationship between the the actual mortality rate and mean expected mortality rate which is calculated by repeated measurements. It was tested with Kruskal-Wallis Test if there is a the difference or not about the the expected mortality rate between repeated measurements.

Results: The difference between expected mortality rate which is calculated by repeated measurements and repeated measurements was found as statistically significant.

Conclusions: The SAPS II measurements which are calculated in 72. hour of ICU treatment were seen to be more successful about expecting mortality rate. Mean values of calculated mortality rates were found to be higher in nonsurvivors ($p<0.05$). We recommend that to repeat SAPS II measurement calculation in various periods may give better results about mortality estimation.

Key Words: Intensive Care, Scoring Systems, Mortality, SAPS II

1. Giriş

1.1. Skorlama Sistemleri

Yoğun bakımlar farklı tanı ve farklı hastalık derecesindeki hastaların takip ve tedavi edildiği, işletme ve tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu hastane bölümleridir. Yoğun bakımlarda hastaların hayatını kaybetme riski hastanelerin diğer bölümlerine göre daha yüksektir. Bu özelliklerinden dolayı; yoğun bakımlarda verilen hizmetlerin planlanması ve takip edilebilmesi, maliyet-etkinlik

çalışmalarının doğru şekilde yapılabilmesi, yoğun bakımlarda birbirleri arasında veya periyotlar arasında kıyaslanma yapılabilmesi, bilimsel araştırmaların yapılabilmesi için skorlama sistemine ihtiyaç duyulmuştur. Son 30 yılda pek çok skorlama sistemi geliştirilmiş ve yaygın olarak halen kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan skorlama sistemleri Tablo 1’de gösterilmiştir (Kılıç, 2002: 27).

Tablo 1. Sık Kullanılan Skorlama sistemleri

Mortalite beklentisini değerlendirenler
Fizyolojik değişkenlere dayananlar • APACHE II • APACHE III • SAPS II
Hastanın yatıştaki bulgu ve tanılarına dayananlar • MPM II (yatışta) • MPM II (24. saatte)
Hastanın ihtiyaç duyduğu tedavilere dayananlar • TISS 28
Organ disfonksiyonunu değerlendirenler
Fizyolojik değişkenlere dayananlar • LODS • MODS • SOFA

Yoğun bakım skorlama sistemleri; organ fonksiyonlarını veya hastayı bir bütün olarak ele alarak, hastalığın ciddiyetinin değerlendirilmesini standardize etmek amacıyla geliştirilmişlerdir. Bu amaçla hastaya spesifik günlük ölçümlerden sağlanan hasta verileri kullanılmaktadır. Skorlama sistemleri, hastanın veya hastalığın sonuçlarını etkileyecek bir seri değişkendeki anormallik derecesini puanlandırmaktadırlar. Skorlama sistemlerinin çoğu hastanın yoğun bakıma yatışını izleyen ilk 24 saatteki en kötü değerleri kullanarak hesaplama yapar. Puanlamalar ile hastalığın ciddiyeti ve mortalite tahmin edilmeye çalışılır (Bilgili, 2013: 46).

Bu konuda yapılan pek çok araştırmaya rağmen, evrensel olarak üzerinde fikir birliğine varılmış bir skorlama sistemi henüz yoktur (Sakarya, 2006: 66).

1.2. SAPS ve SAPS II

1984’de Fransa’da geliştirilen Simplified Acute Physiology Score (SAPS) sistemi bu yıllarda Fransa ve bazı Avrupa ülkelerinde yoğun bakımlarda mortalite ihtimalini belirlemede kullanılmıştır (1984, Le Gall: 975). Ancak SAPS’in geliştirilme

metodunun subjektif olması kullanımını kısıtlamıştır (1993, Le Gall: 2957). Avrupa Yoğun Bakım Derneği'nin desteği ile oluşturulan Avrupa-Kuzey Amerika Çalışma Grubu; 1991-1992 yılları arasında 12 ülkede, 137 erişkin yoğun bakım ünitesinde, 13.152 erişkin yoğun bakım hastasının verilerini kullanarak, objektif bir metodla yeni bir skorum sistemi geliştirmek üzere **çalışmışlardır(1993, Le Gall: 2958)**. Bu çalışmada 37 değişken değerlendirilmiş ve 17 değişkene indirgenmiş, böylece SAPS II geliştirilmiştir. Bunlar 12 fizyolojik değişken, yaş, yoğun bakıma kabul tipi (planlı cerrahi, planlı olmayan cerrahi ya da tıbbi) ve altta yatan hastalıkla ilgili üç değişkenden (kronik sağlık durumu: AIDS, metastatik kanser ve hematolojik malignite) oluşmaktadır. Her değişkene farklı puanlar verilmektedir. Örneğin; vücut ısısı için 0-3, sistolik kan basıncı **için 0-13** arasında puanlama yapılmaktadır. Toplam puan 0-163 arasında değişir. Puan arttıkça hastanın durumu da o kadar ciddileşir. Fizyolojik değişkenler için, YBÜ'ye kabulden sonraki ilk 24 saat içerisindeki en kötü hesaplama kullanılmaktadır. SAPS II skorunu bir hastane mortalite ihtimaline çevirmek için veri grubundan bir denklem geliştirilmiştir. SAPS II skorum sisteminde kullanılan değişkenler ve puanları Tablo 2'de gösterilmiştir (2006, Kalaycıoğlu: 151).

1.3. SHKS ve Skorum Sistemleri; Güncel Uygulama

SHKS Hastane Yoğun Bakım Hizmetleri Bölümünde 00.02.10.07.00 kodu ile “Yoğun Bakımda yatan hastalar, hastalık şiddetini belirleyen skorum sistemleri ile değerlendirilmelidir.” standardı bulunmaktadır. Bu standart yetişkinlerde APACHE II, SAPS II; çocuk yoğun bakımlarında PRISM skoruması gibi sistemler kullanılmayı önermekte, ayrıca bu sistemlerle hesaplanan tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılmasını istemektedir.

Ayrıca SHKS İndikatör Yönetimi bölümünde yoğun bakım mortalite oranları ile ilgili aşağıdaki maddeler bulunmaktadır.

- 00.04.01.03.00 Yoğun bakım mortalite oranları izlenmelidir.
- 00.04.01.03.01 İndikatör kartı hazırlanmalıdır.
- 00.04.01.03.02 İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.
- 00.04.01.03.03 İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.
- 00.04.01.03.04 Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.

Bakanlık hastanelerimizin 3. basamak yoğun bakım ünitelerinde yetişkin hastalar için SAPS II ve APACHE skorum sistemlerinden biri kullanılarak ve bakanlık web sitesinden veri girerek skorum yapılmaktadır.

Tablo 2. SAPS II skorlama sistemi

Giriş Tipi	Kronik Hastalık	Glasgow Koma Skoru
Cerrahi planlanmamış 8	Yok 0	<6 26
Medikal 6	Metastatik Karsinom 9	6-8 13
Cerrahi planlanmış 0	Hematolojik malignite 10	9-10 7
	AIDS 17	11-13 5
		14-15 0
Yaş	Sist. Kan Basıncı mmHg	Kalp hızı atım/dakika
<40 0	<70 13	<40 11
40-59 7	70-99 5	40-69 2
60-69 12	100-199 0	70-119 0
70-74 15	≥200 2	120-159 4
75-79 16		≥160 7
≥80 18		
Vücut Isısı 0 ^c	PaO ₂ /FiO ₂ mmHg*	İdrar Debisi L/24 saat
<39 0	<100 11	<0.5 11
≥39 3	100-199 9	0.5-0.999 4
	≥200 6	≥1 0
Serum üre/Bun mg/dL	Beyaz küre hücre/mm ³	Potasyum
<28 0	<1000 12	<3 3
28-83 6	1000-19000 0	3-4.9 0
≥84 10	≥20000 3	≥5 3
Sodyum mEq/dL	HCO ₃ mEq/L	Bilirubin
<125 5	<15 6	<4 0
125-144 0	15-19 3	4-5.9 4
≥145 1	≥20 0	≥6 9
*Mekanik ventilasyon uygulanıyorsa		

2. Gereç Ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Hastanemiz 3. basamak yoğun bakımlarında hastalık şiddetini tespit etmek için kullandığımız SAPS II skorlama sistemi ; yaygın olarak kullanılan diğer skorlama sistemlerinin çoğu gibi hastanın yoğun bakıma yatışını izleyen ilk 24 saatteki en kötü değerleri kullanarak hesaplama yapar.

Araştırmamızda SAPS II skorlama sistemi ile ilk 24 saatte yaptığımız ölçümlere ilaveten belirli peryodlarda tekrar ölçümler yaptık. Tekrarlayan ölçümlerde SAPS II'nin mortaliteyi tahmininde etkinliğinin artıp artmadığını tespit etmeyi amaçladık.

2.2. Araştırmanın Konusu (SHKS açısından)

Araştırmanın konusu; SHKS açısından Hasta Güvenliği ve İndikatör Yönetimi ile ilgilidir.

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Eskişehir Devlet Hastanesi bünyesinde bulunan 3.basamak yoğun bakımlar olan toplam 32 yataklı Reanimasyon, Nöroloji, Beyin Cerrahisi, Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yapıldı.

2.4. Araştırmanın Bilimsel İlkelere Uygunluğu

Araştırma için araştırma öncesinde hastane yönetiminden izin alınmış, hasta mahremiyeti ve kişisel bilgi güvenliğine azami özen gösterilmiş, hasta verilerinin toplanması ve veri analizinde objektif metodlar kullanılmıştır.

2.5. Araştırmanın Süreci, Evreni ve Örnekleme

Araştırmaya Şubat 2013-Haziran 2013 tarihleri arasında Reanimasyon, Nöroloji, Beyin Cerrahisi, Cerrahi yoğun bakım ünitelerine yatan 18 yaş ve üzeri tüm hastalar dâhil edildi. Her hasta için SAPS II hesaplanmasında önerilen; fizyolojik değişkenler için ilk 24 saatte içerisindeki en kötü değerlerle hesaplama yapıldı ve ilk 24 saat değeri olarak kaydedildi. Ayrıca; hastaların yatışının 3. günü, 7. günü ve hastada durumu değişikliği (organ yetmezliği, entübasyon-extübasyon, CPR uygulanması, enfeksiyon gelişmesi, alerji gibi durumlar) geliştiği hallerde o gün içindeki en kötü değerlerle tekrar ölçüm yapıldı. Bu değerler Yoğun Bakım Mortalite Veri Toplama Formuna kaydedildi. Araştırmada örnekleme yapılmadı, ardışık tüm hastalar çalışmaya alındı. Çalışmanın ikinci aşamasında; yoğun bakımdan taburcu olan veya yoğun bakıma yatışının 3. gününden önce vefat eden

2.9. Araştırmanın SHKS ile İlişkisi

Araştırma; SHKS Hastane Yoğun Bakım Hizmetleri Bölümünde 00.02.10.07.00 kodu ile bulunan “*Yoğun Bakımda yatan hastalar, hastalık şiddetini belirleyen skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir.*” standardı ve SHKS İndikatör Yönetimi Bölümünde 00.04.01.03.00 kodu ile yer alan “*Yoğun bakım mortalite oranları izlenmelidir.*” standardı ile ilişkilidir.

2.10. Araştırma Sonucu Öğrenilen Dersler

Yoğun bakımlarda yatan hastalarda mortalite tahmini için SAPS II skorlama sistem kullanılacaksa; 72. saat tekrar yapılan ölçüm ile mortalite tahmini konusunda daha başarılı sonuçlar elde etmek mümkündür.

2.11. Kurum ve Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

SHKS gereği 3. basamak yoğun bakımlarda yatan hastalar zaten önerilen (Yetişkinlerde APACHE II, SAPS II; çocuk yoğun bakımlarında PRISM gibi) hastalık şiddetini belirleyen skorlama sistemleri ile değerlendirilmektedir. İyi planlanmış periyotlarla tekrarlayan ölçümler yapmak tüm kurum ve kuruluşlarda mümkündür.

2.12. Araştırmanın Bütçesi ve Finansman

Araştırma süresince kurumda çalışanlarının iş gücünden ve mevcut hastane kaynaklarından yararlanılmıştır. Araştırma finansal olarak ek bir maliyet ortaya çıkarmamıştır.

3. Bulgular

Şubat 2013-Haziran 2013 tarihleri arasında Eskişehir Devlet Hastanesi bünyesinde bulunan toplam 32 yataklı Reanimasyon, Nöroloji, Beyin Cerrahisi, Cerrahi yoğun bakım ünitelerine yatan tüm hastalar için ilk 24 saat içinde ve tekrarlayan periyotlarda SAPS II skoru hesaplandı. SAPS II hesaplama periyodları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Hesaplama Periyodları

Ölçüm türü	Açıklama
İlk 24 saat ölçümü	Yattığı ilk 24 saat içinde görülen en kötü değerler temel alındı
72. saat ölçümü	Yatışının 3. günü görülen en kötü değerler temel alındı
7. gün ölçümü	Yatışının 7. günü görülen en kötü değerler temel alındı

Durum değişikliği ölçümü	Hastada organ yetmezliği, entübasyon-extübasyon, CPR uygulanması, enfeksiyon gelişmesi, alerji gibi durumlar geliştiği hallerde, o gün içinde görülen en kötü değerler temel alındı
--------------------------	---

Toplam 360 ardışık hasta çalışmaya alındı. Araştırmaya katılan hastalar % 46,94 erkek, %53,06 kadınlardan oluşuyordu. Hastaların ortalama yaşı 58,05 idi (Tablo 4, Tablo 5).

Tablo 4. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	n	%
18- 24 yaş	47	13,06
25- 34 yaş	43	11,94
35- 44 yaş	29	8,06
45- 54 yaş	26	7,22
55- 64 yaş	33	9,17
65 ve üstü yaş	182	50,56
Toplam	360	100
Yaş ortalaması:58,05		

Tablo 5. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

n		Kadın/Erkek % oran
Kadın	Erkek	
191	169	1,13

Araştırma süresince toplam 644 adet SAPSII skorlaması yapıldı. Araştırmaya alınan 360 hastanın 91 tanesi yoğun bakımda takipleri esnasında ölmüştür (gerçekleşen mortalite %25,28). Araştırma sonucunda; ölen hastalarda hesaplanan 1. gün ve diğer ölçümlerde hesaplanan beklenen mortalite oranları anlamlı olarak farklı bulunmuştur (t:0.00, p<0.05) Mortalite verileri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Mortalite Verileri

Ölçüm No	Ex olan	Toplam	Gerçekleşen mortalite oranı (%)	Beklenen (ex olanlar) (%)	Beklenen (genel) (%)
1	24	203	11,82	70,08	14,84
2	23	79	29,11	54,3	31,15

3	27	52	51,92	62,8	47,4
4	6	11	54,55	72,77	50,33
5	7	10	70,00	92,5	80,92
6	2	2	100,00	93,85	93,85
7	2	3	66,67	94,3	64,67
Genel Toplam	91	360	25,28	66,89	26,93

Çalışmanın ikinci bölümünde; ölçülen sonuç yoğun bakım takibi esnasında gelişen mortaliteydi. Bu nedenle;

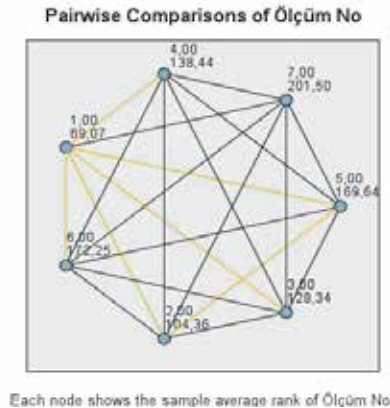
- Yoğun bakımdan taburcu olan tüm hastalar, mortalite gerçekleşmediği için çalışma dışı bırakıldı.
- Yoğun bakıma yatışının 3. gününden önce vefat eden hastalar; ikinci ölçüm yapılamadığı için çalışma dışı bırakıldı.

İkinci aşamada toplam 67 hastada yapılan 355 SAPS II skorlama sonuçları analiz edildi.

Tekrarlayan ölçümlerde hesaplanan ortalama beklenen mortalite oranı ile gerçekleşen mortalitenin ilişkisi araştırıldı ve tekrarlanan ölçümler arasında beklenen mortalite oranı bakımından fark olup olamadığı Kruskal-Wallis Test ile sınandı.

Tekrarlanan ölçümler sonucu hesaplanan beklenen mortalite oranı ile tekrarlanan ölçümler arasında mortalite beklentisi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. Ölçümler arası ikili karşılaştırmalar Şekil 2 ve Tablo 7'de gösterilmiştir.

Şekil 2. Ölçümler Arası İkili Karşılaştırmalar



Tablo 7. Ölçümler Arası İkili Karşılaştırmalar

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistics	Sig.	Adj.Sig.
1,00-2,00	-35,291	10,598	-3,330	0,001	0,018
1,00-3,00	-59,274	11,903	-4,980	0,000	0,000
1,00-4,00	-69,374	16,659	-4,164	0,000	0,001
1,00-5,00	-100,569	19,956	-5,040	0,000	0,000
1,00-6,00	-103,183	31,574	-3,268	0,001	0,023
1,00-7,00	-132,433	44,018	-3,009	0,003	0,055
2,00-3,00	-23,983	11,903	-2,015	0,044	0,922
2,00-4,00	-34,083	16,659	-2,046	0,041	0,856
2,00-5,00	-65,278	19,956	-3,271	0,001	0,022
2,00-6,00	-67,892	31,574	-2,150	0,032	0,662
2,00-7,00	-97,142	44,018	-2,207,000	0,027	0,574
3,00-4,00	-10,100	17,518	,577	0,564	1,000
3,00 5,00	-41,295	20,679	-1,997,000	0,046	0,962
3,00-6,00	-43,909	32,035	-1,371	0,170	1,000
3,00-7,00	-73,159	44,351	-1,650	0,099	1,000
4,00-5,00	-31,195	23,737	-1,314	0,189	1,000
4,00-6,00	-33,809	34,089	-.992	.321	1,000
4,00 7,00	-63,059	45,856	-1,375,000	.169	1,000
5,00-6,00	-2,614	35,816	-.073	0,942	1,000
5,00-7,00	-31,864	47,154	-0,676	0,499	1,000
6,00-7,00	-29,250	53,124	-0,551	0,582	1,000
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.					
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed.The significance levels is ,05.					

İlk 24 saatte yapılan ölçümlerle diğer tüm ölçümler arasında anlamlı fark varken; ilk 24 saatte yapılan ölçüm dışlanarak yapılan testte sadece 2 ve 5. ölçümler arasında anlamlı fark tespit edilebilmiştir.

SAPS II skorumla sistemi ile 72. saat tekrar yapılan ölçümün mortalite tahmininde daha başarılı olduğu görüldü.

4. Tartışma

Geçen yirmi yılda, mortaliteyi tahmin etmek için fizyolojik dengesizlikleri ve komorbid durumları tarafsız olarak sınıflayacak bir model tasarlamak için oldukça fazla çaba sarf edilmiştir. Bu modellerden en çok kabul edilen ve klinik çalışmalarda kullanılanlardan biri Simplified Acute Physiology Score (SAPS) sistemidir(Miller, 2010: 2849).

Le Gall ve arkadaşları SAPS II'yi ilk kez tarif ettikleri çalışmalarında; SAPS II'yi hesaplamanın basit ve hızlı olduğunu, hasta başına beş dakikadan az süre alacağını söylemişlerdir(1993, Le Gall: 2960). Bu özelliği nedeni ile SAPS II'nin yoğun bakımda mortalite tahmininde kullanılan yöntemler içinde en kolay olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca her ne kadar bu yöntemde günlük olarak hesap yapmanın çoğu yoğun bakımlar için fazla zaman zayıatına yol açabileceği söylene de; birkaç gün sonra ikinci bir bakış yapmanın mortalite riskinin gelişimini değerlendirmek için en verimli yol olduğunu belirtmişlerdir(1993, Le Gall: 2962). Biz de çalışmamızda üçüncü gün yaptığımız hesaplama ile mortalite riskinin gelişimini daha başarılı olarak tespit edilebileceğini saptadık.

Özbilgin ve arkadaşları APACHE II, SAPS II, MPM0 II ve LODS skorlama sistemlerinin yoğun bakım hastalarının mortalite tahmininde performanslarını karşılaştırdıkları çalışmalarında; SAPS II ve LODS'un duyarlılık ve özgüllüklerinin diğer iki skora göre daha yüksek olması, diğerlerine göre daha kolay uygulanabilir olması **nedeni ile** SAPS II ve LODS'un yoğun bakımda mortalite tahmini açısından daha uygun olabileceğini söylemişlerdir(Özbilgin, 2011: 15).

Eroğlu ve arkadaşları ardışık 100 yoğun bakım hastası üzerinde yaptıkları çalışmalarında SAPS II ile Mortality Probability Model (MPM) II₀ ve MPM II₂₄ skorlama sistemlerinin etkinliğini araştırmayı amaçlamışlar, sonuçta SAPS II, MPM II₀ ve MPM II₂₄ modellerinin ikili karşılaştırmaları sonucunda **ölüm ile sonuçlanan olgularda anlamlı olarak daha** kötü prognoz gösterdiğini, ancak lojistik regresyon analizi ile mortalite için yapılan modellemede ise bu skorlama sistemlerinin ölüm riskini belirlemede etkili olmadığını göstermişlerdir(Eroğlu, 2010: 166)

Sakarya skorlama sistemleri ile ilgili yaptığı derlemesinde; yoğun bakımdaki hastanın fizyolojik durumunun sürekli değişen doğası nedeni ile zaman içinde tek bir noktada yapılan ölçümün bu dinamik durumu her zaman doğru olarak yansıtamayacağını belirtmiştir. Ayrıca hastaların yoğun bakım ünitelerine alınmadan önce bulunduğu yer, süre ve uygulanan tedaviler nedeniyle verilerin toplanmaya başladığı sıfır zamanının tanımlanmasındaki zorluğu işaret etmiştir(Sakarya, 2006: 72).

Bilgin ve arkadaşları zehirlenme olgularında skorlama sistemlerinin etkinliklerini karşılaştırdıkları çalışmalarında APACHE II, SAPS II ve GKS(Glasgow Coma Scale)'i karşılaştırmışlar, SAPS II'nin ölüm oranını belirlemede daha öne çıktığını tespit etmişlerdir (Bilgin, 2006: 116)

Doerr ve arkadaşları iki yıl boyunca kalp cerrahisi geçiren ardışık hastalar hastalar üzerinde dört farklı skorlama metodunu günlük ölçerek değerlendirmişler, sonuçta SAPSII'nin 1,2,3 ve 5. gün değerlerinde belirgin farklılıklar olduğunu tespit etmişlerdir (Doerr, 2011: 6).

5. Sonuç Ve Öneriler

SAPS II skorlama sistemi ile 72. saat tekrar yapılan ölçümün mortalite tahmininde daha başarılı olduğu görüldü. Skorlama sistemlerinin ortalama değerlerinin ölenlerde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Mortalite tahmini konusunda daha doğru sonuçlara ulaşmak için ölçümün çeşitli periyotlarda tekrarlanmasını öneririz.

Kaynaklar

- Sakarya (2006), "Skorlama Sistemleri" Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, Cilt 4, No.2, Sayfa 66-73.
- Kılıç (2002), "Yoğun Bakım Skorlama Sistemleri: Neden, Nasıl, Biz Neredeyiz?" Yoğun Bakım Dergisi, Cilt 2, No.1, Sayfa 26-31.
- Bilgili, Dikmen (2013), "Dört Yoğun Bakım Skorlama Sisteminin Performanslarının Değerlendirilmesi" Haseki Tıp Bülteni, Cilt 51, sayfa 45-50.
- Le Gall (1984), "A Simplified Acute Physiology Score for ICU Patients" Critical Care Medicine, Vol.12, pp.975-977.
- Le Gall, Lemeshow (1993), "A New Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) Based on a European/North American Multicenter Study" JAMA-Journal Of The American Medical Association, Vol.270, pp.2957-2963.
- Kalaycıoğlu, Kaplan (2006), "Yoğun Bakımda Prognostik Faktörler ve Skorlama Sistemleri" Yoğun Bakım Dergisi, Cilt 6, No.3, Sayfa 147-159.
- Miller 2010, " Miller's Anesthesia" içinde, Critical Care Medicine, Linda Liu, Michael A. Gropper, Elsevier Publishing, Philadelphia, pp.2846-3019.
- Özbilgin, Demirağ (2011), "Yoğun Bakımda Kullanılan Skorlama Sistemlerinin Mortalite Tahminindeki Rollerini Açısından Karşılaştırılması" Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, No. 9, sayfa 8-13.

- Eroğlu, Aslan (2010), “Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Üzerine SAPS II ve MPM II Skorlama Sistemlerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması”, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 27, No.2, sayfa 161-166.
- Bilgin, Altunkan (2006), “Skorlama Sistemlerinin Etkinliğinin Zehirlenmelerde Karşılaştırılması”, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, Cilt 4, No.2, Sayfa 116-120.
- Gamgam, Altunkaynak (2013) “SPSS Uygulamalı Parametrik Olmayan Yöntemler”, Seçkin Kitapevi, Ankara, sayfa 53-76, 277-303.
- Doerr, Badreldin (2011) “A Comparative Study of Four Intensive Care Outcome Prediction Models in Cardiac Surgery Patients” Journal of Cardiothoracic Surgery, Cilt 6, No.21, pp.1-8.

Türkiye İçin Palyatif Bakım Kalite İndikatörlerinin Belirlenmesi

Başak YALÇIN BURHAN¹

Eylem KAYA EROĞLU²

Ayşe Sibel ÖKSÜZ³

Özet

Günümüzde yaşam süresinin uzaması, tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesi ile kronik hastalığı olanların daha uzun süre yaşayabilmesi ve kanser olgularının artması palyatif bakıma olan ihtiyacı artırmaktadır. Birçok ülkede tedavi seçeneği kalmamış ve ölümü bekleyen kişilerin kalan ömürlerini daha iyi ve kaliteli şartlarda geçirmesini sağlayacak palyatif bakım merkezlerinin sayısı günden güne artmaktadır. Ülkemizde de bu alanda hizmet veren merkez kurma çalışmaları hızlanmaktadır. Kaliteli hizmet sunumunun ön planda olduğu bu kurumlarda bu hizmetin kalitesinin ölçülmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmada ülkemizde yeni kurulmakta olan palyatif bakım merkezlerinin kalite standartlarının geliştirilmesine yardımcı olmak için kalite indikatörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. İndikatörlerin belirlenmesi amacıyla literatür taraması yapıp, kalite alanında çalışmış iki uzman görüşü alınarak ülkemizde ölçülebilecek 39 adet palyatif bakım indikatörü belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kalite indikatörü, Palyatif bakım

Abstract

Nowadays, the expand of life-span, the possibility of long life of those with chronic disease with the improvement in the diagnostic and treatment facilities and the rise of cancer cases increase the requirement of palliative care. In many countries, the number of palliative care centres increase day by day, which will provide opportunities with the people having no chance of treatment and waiting for their death to spend their rest of life in better conditions. In our country, establishing similar centres in this area is increasing as well. It is important to measure the quality of service in these institutions where the high quality services are at the forefront. The aim of this study is to determine the quality indicators

1 Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH, basakyal@gmail.com, 312 596 9794

2 Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH, eylemeroglu@gmail.com, 312 596 9794

3 Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon EAH, asibeloksuz@yahoo.com, 312 310 32 30

to help development of quality standards in currently established palliative care centres in our country. For this purpose, 39 quality indicators of palliative care are determined with the help of literature search and the idea two experts who have worked in this area.

Key Words: Quality indicators, Palliative care

1.Giriş

Kalite indikatörleri sunulan bakımın kalitesinin anlaşılmasında ve ihtiyaç duyulan yerlerde bakım kalitesinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Kalite indikatörleri, bakımın yapı, süreç ve çıktısıyla ilgili olan ölçülebilir parametrelerdir. Bu indikatörler ilgili bölümlerdeki sorunu gösterebildiği gibi verilen hizmetin iyi kalitede olup olmadığını da gösterebilmektedir (Maike vd., 2013:557).

Palyatif bakım günümüzde insan hakları değerleri arasında sayılmaktadır. Her hastanın yaşamının son günlerini belli bir kalite ve huzur içinde geçirmeye hakkı vardır. Ülkemizde uzun yıllar boyu göz ardı edilen palyatif bakım merkez kurma çalışmaları günümüzde hız kazanmıştır (Gültekin, 2010:1). Kalitenin ön planda olduğu bu merkezlerde, bu kaliteli hizmeti ölçmenin en objektif yolu net verilere dayanan kalite indikatörleridir.

1.1. Palyatif Bakım

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) palyatif bakımı şu şekilde tanımlamaktadır: “Hayatı tehdit eden bir hastalıkla ilgili sorunla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini yükseltmeyi (şikayetlerin erken tanımlanması ve hatasız değerlendirilmesiyle bunların azaltılması ve engellenmesi, ağrının, fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin tedavi edilmesi ile) amaçlayan yaklaşımdır. Palyatif bakım:

- Ağrının ve diğer ıstırap veren semptomların giderilmesini sağlar.
- Yaşam gibi ölümün de doğal bir süreç olduğunu söyler.
- Ölüm sürecini ne hızlandırmayı ne de makinelere bağlı olarak geciktirmeyi amaçlar.
- Hasta bakımının manevi ve psikolojik yönlerini birleştirir.
- Ölüme kadar hastanın mümkün olduğu kadar aktif bir yaşam sürmesine yardımcı olan destek sistemlerini sunar.
- Hastalık süresince ve hastanın kaybedilmesiyle başa çıkmak için aileye yardımcı olan destek sistemlerini sunar.

- Hastanın ve ailenin ihtiyaçlarını (eğer endikasyon varsa aileye ölüm sonrası danışmanlığı da içeren) gidermek için ekip yaklaşımı kullanır.
- Yaşam kalitesini artırarak hastalığın gidişatını pozitif yönde etkileyebilir.
- Hastalığın erken aşamalarında kullanılabilir. Ömrü uzatmak için planlanmış diğer terapilerle (örn: kemoterapi, radyoterapi) bağlantılıdır. Hastada ağrı oluşmasına neden olan klinik komplikasyonların yönetimi ve daha iyi anlaşılması için gerekli olan araştırmaları içerir.

Çocuk yaş grubunda DSÖ/WHO palyatif bakımı aşağıdaki şekilde anlatmaktadır. Yetişkin palyatif bakımla yakından ilişkili olmasına rağmen çocuklarda palyatif bakım bazı farklı özellikler gösterir.

- Çocuklar için palyatif bakım; çocuğun beden, akıl ve psikolojik yönünü kapsayan etkin bir bakımıdır ve ailelere destek verilmesini de içerir.
- Çocuğun hastalık tanısı almasıyla başlar ve çocuğun tedavi alıp almamasına bakılmaksızın devam eder.
- Palyatif bakımda sağlık ekibi çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal sıkıntılarını değerlendirir ve bu sıkıntıları azaltır.
- Etkili palyatif bakım aileyide içine alan geniş bir multidisipliner yaklaşıma ihtiyaç duyar. Mevcut kaynakları (kaynaklar sınırlı olsa bile) en iyi ve en başarılı bir şekilde değerlendirmek için çaba harcar.
- Palyatif bakım birinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında verilebildiği gibi çocuğun evinde bile verilebilir (www.who.int, 2014).

Bu tanımlardan yola çıkarak National Consensus Project for Quality Palliative Care, palyatif bakımın ana öğelerini şu şekilde tanımlamaktadır:

- **Hasta Popülasyonu:** Kronik veya hayatı tehdit eden hastalık, durum veya yaralanmadan etkilenen tüm yaş grubunu içerir.
- **Hasta ve Aile Merkezli Bakım:** Her hasta ve ailesi özeldir. Bir bakım ünitesi hasta ve ailesinden oluşmaktadır. Hastanın ailesi hasta tarafından belirtilen kişilerdir. Çocuklarda veya vasi tayini gerekli kişilerde (akli dengesi yerinde olmayanlarda) ise hastanın ailesi kanuni vasileridir. Kanuni vasi atandığı durumlarda hastanın aile üyeleri akrabalarından oluşabileceği gibi akraba olmayanlardan da oluşabilir. Aile üyeleri hastaya destek olmak isteyen ve hastayla arasında önemli derecede manevi bağlantı olan kişilerdir. Hastaya bakım sunan sağlık ekibinin bakım planlarını hazırlarken ve uygularken hasta ve ailesinin görüş ve önerilerini dikkate almaları gerekmektedir.

- **Palyatif Bakımın Zamanı:** Palyatif bakım ideal olarak hayatı tehdit eden hastalık veya duruma tanı koyulduğu andan başlamalı ve iyileşene veya ölene (ailenin yas dönemini de kapsayarak) kadar devam etmelidir.
- **Geniş Kapsamlı Bakım:** Palyatif bakım fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sıkıntıları yok edene veya azaltana kadar acıları tanımlamayı ve yok etmeyi amaçlayan çok boyutlu bir değerlendirmeyi benimser. Hastaya bakım veren kişiler hastanın ve ailenin hastanın durumu ile ilgili değişiklikleri anlaması için düzenli olarak onlara yardımcı olur. Bu değişimlerin hastalığın seyrini nasıl etkileyeceğini ve ileride hastanın duyabileceği bakım ihtiyaçlarını açıklar. Palyatif bakım hastanın uygun değerlendirilmesi, tanı koyulması, tedavinin ve bakımın planlanması, uygun girişimler yapılması, izlenmesi ve takip edilmesini içeren düzenli ve resmi klinik süreçleri gerektirir.
- **Disiplinlerarası (İnterdisipliner) Ekip:** Palyatif bakım ekibi hizmet verdiği hasta popülasyonuna bakım vermek için uygun eğitimi almış olmalıdır. Bu ekip üyeleri kliniğin ihtiyacına göre geniş bir meslek grubu dağılımını içerebilmektedir. Ekte doktor, hemşire ve sosyal çalışmacıdan oluşan temel bir grup vardır. Bu gruba gerekli durumlarda gönüllü koordinatörler, yas süreci ile ilgili koordinatörler, din adamları, psikologlar, eczacılar, hemşire yardımcısı, diyetisyenler, konuşma terapistleri, fizyoterapistler, meslek terapistleri, sanat, oyun, müzik ve çocuk yaşam terapistleri, vaka yöneticileri ve eğitilmiş gönüllüler katılmaktadır.
- **Acı ve Ağrının (İstirabın) Azaltılması:** Palyatif bakımın temel amacı hastalık ve tedavisi sırasında oluşan hastanın yaşam kalitesini bozan ağrı gibi sıkıntılı durumların giderilmesi veya azaltılmasıdır.
- **İletişim Becerileri:** Etkili iletişim becerilerine sahip olmak palyatif bakım için vazgeçilmez bir unsurdur. Etkili iletişim bilginin uygun ve etkili paylaşımı, aktif dinleme, hedeflerin belirlenmesi ve seçeneklerin tercihi, tıbbi karar vermede yardımcı olma, hastanın ailesi ve hastaya bakım veren kişilerle etkili iletişim kurulması ile mümkün olmaktadır.
- **Ölüm ve Yas Sürecindeki Bakım Becerisi:** Palyatif bakım için özelleşmiş ekip yaklaşan ölümle ilgili belirtiler, işaretler ve semptomlar hakkında bilgi sahibi olmak zorundadırlar. Hasta ve ailesini de kapsayan ölümden önceki ve sonraki süreçlerle ilgili (yas, spesifik psikolojik ve fiziksel sendromlar, normal veya anormal keder, yas süreci v.b.) bakımları bilmelidirler.

- **Farklı Ortamlarda Bakımın Sürekliliği:** Palyatif bakım sağlık hizmeti içinde bütünsel (hastane, acil servis, bakım evi, evde bakım, bakım veren diğer kurumlar gibi) bir yapı taşır. Palyatif bakım ekibi bu kurumlar arasında koordinasyonun, iletişimin ve palyatif bakımın devamlılığının kontrolünü sağlar. Bu konudaki proaktif yönetim palyatif bakımın sonuçları açısından önemli olan krizleri ve hastanın gereksiz transferlerini engeller.
- **Eşit Erişim:** Palyatif bakım ekibi, palyatif bakım alan herkese eşit davranmalıdır. Tüm yaş ve hasta popülasyonlarına, tüm tanı gruplarına, tüm etnik gruplara, tüm cinsiyetlere ve farklı sosyal ve ödeme gücü olan tüm kişilere tarafsız palyatif bakım hizmeti vermelidirler.
- **Kalite Değerlendirmeleri ve Performans Geliştirme:** Palyatif bakım hizmeti sunan kurumlar mükemmeliyeti yakalama ve yüksek kalitede bakım verme hedeflerine bağlı olmalıdır. Bu alanda etkili kalite ve performans değerlendirme programlarının kurulması, uygulanması ve geliştirilmesi kalitenin değerlendirilmesi için gereklidir (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2009).

Institute of Medicine sağlık hizmet sunumundaki kalite için altı temel hedef belirlemiştir. Bu hedefler şunlardır:

- Güvenli (istenmeyen olayların engellendiği)
- Zamanında (doğru hastaya doğru zamanda gecikmemiş),
- Hasta merkezli (hasta ve ailesine seçenek ve hedef sunmayı temel alan, onların ihtiyaç ve değerlerini göz önüne alan),
- Yararlı ve/veya etkili (bilgi ve kanıta dayalı),
- Ulaşılabilir ve tarafsız (ihtiyacı olan herkesin ulaşması),
- Verimli (hastanın gerçek ihtiyaçlarını karşılayabilmek için dizayn edilmiş ve kaynakları boşa harcamayan) bir sağlık hizmetinin sunulmasıdır (Institute of Medicine, 2001).

Palyatif bakım içinde kaliteyi sağlamak için bu altı temel hedef uygulanmalıdır.

1.2. Kalite İndikatörleri ve Palyatif Bakım

Kalite en temel tanımıyla; sağlık hizmetinin bireylere ve topluma eldeki en son profesyonel bilginin ışığında ve arzu edilen sağlık çıktılarına ulaşabilecek şekilde sunulmasıdır (Institute of Medicine, 2001). Kaliteli hizmetin en iyi göstergesi olan ve arzu edilen bu sağlık çıktıları kalite indikatörleri ile ölçülebilmektedir.

Kalite indikatörlerinin tarihçesi 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarındaki epidemiyoloji ve istatistik çalışmalarının tarihçesiyle paralellik göstermektedir. Sağlıkta kalite ile ilgili ilk ölçümler Florence Nightingale zamanına dayanmaktadır. Bundan yaklaşık 150 yıl önce kırım savaşı sırasında İngiliz saha hastanelerindeki ölüm oranını İngiliz parlamentosunda sunarak sağlık hizmetinin ölçülebilirliği ve ölçülmesi yönünde ilk adımları atmıştır (Scobie vd., 2006: S51). Sağlıkta kalite ölçümlerine en büyük katkı 1960'lı yıllarda Donabedian tarafından yapılmıştır. Donabedian sağlıkta yapı, süreç ve çıktı ölçümleri arasındaki farklılığa açıklık getirmiştir. 20. Yüzyıla gelindiğinde Batalden ve Nelson skor kartları ve panolar (dashboard) kullanarak kurumların çeşitli alanlarının süreç ve çıktı ölçümleri ile değerlendirmesini sağlık sektörüne uygulamışlardır (Varkey, 2010:29).

Kalite indikatörleri çeşitli şekillerde tanımlanabilmektedir:

1. Belirli sağlık süreçlerini veya çıktılarını değerlendirilerek ölçülmesidir.
2. Hasta çıktılarını etkileyen önemli yönetim, idare, klinik ve destek fonksiyonlarının kalitesini değerlendirmek ve gözlemek için kullanılan kantitatif ölçümlerdir.
3. Hasta çıktılarını etkileyen hasta bakım, klinik destek servisleri ve organizasyonel hizmetlerin kalitesini gözlemek, değerlendirmek ve geliştirmek için kullanılan ölçüm işaretleri, ekranları veya araçlarıdır (Mainz, 2003:523).

Kısaca özetleyecek olursak kalite indikatörleri bir sağlık kurumunda verilen hizmetin reel ölçümleridir. Bu ölçümün gerçek sonuçları verebilmesi için ideal bir kalite indikatörü aşağıdaki özellikleri sağlamalıdır:

- İndikatör herkes tarafından hemfikir olunan bir tanıma dayanmalı ve sade bir şekilde ve etraflıca tanımlanmalıdır,
- İndikatör yüksek oranda spesifik ve duyarlı olmalıdır (yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçları ayırt edebilmeli),
- İndikatör geçerli (valide) ve güvenilir olmalı,
- İndikatörün ayırt etme gücü yüksek olmalıdır,
- İndikatör kullanıcı için net tanımlanabilir olaylarla bağlantılı olmalıdır (örneğin; eğer klinik hizmet sunucuları için oluşturulmuş ise klinik uygulamalarla bağlantılı olmalıdır),
- İndikatör kullanışlı karşılaştırmalara olanak sağlamalıdır,
- İndikatör kanıta dayalı olmalıdır (Mainz, 2003:523).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan indikatörleri ölçüm yöntemine göre 2

kategori altında toplayabiliriz:

- Oransal: Belirli bir sıklıkta olması istenen olaylar için kullanılır. Zaman içindeki değişimlerin karşılaştırılmasını sağlar. Oransal olarak ölçülen indikatörlerde bir pay (numerator: ölçülmek istenen olayla ilgili risk altındaki popülasyon) ve payda (denominator: ölçülmek istenen olayla ilgili toplam popülasyon) bulunmaktadır.
- Sentinel (Öncül): Tek tek analiz edilmesi gereken istenmeyen olaylardır. Genellikle risk değerlendirmelerinde kullanılır.

Oransal ve sentinel indikatörler yapı, süreç veya çıktıyla ilişkili ve jenerik (genelleyici) veya hastalık spesifik olabilirler.

Yapıyla ilgili indikatörler sağlık bakım hizmeti veren kurumların nitelikleri ile ilgili indikatörlerdir. Bu indikatörler *maddi kaynakların nitelikleri* (örn: bina, ekipman ve finansman), *insan kaynakları* (personelin sayı ve kalifikasyonu) ve *organizasyonel yapıyı* (tıbbi personel, organizasyon, dokümanların gözden geçirilmesi, masrafların geri ödenmesi ile ilgili yöntemler) içerir.

Süreç indikatörleri sağlık hizmeti verme ve alma sırasındaki olaylarla ilgili indikatörlerdir (örn: doktorun hastalığa tanı koyması sırasında yaptığı işlemler, önerilen veya uygulanan tedaviler veya hastaya yapılan diğer işlemler).

Çıktı indikatörleri ise hastanın sağlık hizmeti aldıktan sonraki durumunu gösteren indikatörlerdir (Mainz, 2003:523). Yapı, süreç ve çıktıyla ilgili örnek indikatörler tablo 1’de gösterilmiştir (Mainz, 2003:523, Palmer ve Reilly, 1979: 693, McGlynn, 1998: 485, Smith ve McGlynn, 1998: 1063).

Tablo 1 Yapı, süreç ve çıktı indikatörleri ile ilgili örnekler

YAPI	Uzman doktorların oranı
	Özellikli testlere ve ünitelere erişilebilirlik (MR vb.)
	2 yılda bir revize edilen klinik rehberlerin oranı
SÜREÇ	Düzenli ayak bakımı verilen diyabetli hasta oranı
	24 saatte tekrar başvuran hasta oranı
	Klinik rehberlere uygun olarak tedavi edilen hasta oranı
ÇIKTI	Diyabet hastalarında HbA1c sonucu
	Sağlık durum ölçümleri
	Çalışabilirlik
	Yaşam kalitesi
	Hasta memnuniyeti

Jenerik indikatörler tüm hastalarla ilgili ölçümleri kapsarken (örn: uzman doktor oranı), hastalık spesifik indikatörler belirli bir hastalık grubuyla ilgili ölçümleri içerir (örn: ameliyattan 30 gün sonra yaşayan akciğer kanseri hasta oranı). Hem jenerik hem de hastalık spesifik indikatörler yapı, süreç ve çıktıya odaklanır (Mainz,2003:523).

Araştırmanın Amacı

Palyatif bakım ölüme yaklaşan kişilerin yaşam kalitesini arttırmak amacıyla sunulan hizmetlerin bütünüdür. Amaç yaşam kalitesini arttırmak olunca bu kurumlarda kaliteyi ölçmek en önemli gerekliliklerin başında gelmektedir. Kalite ölçümleri en objektif olarak kalite indikatörleri ile ölçülebilmektedir. Biz bu çalışmada National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP)'in palyatif bakımla ilgili belirlemiş olduğu aşağıda belirtilen 8 domaine ait indikatörler belirlemeyi amaçladık .

Palyatif bakım domainleri:

1. Bakımın Yapı ve Süreci (örn: eğitim, mesleki yetkinlik, bakımın sürekliliği)
2. Bakımın Fiziksel Yönleri (örn: ağrının ve diğer semptomların takibi ve dokümanite edilmesi, semptomların ve yan etkilerin değerlendirilmesi ve yönetimi)
3. Bakımın Psikolojik ve Psikiyatrik Yönleri (örn: anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik semptomların ölçülmesi, dokümanite edilmesi ve yönetimi, hasta ve ailesinin psikolojik semptomlarının değerlendirilmesi ve yönetimi)
4. Bakımın Sosyal Yönleri (örn: hastalara bilgi sağlama, bakımın getirilerini tartışma ve hasta ve aileye destek sağlamak için düzenli aralıklarla hasta/aile konferansları düzenleme, kapsamlı sosyal bakım planları uygulama)
5. Bakımın Dini, Manevi ve Varoluşla İlgili Yönleri (örn: manevi bakım servislerinden hasta ve ailesi için bilgi alınabilirliğinin sağlanması)
6. Bakımın Kültürel Yönleri (örn: hasta ve ailesinin kültürel gereksinimleriyle uyumlu olma)
7. Yakında Ölecek Hastanın Bakımı (örn: aktif ölüm fazına geçişin anlaşılabilirliği ve dokümanite edilmesi, hasta ve ailesinin ölüm yeri ile ilgili isteğini bilme ve dokümanite etme, yas sürecinde bakım planı uygulama)

8. Bakımın Etik ve Yasal Yönleri (örn: bakım hedefleri, tedavi seçenekleri ve bakım uygulamaları ile ilgili hasta tercihlerinin kayıt edilmesi, ileri bakım planına geçme) (NCP, 2009)

3. Araştırmanın Süreci Ve Bilimsel İlkeler Uygunluğu (Metot)

3.1. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada Maaik ve arkadaşlarının 2013 yılında belirlemiş olduğu toplam 187 ve Paman ve arkadaşlarının 2009 yılında belirlemiş olduğu toplam 142 palyatif bakım indikatörlerinden, birbiri ile çakışanların çıkarılmasından sonra kalan 326 palyatif bakım indikatörü analiz edildi.

3.2. İndikatörlerin Türkiye’de Ölçülebilirliğinin Belirlenmesi

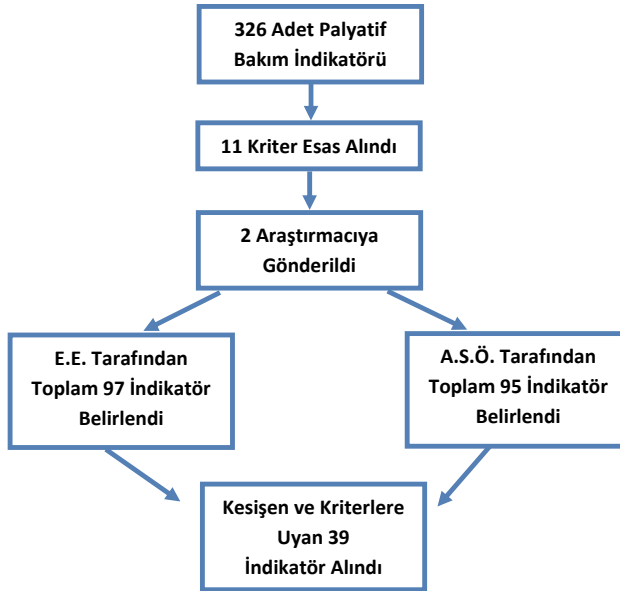
Bu indikatörler aşağıdaki kriterler göz önüne alınarak incelendi:

1. Türkiye’de kullanmaya uygunluk
 - a. Sosyodemografik yapıya uyum
 - b. Mevcut ve potansiyel altyapı özellikleriyle ölçülebilirlik
 - c. Kültürel yapıya uyum
 - d. Mevcut sağlık politikalarına uyum
2. Objektif kriterlerle ölçülebilme
 - a. Üzerinde oynama yapılamayacak verileri kullanması
 - b. İncelencek kuruma bağlı çalışan kişiler tarafından gönderilmeyen verileri kullanması
 - c. Kişilerarası ölçüm farklılığı oluşturmaması (yoruma kapalı olması)
 - d. Mümkünse log kayıtları tutulan elektronik kayıtları kullanması
3. Tüm kritik noktaları kapsama
 - a. Palyatif bakımın her domainini ölçebilme
 - b. İlgili domain için yeterli kalite göstergesini sağlama
 - c. Palyatif bakım veren kuruluşun toplam kalitesini değerlendirip, kurumları bu özelliklerine göre gruplayabilme/karşılaştırabilme

3.3. İndikatörlerin Analizi

2005 yılından bu yana sağlık kurumlarında aktif olarak kalite ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arası değerlendirme çalışmalarında yer almış iki bağımsız araştırmacıya (E.E. ve A.S.Ö.) 326 adet palyatif bakım indikatörü gönderildi ve yukarıda belirtilen kriterlere uygun olanları seçerek bir indikatör seti oluşturması istendi. Daha sonra yazar tarafından indikatör setleri bir araya getirilip araştırmacılarla birlikte üzerinde hemfikir olunan indikatörler seçilerek bir set oluşturuldu. Kesişmeyen domainlerle ilgili araştırmalardan tekrar seçim yapılması istendi (Şekil 1).

Şekil 1 İndikatör Seti Belirleme Aşamaları



4. Sağlık Hizmeti Üzerine Etkileri Ve Elde Edilen Sonuçlar

4.1. Palyatif Bakım İndikatör Seti

Şekil 1 deki algoritmaya uygun olarak ülkemizde uygulanabilir toplam 39 adet palyatif bakım indikatörü belirlendi. Bu indikatörler tablo2’de gösterilmiştir.

Tablo 2 İki Araştırmacı Tarafından Ortak Seçilen İndikatörler

Domain 1.1. Bakımın Yapısal Elemanları (11 İndikatör)		
1	İndikatörün Tanımı:	Aile toplantı odaları bulunmalıdır
	Tipi:	Yapı
	Ölçüm Yöntemi:	Anlık periyodik gözlemlerle odanın varlığı veya yokluğu
	Referans:	Nelson vd., 2006
2	İndikatörün Tanımı:	Palyatif bakım merkezleri lokal sağlık otoritesi ile entegre olmalı ve geriatrik hastaların özel ihtiyaçları doğrultusunda faaliyet göstermelidir
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Palyatif bakım merkezinde geriatrik hasta ile ilişkili program hedefine uygun giriş mülakatı yapılmış hasta sayısı Payda: Hizmet sunulan ilgili popülasyon Performans standardı: %95
	Referans:	Peruselli vd., 1997
3	İndikatörün Tanımı:	Bakım periyodu süresince evde palyatif bakım hizmetleri hastaneye başvuru oranını düşürmelidir
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Evde palyatif bakım hizmeti alınması sırasında hastanede geçirilen gün sayısı Payda: Evde palyatif bakım hizmeti alınan gün sayısı Performans Standardı: %10
	Referans:	Peruselli vd., 1997
4	İndikatörün Tanımı:	Palyatif bakım servisi bakım talebine hızlı bir şekilde cevap vermeli
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Talebin ilk 48 saati içerisinde bakım ekibiyle ilk görüşmesi yapılmış hasta sayısı Payda: Hizmet sunulan popülasyon Performans Standardı: % 95
	Referans:	Peruselli vd., 1997
5	İndikatörün Tanımı:	Palyatif bakım hizmetleri terminal hastaların hayatlarının son dönemine uygun olarak tasarlanmış olmalıdır
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: 7 ila 90 gün evde bakım hizmeti alan hasta sayısı Payda: Hizmet sunulan popülasyon Performans Standardı: % 75
	Referans:	Peruselli vd., 1997

6	İndikatörün Tanımı:	Palyatif bakım hizmetleri hastaların evde ölmesine olanak sağlamalıdır
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Evinde ölen hasta sayısı Payda: Toplam hasta sayısı Performans Standardı: % 95
	Referans:	Peruselli vd., 1997
7	İndikatörün Tanımı:	Akut bakım hizmetleri sırasında ölen hasta oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Hastanede akut bakım sırasında kanserden ölen hasta sayısı Payda: Kanserden ölen hasta sayısı Performans Standardı: < %17
	Referans:	Earle vd., 2006
8	İndikatörün Tanımı:	Palyatif bakım merkezine kabul edilmemiş hasta oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Palyatif bakım merkezine kabul edilmeden ölen hasta sayısı Payda: Kanserden ölen hasta sayısı Performans Standardı: < % 45
	Referans:	Earle vd., 2006
9	İndikatörün Tanımı:	3 günden daha az palyatif bakım merkezinde kalan hasta oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Palyatif bakım merkezinde 3 günden daha az kalmış olan kanserden ölen hasta sayısı Payda: Palyatif bakım merkezinde kalan kanserden ölen hasta sayısı Performans Standardı: < % 8
	Referans:	Earle vd., 2006
10	İndikatörün Tanımı:	Palyatif bakıma ulaşılabilirlik: Palyatif bakım kanser tanısı almış hastalara ve ailelerine hastalıklarının gidişatına bağlı olarak doğru zamanda ulaşılabilir olmalıdır. Yüksek oran yüksek kaliteyi gösterir.
	Tipi:	Çıktı
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Palyatif bakım merkezine kabul edilen hasta sayısı Payda: Palyatif bakım merkezine başvuran hasta sayısı (Palyatif bakım ihtiyacı olan hasta sayısı)
	Referans:	Grunfeld vd., 2008

11	İndikatörün Tanımı:	İlk başvurudan görüşmeye kadar geçen süre
	Tipi:	Yapı
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: 48 saat içinde geri dönülen hasta sayısı (hafta sonları dahil) Payda: Başvuran hasta sayısı (telefonla başvurular dahil)
	Referans:	Eagar vd., 2010
Domain 1.2. Bakımın Süreci (12 İndikatör)		
12	İndikatörün Tanımı:	İnterdisipliner aile toplantıları: Yoğun bakıma kabulünde veya ilk 5 gün içerisinde interdisipliner ekip tarafından ailesi bilgilendirilmiş hasta oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Yoğun bakıma kabulünde veya ilk 5 gün içerisinde interdisipliner ekip tarafından ailesi bilgilendirilmiş hasta sayısı (hastanın tıbbi kayıtları kullanılır) Payda: Yoğun bakımda yatan toplam hasta sayısı Kapsam Dışı Durumlar: İlk 5 gün içinde ailesi gelmeyen hastalar ve hastanın aileyi veya ailenin hastayı reddettiği hastalar toplam hasta sayısına dâhil edilmez
	Referans:	Nelson vd., 2006 Mularski vd., 2006
13	İndikatörün Tanımı:	Sağlık hizmeti alma sırasında ve süresince tedavinin yararları ve riskleri ile ilgili tam olarak bilgilendirilmiş hasta oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	-
	Referans:	Yabroff vd., 2004
14	İndikatörün Tanımı:	Palyatif bakım hizmetleri hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlarını karşılamalıdır
	Tipi:	Çıktı
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Bakımın ilk 8 günü sonrası STAS ölçeğinde hasta kavrama skorunda düşüş olan hasta sayısı Payda: Toplam hasta sayısı Performans Standardı: % 75
	Referans:	Peruselli vd., 1997
15	İndikatörün Tanımı:	Multidisipliner bakım
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: İlgili klinikte toplam geriatrik hasta viziti toplamı Payda: İlgili klinikteki toplam ziyaret sayısı
	Referans:	Grunfeld vd., 2008
16	İndikatörün Tanımı:	Hastanın durumunun kayıt altına alınması
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Kabulünün ilk 48 saati içerisinde tanısı, psikolojik semptomları, fonksiyonel durumu ve sıkıntıya neden olan tüm semptomları kayıt altına alınmış hasta sayısı Payda: Toplam hasta sayısı Performans Standardı: % 90
	Referans:	Twaddle vd., 2007

17	İndikatörün Tanımı:	Kabulünde fiziksel ve psikolojik semptomları değerlendirilen hasta oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Tüm süreleri sıfır olan hasta sayısı (Ağrı süresi= Ağrının değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Dispne süresi= Dispnenin değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Bulantı süresi= Bulantının değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Kabızlık süresi= Kabızlığın değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Depresyon süresi= Depresyonun değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Anksiyete süresi= Anksiyetenin değerlendirildiği tarih-kabul tarihi) Payda: Toplam hasta sayısı
	Referans:	Schenck vd., 2010
18	İndikatörün Tanımı:	Kabulünün ilk 5 günü içerisinde kapsamlı değerlendirmesi tamamlanan hasta oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Tüm süreleri ≤ 5 olan hasta sayısı (Tanı süresi= Tanının konulduğu tarih-kabul tarihi $\times < 0$ ise 0 alınacak*) Fonksiyonel durum süresi= Fonksiyonel durumun değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Ağrı süresi= Ağrının değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Dispne süresi= Dispnenin değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Bulantı süresi= Bulantının değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Kabızlık süresi= Kabızlığın değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Depresyon süresi= Depresyonun değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Anksiyete süresi= Anksiyetenin değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Manevi süre= Manevi durumun değerlendirildiği tarih-kabul tarihi Sosyal aile süresi= Ailesel durumun değerlendirildiği tarih-kabul tarihi) Payda: Toplam hasta sayısı
	Referans:	Schenck vd., 2010
19	İndikatörün Tanımı:	Hasta ve ailesinin memnuniyeti
	Tipi:	Çıktı
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Anketlerde hasta ve ailesi tarafından mükemmel olarak cevaplandırılan soru sayısı Payda: Toplam cevap sayısı Performans Standardı: % 75
	Referans:	Peruselli vd., 1997

20	İndikatörün Tanımı:	Ölümünün 6 ayı içerisinde palyatif bakıma başvurmuş hasta oranı (yüksek oran düşük kaliteyi gösterir)
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Ölümünden önceki 6 ay içerisinde palyatif bakıma başvurmuş hasta sayısı Payda: Palyatif bakıma başvurmuş toplam hasta sayısı
	Referans:	Grunfeld vd., 2008
21	İndikatörün Tanımı:	Tıbbi yardımları yeterince erken alan hasta oranı
	Tipi:	Çıktı
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Tıbbi yardımları yeterince erken aldığını belirten hasta sayısı Payda: Toplam hasta sayısı Kapsam Dışı Durumlar: Ciddi bilinç sıkıntısı olan hastalar, küçük çocuklar, uyutulan hastalar toplam hasta sayısına dâhil edilmeyecektir
	Referans:	Claessen vd., 2011
22	İndikatörün Tanımı:	Stabil olmayan fazda bulunma süresi
	Tipi:	Çıktı
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: İlk palyatif bakım fazı 7 günden daha az süre stabil olmayan fazda kalan hasta sayısı Payda: Toplam hasta sayısı Performans Standardı: % 85 Pay: Sonraki palyatif bakım fazı 7 günden daha az süre stabil olmayan fazda kalan hasta sayısı Payda: Toplam hasta sayısı Performans Standardı: % 90
	Referans:	Eagar vd., 2010
23	İndikatörün Tanımı:	Kişiler duyarlı bir şekilde ve hızlıca bakım almak istedikleri yere transfer edilmelidir.
	Tipi:	Çıktı
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Hayatının son döneminde olan hastaların evinden veya akut bakım merkezinden istediği bir bölgeye transfer için beklediği gün sayısı Payda: Transfer isteminde bulunmuş toplam ölen hasta sayısı
	Referans:	ELCQuA, 2011
Domain 2. Bakımın Fiziksel Yönleri (10 İndikatör)		
24	İndikatörün Tanımı:	Ağrısı olan hastalarda ağrı takibi yapılmalı ve ağrı azaltılmalı
	Tipi:	Süreç/Çıktı
	Ölçüm Yöntemi:	Kapsam Dışı Durumlar: Konsültasyondan hemen sonra devam eden inatçı ağrılar Performans Standardı: >% 80
	Referans:	Keay vd., 1994

25	İndikatörün Tanımı:	Düzenli ağrı değerlendirme: 4 saat aralıklarla yapılan ağrı değerlendirme (kayıtları) oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Uygun bir değerlendirme skalası ile 4 saat aralıklarla değerlendirilen ve kayıt edilen değerlendirme sayısı Payda: 0 ve 1. Gündeki toplam 4 saatlik aralıklar (Yoğun bakım ünitelerinde son 24 saatte yatan hastalar değerlendirilir) Kapsam Dışı Durumlar: Komadaki hastalar ve kısa bir süre yoğun bakımda tutulan hastalar
	Referans:	Nelson vd., 2006 Mularski vd.,2006
26	İndikatörün Tanımı:	Bakımevi (Hospice) bakımının aile tarafından değerlendirilmesi: Semptom yönetimi Sorular: 1) Hastanız bakım evinde kaldığı süre içinde ağrısı oldu mu ve/veya ağrı kesici verildi mi? 2) Hastanız ağrısı için ne kadar ilaç aldı?
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Ağrıyla başa çıkmak için çok fazla veya çok az ilaç alan hasta sayısı Payda: Ağrısı olan hasta sayısı
	Referans:	NHPCO,2006 Brown University,2006
27	İndikatörün Tanımı:	Nicel ağrı değerlendirme skalası kullanımı: Numerik veya diğer valide ağrı skalaları ile ağrısı değerlendirilen hasta oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Bakım merkezine kabulünün ilk 48 saati içerisinde numerik veya diğer valide ağrı skalaları ile ağrısı değerlendirilen hasta sayısı Payda: Bakım merkezine kabulünün ilk 48 saati içerisinde ağrı şikayetinde bulunan hasta sayısı Performans Standardı: % 90
	Referans:	Twaddle vd.,2007
28	İndikatörün Tanımı:	Her 8 saatte bir solunum sıkıntısı (ventilatöre bağlı olmayan hastalar) veya hasta-ventilatör uyumsuzluğunun (ventilatöre bağlı hastalar) değerlendirmesinin kayıt altına alınması
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: 24 saatte 8 saatlik aralıklarla uygun nicel skalalarla yapılan değerlendirme sayısı Payda: 24 saatteki toplam 8 saatlik periyotlar Kapsam Dışı Durumlar: Kısa bir süre yoğun bakımda tutulan hastalar
	Referans:	Mularski vd.,2006

29	İndikatörün Tanımı:	Kemik metastazı olan hastalarda kontrol edilemeyen kemik ağrıları için radyoterapi Kemik metastazı olan hastalarda radyoterapi ağrı yönetimi kolaylaştırır ve yaşam kalitesini artırır. Yüksek oran yüksek bakım kalitesini gösterir.
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Kemiklerine palyatif radyoterapi uygulanan hasta sayısı Payda: Kemik metastazı sonucu kemik ağrısı olan hasta sayısı
	Referans:	Grunfeld vd.,2008
30	İndikatörün Tanımı:	Dispne değerlendirmesi: Kabulünün ilk 48 saati içerisinde dispne değerlendirilmesi yapılan hasta (kayıtları) oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Kabulünün ilk 48 saati içerisinde dispne değerlendirilmesi yapılan hasta sayısı Payda: Toplam hasta sayısı
	Referans:	Twaddle vd.,2007
31	İndikatörün Tanımı:	Yorgunluk/Anemi: eğer bilinen bir kanser hastasına ilerlemiş bir kanser tanısı koyuluyor ise, yorgunluk/halsizlik olup olmadığı değerlendirilmelidir.
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	-
	Referans:	Lorenz vd.,2009
32	İndikatörün Tanımı:	Yorgunluk/Anemi: Eğer kanser hastasının anemisi var ise (hemoglobin <10 g/dL), anemi ile ilgili semptomlar (yorgunluk, dispne ve bayılma hissi) değerlendirilmelidir.
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	-
	Referans:	Lorenz vd.,2009
33	İndikatörün Tanımı:	Epidermal büyüme faktörü reseptörü bloke edici ajanlarla tedavi edilen hastalarda, tedavinin başlamasından 1 ay sonra deride rash oluşumu ve/veya oluşan rashların ciddiyeti değerlendirilmelidir.
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	-
	Referans:	Lorenz vd.,2009

Domain 3. Bakımın Psikolojik ve Psikiyatrik Yönleri (1 İndikatör)		
34	İndikatörün Tanımı:	Progresif tedavi edilemeyen hastalığı olan (örn: metastazik kanser veya demans v.b.) ölüme yakın hastalarda, ölümünden 6 ay önceki periyotta aşağıda belirtilen parametrelerle ilgili kapsamlı değerlendirme yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir: • Ağrı • Anksiyete, depresyon • Kusma ve dispne • Manevi ve varoluşla ilgili konular • Bakım veren kişinin sorumlulukları/pratik yardıma ihtiyaç • Tıbbi tedaviden beklentiler ve yaşam sonu (end of life) periyodunda bakım
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	-
	Referans:	van der Ploeg vd.,2008 Bu indikatör 2,3,4 ve 8. domainlerle ilgilidir.
Domain 4. Bakımın Sosyal Yönleri (1 İndikatör)		
35	İndikatörün Tanımı:	Yoğun bakıma kabulünün ilk 72 saati içerisinde psikososyal destek için sağlanan olanakların kayıtları
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Herhangi bir ekip üyesi tarafından yoğun bakıma kabulünün ilk 72 saati içerisinde psikososyal destek alması için sunulan hasta veya aile sayısı Payda: 72 saatteki yoğun bakımdaki toplam hasta veya aile sayısı Kapsam Dışı Durumlar: Komadaki hastalar, herhangi bir aile üyesi veya arkadaşı olmayan hastalar
	Referans:	Mularski vd., 2006
Domain 5. Bakımın Dini, Manevi ve Varoluşla İlgili Yönleri (1 İndikatör)		
36	İndikatörün Tanımı:	Manevi destek: Hastaya/ailesine manevi destek önerilen hasta (kayıtları) oranı
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Hastaya/ailesine manevi destek önerilen hasta sayısı Payda: Yoğun bakımda 3 günden fazla yatan hasta sayısı Kapsam Dışı Durumlar: Yoğun bakımda yattığı süre boyunca ziyaretçisi gelmeyen hastalar
	Referans:	Nelson vd., 2006 Mularski vd.,2006

Domain 6. Bakımın Kültürel Yönleri (1 İndikatör)		
37	İndikatörün Tanımı:	Tıbbi durumun açıklanması ile ilgili ailenin tercihi
	Tipi:	Çıktı
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Bu indikatörün kayıt altına alındığı ve son iki hafta içerisinde yatan hasta sayısı Payda: Ölen hasta sayısı (retrospektif olarak tanımlanan)
	Referans:	Miyashita vd., 2008
Domain 7. Yakında Ölecek Hastanın Bakımı (1 İndikatör)		
38	İndikatörün Tanımı:	Acil servise başvuru sıklığı Ölüme yakın zamanda acile başvuru miktarının yüksek olması düşük bakım kalitesini gösterir.
	Tipi:	Çıktı
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Son 30 günü içinde birden fazla acil servis başvurusu olan hasta sayısı Payda: Tüm ilgili popülasyon Pay: Son 30 günü içinde acil servise başvuru sayısı Payda: Tüm ilgili popülasyon Pay: Toplam acil servise başvuru sayısı Payda: Toplam gün sayısı
	Referans:	Grunfeld vd.,2008
Domain 8. Bakımın Etik ve Yasal Yönleri (1 İndikatör)		
39	İndikatörün Tanımı:	Kabulünün ilk 24 saati içerisinde hastanın karar verme kapasitesinin değerlendirilmesi
	Tipi:	Süreç
	Ölçüm Yöntemi:	Pay: Yoğun bakıma kabulünün ilk 24 saati içerisinde karar verme kapasitesi değerlendirilen hasta sayısı Payda: 24 saatten daha uzun süre yatan toplam hasta sayısı
	Referans:	Mularski vd., 2006

326 indikatörden 1 tanesi dört domainle, 2 tanesi ise ikişer domainle ilgili idi. Bu nedenle domain bazlı baktığımızda toplam 331 adet indikatör incelendi. E.E. adlı araştırmacı toplam 97 indikatör belirlerken, A.S.Ö. adlı araştırmacı toplam 95 indikatör seçti. Bu indikatörlerden sadece 39 adeti kesişti (Şekil 1).

1. domainde toplam 95 adet indikatör vardı. Bunlardan 43'ü bir araştırmacı tarafından seçilirken 38'i diğer araştırmacı tarafından seçildi (Tablo 3). Bunlardan 23 tanesi her iki araştırmacı tarafından da seçildi. Seçilen indikatörlerden 2 tanesi yapı, 15 tanesi süreç ve 6 tanesi de çıktı indikatörleri idi (Tablo 2). Diğer domainlerde kaç adet indikatör olduğu ve kaçının hangi araştırmacı tarafından seçildiği tablo 3 de gösterilmiştir.

Tablo 3 Seçilen İndikatörlerin Sayısal Analizi

Domain Sıra No	YAPI			SÜREÇ			ÇIKTI			SÜREÇ/ÇIKTI			TOPLAM		
	İnd. Sayısı	Seçilen İnd.		İnd. Sayısı	Seçilen İnd.		İnd. Sayısı	Seçilen İnd.		İnd. Sayısı	Seçilen İnd.		Toplam İnd. Sayısı	Seçilen İnd.	
		EE	ASÖ		EE	ASÖ		EE	ASÖ		EE	ASÖ		EE	ASÖ
Domain 1	21	12	5	54	23	23	19	8	10	1	0	0	95	43	38
Domain 2	0	0	0	70	18	25	39	6	7	3	1	2	112	25	34
Domain 3	0	0	0	12	4	3	21	5	3	0	0	0	33	9	6
Domain 4	0	0	0	11	4	4	4	1	0	0	0	0	15	5	4
Domain 5	0	0	0	1	1	1	5	2	2	0	0	0	6	3	3
Domain 6	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Domain 7	1	0	0	15	5	0	9	1	4	1	1	0	25	7	4
Domain 8	0	0	0	28	4	5	15	0	0	1	0	0	44	4	5
TOPLAM	1	12	5	191	59	61	113	24	27	6	2	2	331	97	95

Palyatif bakımda yaşam kalitesini artırmanın en önemli parametrelerinden biri ağrı sürecinin iyi kontrol edilmesidir. Seçilen indikatörlere baktığımızda da en çok kontrol edilen bakım sürecinin 6 indikatörle (24, 25, 26, 27, 29 ve 34) ağrı yönetiminde olduğunu görülmektedir (Tablo 2).

5. Öğrenilen Dersler

Palyatif bakım ve palyatif bakım merkezleri ülkemizde yeni gelişmekte olan sağlık hizmeti alanlarından biridir. Palyatif bakım merkezleri kaliteli hizmetin en ön planda olduğu kurumlardır. Ülkemizde bu merkezler için kalite standartları ve kalite indikatörlerinin belirlenmesi ve bu merkezlerin bu standartları karşılayacak şekilde kurulması verilecek hizmetin amacına ulaşmasına yardımcı olacaktır. Bu merkezlerde kullanılmak üzere oluşturulacak bilgi yönetim sistemlerinin belirlenecek kalite indikatörlerinin verilerini ve log kayıtlarını tutması verilerin objektifliği ve güvenilirliğini sağlayacaktır. Ayrıca bu merkezlerin indikatör sonuçlarına göre derecelendirilmesi palyatif bakım merkezleri arasında tatlı bir rekabet ortamı oluşturarak hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesine yardımcı olacaktır.

Bu çalışma ülkemizde palyatif bakım merkezleri için indikatör belirlemek için yapılmış bir ön çalışmadır. Bu seçilen indikatörlerin daha ayrıntılı olarak incelenmesi, indikatör kartlarının hazırlanması ve alt indikatörlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca pediatrik ve yetişkin hastalara hizmet verecek olan palyatif bakım merkezleri için ayrı indikatör setleri hazırlanarak pilot çalışmalar yapılması bu konuya önemli katkılar sunacaktır.

6. Araştırmanın Bütçesi Ve Finansmanı

Bu çalışma literatür taraması yapılarak gerçekleştirildiği için herhangi bir bütçesi bulunmamaktadır.

Kaynaklar

- Claessen SJ, Francke AL, Belarbi HE, Pasman HR, van der Putten MJ, Deliens L. (2011) “A new set of quality indicators for palliative care: process and results of the development trajectory” *J Pain Symptom Manage*. Aug;42(2):169-82.
- Eagar K, Watters P, Currow DC, Aoun SM, Yates P. (2010) “The Australian Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) Measuring the quality and outcomes of palliative care on a routine basis” *Aust Health Rev*. May;34(2):186-92.
- End of Life Care Quality Assessment (ELCQuA), 2011. <http://www.elcqua.nhs.uk>
- Grunfeld E, Urquhart R, Mykhalovskiy E, Folkes A, Johnston G, Burge FI, Earle CC, Dent S. (2008) “Toward population-based indicators of quality end-of-life care: testing stakeholder agreement” *Cancer* May 15;112(10):2301-8.
- Gültekin Murat, Özgül Nejat, Olcayto Emire, Tuncer A. Murat (2010) “Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu” *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010-1, Sayfa 1-6
- H.R. Pasman, H.E. Brandt, L. Deliens, A.L. Francke (2009) “Quality indicators for palliative care: a systematic review” *J Pain Symptom Manage*, 38, pp. 145–156
- Institute of Medicine (2001) “Committee on Quality of Health Care in America” Washington, DC
- Keay TJ, Fredman L, Taler GA, Datta S, Levenson SA. (1994) “Indicators of quality medical care for the terminally ill in nursing homes” *J Am Geriatr Soc*. Aug;42(8):853-60
- Lorenz KA, Dy SM, Naeim A, Walling AM, Sanati H, Smith P, Shanman R, Roth CP, Asch SM. (2009) “Quality measures for supportive cancer care: the Cancer Quality-ASSIST Project” *J Pain Symptom Manage*. Jun;37(6):943-64
- Maaik L. De Roo, Kathleen Leemans, Susanne J.J. Claessen, PhDa., Joachim Cohen, H. Roeline W. Pasman, Luc Deliens, Anneke L. Francke, RN (2013) “Quality Indicators for Palliative Care: Update of a Systematic Review” *Journal of Pain and Symptom Management* Volume 46, Issue 4, October, Pages 556–572
- Mainz Jan (2003) “Defining and classifying clinical indicators for quality improvement” *Int J Qual Health Care* 15 (6): 523-530.
- Mangione-Smith R, McGlynn EA. (1998) “Assessing the quality of health care provided to children” *Health Serv Res* 33:1063–1090.

- McGlynn EA. (1998) "The outcomes utility index: will outcomes data tell us what we want to know?" *Int J Qual Health Care* 10: 485–490.
- Miyashita M, Nakamura A, Morita T, Bito S. (2008) "Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified Delphi method in Japan" *Am J Hosp Palliat Care* Feb-Mar;25(1):33-8.
- Mularski RA, Curtis JR, Billings JA, Burt R, Byock I, Fuhrman C, Mosenthal AC, Medina J, Ray DE, Rubenfeld GD, Schneiderman LJ, Treece PD, Truog RD, Levy MM. (2006) "Proposed quality measures for palliative care in the critically ill: a consensus from the Robert Wood Johnson Foundation Critical Care Workgroup" *Crit Care Med.* Nov;34(11 Suppl):S404-11
- National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009) "Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care" USA
- National Quality Forum (2006) "National voluntary consensus standards for symptom management and end-of-life care in cancer patients" Washington DC, USA
- Nelson JE, Mulkerin CM, Adams LL, Pronovost PJ. (2006) "Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback" *Qual Saf Health Care* Aug;15(4):264-71
- Palmer RH, Reilly MC. (1979) "Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care" *Med Care* 17: 693–717.
- Peruselli C, Marinari M, Brivio B, Castagnini G, Cavana M, Centrone G, Magni C, Merlini M, Scaccabaro GL, Paci E. (1997) "Evaluating a home palliative care service: development of indicators for a continuous quality improvement program" *J Palliative Care* Autumn;13(3):34-42.
- Sarah Scobie, Richard Thomson, John J McNeil and Paddy A Phillips (2006) "Measurement of the safety and quality of health care" *Med J Aust* 184 (10): 51
- Schenck AP, Rokoske FS, Durham DD, Cagle JG, Hanson LC. (2010) "The PEACE Project: identification of quality measures for hospice and palliative care" *J Palliat Med.* Dec;13(12):1451-9.
- Twaddle ML, Maxwell TL, Cassel JB, Liao S, Coyne PJ, Usher BM, Amin A, Cuny J. (2007) "Palliative care benchmarks from academic medical centers" *J Palliat Med.* Feb;10(1):86-98
- van der Ploeg E, Depla ME, Shekelle P, Rigter H, Mackenbach JP.(2008) "Developing quality indicators for general practice care for vulnerable elders; transfer from US to The Netherlands" *Qual Saf Health Care* Aug;17(4):291-5.
- Varkey Prathibha (2010), Medical Quality Management, USA
- Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. (2004) "The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures" *Palliat Med.* Apr;18(3):202-16

Sivas Numune Hastanesi Nefroloji Polikliniğine Başvuran Evre 3-5 Kronik Böbrek Hastalığı Sürecindeki Hastaların Düşük Klirensli Hasta Takip Programına Alınmasının Evre 5 Son Dönem Böbrek Yetmezliğine Gidiş Süresinin Uzatılmasına Etkileri Ve Sosyal Güvenlik Kurumuna Maliyetinin Analizi

Mehmet BÜYÜKBAKKAL¹

Leyla TEMÜR²

Rukiye ERTÜMEN³

Özet

Kronik böbrek yetmezliği böbrek fonksiyonlarının geri dönüşsüz kaybının olduğu bir sendrom olarak bilinmektedir. Vücuttaki bir çok organ ve sistemi etkilemektedir. Gerek böbrek yetmezliğinin kendisi gerekse böbrek yetmezliğine neden olan hastalıklar yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Hastalar hastalığın ilerlemesi ile birlikte böbrek yerine koyma tedavisi olarak adlandırdığımız diyaliz ve böbrek nakline ihtiyaç duymaktadır. Bu durum yaşam kalitesini bozmakta ve tedavi maliyetlerini artırmaktadır. Gerek hastaların sağlıklarının korunması ve yaşam konforunun arttırılması, gerekse tedavi maliyetlerinin azaltılması açısından komorbid durumlar erken dönemde tedavi edilmelidir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında Düşük Klirensli Hasta Takip Programı (DKHTP) ile böbrek hastalığı progresyonunun yavaşlatılması ve komorbid hastalıkların oluşmadan tedavi edilmesi ile böbrek hastalarının yaşam konforunun arttırılması ve tedavi maliyetlerinin azaltılması planlanmaktadır.

Bu çalışmada nefroloji polikliniğine başvuran DKHTP'ndaki hastalardan 2 yıl boyunca takip edilen ve tedavisi düzenlenen evre 3-5 kronik böbrek hastalığı (KBH) olan 114 hasta ile 1 yıl içinde temelde kronik böbrek yetmezliği olan ve akut böbrek yetmezliği ile acile başvuran takipsiz 33 hastanın tedavi

¹ Sivas NumuneHastanesi, mbuyukbakkal@gmail.com

² Sivas Numune Hastanesi,leylatemurhan@hotmail.com

³ Sivas Numune Hastanesi,r_celik000@hotmail.com

maliyetleri karşılaştırılmıştır. DKHTP'da 24. ay sonunda elde ettiğimiz verileri değerlendirdiğimizde hastaların yaşam kalitesindeki iyileşmenin yanı sıra tedavi maliyetlerinde belirgin azalma olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca hastaların renal replasman ihtiyacının daha geç dönemde ortaya çıkması ile hasta başına yıllık 24.180 TL gibi ciddi bir maliyetten sakınıldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği 1, Düşük klirens 2, Maliyet Analizi 3

Abstract

Chronic renal failure is the irreversible loss of renal function is known as syndrome. Affects many organs and systems in the body. Requirement of renal failure and renal failure, which he and a high rate of morbidity and mortality from diseases causes. Patients with disease progression of renal replacement therapy, dialysis and kidney transplant, which we call needs. This condition impairs quality of life and cost of treatment is increasing. The need to protect the health of patients and to increase the comfort of living, both in terms of reducing the cost of treatment for comorbid conditions should be treated at an early stage. Preventive health care services under the Low Klirens Patient Tracking Program (DKHTP) and to slow the progression of kidney disease and comorbid diseases before they occur with treatment of patients with kidney disease to increase the comfort of living and reduce the cost of treatment is planned.

In this study, nephrology outpatient clinic DKHTP'n of the patients for 2 years followed and treatment organized stage 3-5 chronic kidney disease (CKD) of 114 patients with 1 year basis in chronic renal failure and acute renal failure and emergency applicant been followed 33 patients treated costs are compared. DKHTP' at the end of 24 months, we evaluate the data we have obtained an improvement in patient quality of life as well as a significant reduction in treatment costs can say that. In addition, patients need renal replacement later in the period with the emergence of a serious cost 24,180TL per year per patient were found to be avoided.

Key Words: Chronicrenalfailure, Lowclearance , Cost Analysis

1. Giriş

Kronik böbrek yetmezlikli hasta sayısındaki artış bu hasta grubuna özel ilgi göstermeyi gerektirmektedir. Diyalize giren hasta sayısı 2006 yılında yaklaşık 50.000 iken 2012 yılında yaklaşık 70.000 olmuştur. Ülkemizde yapılan CREDİT çalışmasından alınan projeksiyona göre 2015 yılında yaklaşık 100.000 olması

beklenmektedir. Buna göre 2015 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesinden 2,5 milyar dolar sadece diyaliz tedavisi için harcanacağı **öngörülmektedir. Bu nedenle nefroloji polikliniği olan sağlık kuruluşlarında** Düşük Klirensli Hasta Takip Programı (DKHTP) uygulaması ile böbrek hastalığı progresyonunun yavaşlatılması ve komorbid hastalıkların oluşmadan tedavi edilmesi ile böbrek hastalarının yaşam konforunun artırılması ve tedavi maliyetlerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

2. Genel Bilgiler

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen süregelen, ilerleyici ve geri dönüşsüz nefron kaybı ile karakterize olan bir nefrolojik sendromdur (Akpolat vd. , 1999:1).

Hastaların klinik semptom ve bulguları böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkilidir. Kronik böbrek yetmezliğinden etkilenmeyen organ veya sistem yok kabul edilebilir. Glomerüler filtrasyon değeri 35-50 ml/dakikanın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dakika olduğunda hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. Glomerüler filtrasyon değeri 5-10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliğinden bahsedilir (Jacobson, 1991:2) ve hastalar diyaliz, böbrek nakli gibi böbrek yerine koyma tedavilerine ihtiyaç duymaktadır.

Tablo 1. KBY Evreleri (Wyatt, 2007:3)

GFH	EVRE	KLİNİK
>90 ml/dk +risk faktörü	1	
60-89 ml/dk	2	
30-59 ml/dk	3	
15-29 ml/dk	4	Üremik Sendrom
<15 ml/dk	5	Üremik Sendrom

KBH ve kronik böbrek yetmezliği (KBY), dünyada yaygınlığı giderek artmakta olan mortalitesi ve morbiditesi birçok hastalıktan daha fazla saptanan bir hastalıktır. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda 5 yıllık mortalite %60'lara varmaktadır. Bunda hastalığın kendisi kadar, hastalığa bağlı olarak meydana

gelen komplikasyonların rolü yüksektir (Henry, 2002:4).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Komplikasyonları

Son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda (SDBH) kardiyovasküler hastalık (KVH) sıklığı yüksektir ve bu hastalardaki en önemli morbidite, mortalite nedenidir. Transplantasyon yapılmış hastalarda bile KVH'a bağlı mortalite %50'nin üzerindedir (Go, 2004:5).

Mortalite diyaliz hastalarında normal popülasyona göre 10-20 kat daha sıktır. Ateroskleroz dışında mortaliteyi etkileyen en önemli risk faktörleri artmış volüm yükü ve sol ventrikül hipertrofisidir (Krediet, 2010:6). KBY'de görülen anemi, sekonder hiperparatiroidi riski arttıran diğer faktörlerdir.

Glomerüler filtrasyon hızı (GFH)'nin <60 ml/dakika/1.73 m² olması kardiyovasküler ölüm (KVÖ) için risk faktörüdür ve KVÖ riski GFH 45 ml/dakika/1.73 m²'nin altına düştüğünde giderek artmaktadır (Anavekar, 2004:7). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde yapılan bir çalışmada azalmış kreatinin klirensinin uzun süreli mortalite ve yeni kardiyovasküler morbidite ile anlamlı derecede ilişkili olduğu ve bu ilişkinin yaş, cinsiyet, sigara, kan basıncı, lipidler gibi diğer etkenlerden bağımsız olduğu belirlenmiştir.

Kronik böbrek hastalığı ilerledikten ve kreatinin klirensi 60 ml/dk/m²'nin altına düştükten sonra böbrek yetersizliğine has kalsiyum/fosfat homeostazisi, sekonder hiperparatiroidi (Cozzolino, 2005:8) ve anemi (Strippoli, 2004:9) gibi ek risk faktörleri kardiyovasküler riski daha da artırmaktadır.

Böbrek yetmezliğinin erken evrelerinden itibaren anemi görülmektedir ve genellikle normokrom normositerdir. Anemi çoğunlukla hasarlı böbreklerden eritropoeitin üretiminde azalmaya; daha az sıklıkla dolaşımdaki eritropoezinhibitorlerine ve kısalmış eritrosit ömrüne bağlı olarak gelişmektedir. Üremi bütün sistemleri etkilemektedir ve üremik sendromda hematopoetik sistemle ilgili görülen diğer komplikasyonlar arasında en önemlisi hemostaz mekanizmalarındaki değişikliklerdir. Üremi, kanamaya yatkınlık ve hiperkoagulopatiye de yol açmaktadır.

Kronik böbrek yetmezliğinin erken dönemlerinden itibaren fonksiyonel nefron sayısındaki azalma ile birlikte fosfat retansiyonu ve böbrekte aktif hale gelen 1-alfa hidroksi vitamin D'nin azalması sonucu sekonder hiperparatiroidizm gelişir. Buna bağlı olarak da yüksek ve düşük döngülü kemik hastalığı, osteomalazi, kemiklerde kistleşmeler, fibrozis, metastatik kalsifikasyonlar ve spontan kırıklar görülebilir.

Gastrointestinal komplikasyonlar da kronik böbrek yetmezliğinde sık görülür ve bazen hastaların ilk şikayeti olabilir. İştahsızlık, bulantı, kusma, nefeste amonyak kokusu (üremik fetor), stomatit, gastrit, enterit, peptik ülser ve gastrointestinal

kanama üremide sık görülen problemlerdir.

Son dönem böbrek yetmezliğinde nörolojik anomalilere de sık rastlanır. Üreminin yol açtığı başlıca nörolojik bulgu ve şikayetler baş ağrısı, uyku bozuklukları, kas krampları, tremor, konvulziyonlar, stupor, koma, huzursuz bacak sendromu, periferik nöropati, otonomik nöropatiye bağlı ortostatik hipotansiyon ve impotans olarak sıralanabilir. Periferik nöropati oldukça sık görülür.

Bu komplikasyonlar dışında üremik hastalarda karbonhidrat intoleransı, hiperürisemi, hipertrigliseridemi, protein malnutrisyonu, büyüme-gelişme bozukluğu, infertilite, seksüel disfonksiyon, amenore gibi endokrin ve metabolik bozukluklar da görülür (Pisoni vd., 2004:10).

2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Yönetimi

Kronik böbrek yetmezliği seyrinde görülen komplikasyonlar hasta morbidite ve mortalitesini arttırmakta ve **yaşam kalitesini azaltmaktadır**. Bu durum hastanın hastaneye yatış sayısını ve süresini aynı zamanda da tedavi maliyetini arttırmaktadır. Özellikle Evre 3b kronik **böbrek** hastalığında ve daha ileri evrelerde görülen bu durumların henüz oluşmadan erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi hastanın yaşam konforunu arttırmakta, sağ kalım **süresini de** uzatmaktadır. Son dönem böbrek hastalığının tedavisi böbrek yerine koyma tedavisi olarak tanımlanan diyaliz tedavileri ve **böbrek naklidir. Bu tedaviler** hasta için zahmetli olmasının yanı sıra hastane bütçesi ve sosyal güvenlik kurumu için maliyeti yüksek uygulamalardır. Yapılan bir çalışmada hemodiyaliz tedavisinin yıllık maliyeti yaklaşık 25.000 USD bulunmuştur (Utaş, 2007:11). Dolayısıyla bu süreç ne kadar iyi yönetilirse kronik böbrek hastalığının progresyonunu hızlandıran faktörler o kadar iyi ekarte edilecek, son dönem böbrek hastalığına gidiş **süresi** uzayacak ve tedavi maliyetleri de azalacaktır.

2.4. Kronik Böbrek Yetmezliğine Yaklaşım

Kronik böbrek yetmezliği sürecindeki bir hastaya klinik yaklaşım aşağıdaki unsurları kapsamalıdır:

- Böbreklerin fonksiyonel rezervini doğru bir şekilde saptamak
- Fonksiyonel kapasiteyi düşüren reversible (geri dönüşebilir) faktörlerin düzeltilmesi
- İlerlemenin durdurulması veya yavaşlatılması
- Üremik komplikasyonların önlenmesi ve tedavisiyle yaşam süresi ve kalitesinin artırılması
- Altta yatan hastalığın tedavisi

Kronik böbrek yetmezliğinin ilerlemesini önlemek için primer hastalığın tedavisi yanı sıra alınabilecek genel önlemler de tanımlanmıştır. Bunların başında diyetin protein içeriğinin kısıtlanması gelmektedir. Ancak bu konu son yıllarda üzerinde en çok tartışılan konulardan birisidir. Klinik çalışmalar başta diyabetikler olmak üzere kronik böbrek yetmezliği sürecindeki hastalarda düşük proteinli diyetin yararını göstermiştir. Kronik böbrek yetmezliği sürecindeki hastalara fazla protein verilmesi, glomerüloskleroza hızlandırır ve üremik semptomların ortaya çıkmasına neden olabilir. Erişkin tip polikistik böbrek hastalığı olan hastalarda protein kısıtlamasının yararı tartışmalıdır. Kreatinin klirensi 70-25 ml/dk arasında olan erken dönem hastalarına günlük 0.6-0.8 g/kg, en az % 75'i yüksek değerlikli protein içeren 35 kcal/kg/gün enerji veren düşük proteinli diyet tavsiye edilmektedir. Hızlı progresyon gösteren erken dönem hastalarına ve kreatinin klirensi <25 ml/dk olanlara 0.3-0.4 g/kg protein içeren çok düşük proteinli diyet verilebilir. Ancak çok düşük protein verilen hastaların esansiyel amino asit veya bunların azot içermeyen ketoanalogları ile desteklenmeleri gerekir. Diyalize girmeyen son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda da günlük protein alımı 0.3-0.4 g/kg'a indirilebilir ancak bu durumda da esansiyel amino asit desteği gereklidir.

İlerleyici nefron kaybını önlemede üzerinde durulan diğer faktörler kan basıncı kontrolü ve

hiperlipideminin düzeltilmesidir. Kronik böbrek yetmezliği sürecindeki hastalarda kan basıncı 130/85 mmHg'nın altında tutulmalıdır. Böbrek yetmezliği olan hastalarda proteinüri günde 1 gramdan fazla ise hedef kan basıncı 125/75 mmHg ve 1 gramdan az ise hedef kan basıncı 130/85 mmHg olmalıdır. Klinik çalışmalar anjiyotensinonverting enzim inhibitörü ilaçların ek avantajlar sağladığını göstermiştir. Bu grup ilaçlar glomerül içi basıncı ve proteinüriyi azaltırlar. Kontrendikasyon yoksa özellikle erken dönem hastalarında anjiyotensinonverting enzim inhibitörleri tercih edilmelidir. Geç dönemdeki hastalarda (kreatininklirensi<25ml/dk) ise glomerüler filtrasyon değerinde ani düşme ve hiperkalemi görülebileceği için yakın izlem ile kullanılmalıdır.

Tedavide temel amaç sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması ve korunması olmalıdır. Akciğerler, dışkı ve ter ile de günde yaklaşık 1 litre sıvı kaybedilir. Hastalara solüt birikimini önlemek için günde en az 3 litre sıvı verilmelidir. Ödem, kalp yetmezliği veya kontrolsüz hipertansiyon dışında son dönem böbrek yetmezliği dönemine kadar tuz kısıtlamasına gerek yoktur (Akpolat vd., 1999:1).

Kronik böbrek yetmezliği seyrinde görülen tıbbi tedavideki güçlükler, tedavinin uzun sürmesi, prognozun kötü olması, sürekli ölüm tehdidi ve hastaların ruhsal yapılarında yol açtığı bozukluklar gibi etkenlerden

dolayı en zorlu hastalıklardan biridir (Gökçakan, 1988:68). Kronik böbrek yetmezliği hastalığı sonucu ortaya çıkan psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların çözülmesi için psikolojik ve sosyal destek gerekir.

2.5. Düşük Klirensli Hasta Takip Programı (DKHTP)

Kronik böbrek hastalarında; böbrek hastalığı etyolojisinde yer alan diyabet ve hipertansiyon zaten kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar gibi yüksek morbidite ve mortaliteye neden olur. Ayrıca kronik böbrek hastalığı izleminde görülen kemik-mineral bozuklukları, anemi, beslenme problemleri hastalar tedavisiz kaldığında hastaların komorbiditelerini artırır.

Gerek hastaların sağlıklarının korunması ve yaşam konforunun artırılması, gerekse tedavi maliyetlerinin azaltılması açısından komorbid durumlar erken dönemde tedavi edilmelidir.

Yurt dışındaki benzer örneklerde de olduğu gibi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında Düşük Klirensli Hasta Takip Programı (DKHTP) ile böbrek hastalığı progresyonunun yavaşlatılması ve komorbid hastalıkların oluşmadan tedavisi ile böbrek hastalarının yaşam konforunun artırılması ve tedavi maliyetlerinin azaltılması planlanmaktadır.

2.6. DKHTP Eğitiminin Amaçları

- Hastaların diyet ve tedaviye uyumunu artırarak; böbrek yetmezliğini erken bir evrede yakalayarak, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak ve böbrek hastalığı seyrinde görülebilecek komorbid hastalıkların oluşmadan engellenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması.
- Böbrek nakli, periton diyalizi veya hemodiyaliz tedavi yöntemlerinden hastanın bünyesine en uyumlu olanının seçilmesine yardımcı olmak.
- Tedavi seçeneklerini erken dönemde planlayarak, hastane ve SGK'ya tedavi maliyetlerini azaltabilmek.

2.7. DKHTP Ekibi

Hastanemiz nefroloji polikliniğine başvuran hastalar; nefrolog, nefroloji hemşiresi, diyetisyen ve psikologdan oluşan bir ekip kontrolünde, bire bir takip edilmektedir. Hasta ve hasta yakınları hastalığın evresine göre 20-30 dakikalık seanslardan oluşan eğitim programına alınmaktadır.

2.8. Hasta Takibi

Hastanemiz nefroloji polikliniğine başvuran ve glomerüler filtrasyon hızı (GFH)'nın <60 ml/dakikanın altında olan hastalar DKHTP'na alınmaktadır. Hasta

ve hasta yakınları, ihtiyaçlarına göre düzenli olarak aylık doktor kontrolünden geçmektedir. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarına tedavileri, böbrek yetmezliğine yönelik beslenme presnisipleri, komorbid hastalıklar açısından takipleri ve uygun renal replasman tedavileri konularında DKHTP ekibi tarafından eğitimler verilmektedir.

3. Gereç Ve Yöntemler

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, böbreklerin fonksiyonel rezervinin doğru bir şekilde saptanıp, fonksiyonel kapasiteyi düşüren reversible (geri dönüşebilir) faktörlerin düzeltilmesi, ilerlemenin durdurulması veya yavaşlatılması, üremik komplikasyonların önlenmesi ve tedavisiyle yaşam süre ve kalitesinin artırılması, altta yatan hastalığın tedavisi ile hastaların olası tedavi seçeneğini erken dönemde planlayarak, hastane bütçesine ve SGK'ya tedavi maliyetlerinin azaltılabilir olduğunu saptamak amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Süreci

Bu çalışma, DKHTP'na kabul edilmiş glomerüler filtrasyon hızı (GFH)'nın <60 ml/dakikanın altında olan takipli 235 hastadan en fazla 24 ay en az 9 ay takip edilmiş 114 hasta ile, bir yıl içinde temelde kronik böbrek yetmezliği olan ve akut böbrek yetmezliği ile acile başvuran 33 takipsiz hasta arasından yapılmıştır. Hasta verileri için hastanede kullanılan hasta otomasyon programı, gfr hesaplamaları içinde MDRD (Modification of Diet in Renal Diseases Study) formülü kullanılmıştır. Elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 20.0 paket istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.3. Bilimsel İlkelere Uygunluğu

Çalışma bilimsel ilkeler göz önüne alınarak hazırlanmıştır.

3.4. Kurum ve Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

Nefroloji kliniği olan tüm kurumlarda uygulanabilirliği sağlanabilecek bir uygulama olarak değerlendirilmiştir.

3.5. Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkileri

Yapılan bu çalışma ile nefroloji polikliniği olan kurumlarda kronik böbrek yetmezliği olan hastaların DKHTP'na alınarak; erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, son dönem böbrek yetmezliğine geçiş sürecinin uzatılması planlanmaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve daha düşük maliyetle sunulmasının hastane bütçesine ve SGK'na

olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

3.6. Araştırmanın Bütçesi ve Finansmanı

Araştırmada finansman olarak ek bir maliyet gereksinimi duyulmamıştır.

4. Bulgular

DKHTP kapsamında 2 yıl takip edilen evre 3-5 KBH'lı 114 hasta ve takipsiz olup Nefroloji servisinde yatarak tedavi gören evre 3-5 KBH'lı 33 hasta bu çalışmaya alınmıştır.

Tablo 2. Cinsiyet Durumu

Hasta Grubu	Cinsiyet (erkek/kadın)
DKHTP	61/53
Takipsiz	15/18

Tablo 2'ye göre DKHTP'ndaki 114 hastanın 61'inin erkek, 53'ünün kadın olduğu; takipsiz 33 hastanın ise 15'inin erkek, 18'inin kadın olduğu görülmüştür. İstatistiksel açıdan cinsiyet faktörü ile KBY arasındaki ilişki çok anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 3. Yaş Grubu

Yaş Grubu	DKHTP	Takipsiz
<55	21(%18)	3(%9)
55-70	49(%43)	18(%54)
>70	44(%38)	12 (%36)

Tablo 3'e göre DKHTP'daki hastaların yaş grubuna bakıldığında her iki grupta da 55-70 yaş arası hasta sayısının daha fazla olduğu, ikinci sırada ise 70 yaş üzeri hasta sayısının fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 4. KBY Etiyolojisi

Etiyoloji	DKHTP	Takipsiz
DM	28	8
HT	60	24
PKBH	12	1
FMF	2	-
Diğer	12	-

Tablo 4'e bakıldığında takipli hastaların 60'ının KBH etyoloji nedeni HT(hipertansiyon), 28'inin DM(diabetes mellitus), 12'sinin PKBH(polikistik böbrek hastalığı), 2'sinin FME, 12'sinin KBH etyolojisinin nedeni bu faktörlerin dışında diğer nedenler olduğu görülürken, takipsiz hastaların KBH etyolojisinin nedeni 8 hastada DM, 24'ü HT, 1'i PKBH olduğu görülmüştür. İstatistiksel açıdan bakıldığında KBH etyolojisinde ilk sırada HT hastalığının yer aldığı, bunu DM hastalığının takip ettiği görülmektedir.

Tablo 5. DM Durumu

	DKHTP	Takipsiz
Regüle	19 (%16,7)	6 (%18,2)
Yüksek	11 (%9,6)	4 (%12,1)
Kontrolsüz	-	5 (%15,2)
Non-DM	84 (%73,7)	18 (%54,5)

Tablo 5'te hastaların DM durumuna bakıldığında 114 takipli hastadan 84(%73,7)'ünde DM olmadığı, DM olan hastalardan 19(%16,7)'unun kan şekerinin regüle, 11(%9,6)'inin kan şekerinin kontrolsüz olduğu görülmektedir. Takipsiz hasta grubunda ise 15(%45,5) hastanın diyabetik, 18(%54,5) hastanın non-diyabetik olduğu görülmüştür. 15(%45,5) diyabetik hastanın 6(%18,2)'sının kan şekerinin regüle olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Kan Basıncı Durumu

	DKHTP	Takipsiz
Regüle	73 (% 64)	12 (% 36,4)
Yüksek	37 (% 32,5)	18 (% 54,5)
Kontrolsüz	4 (%3,5)	3 (% 9,1)

Tablo 6. İncelendiğinde DKHTP'daki hastaların 73(% 64)'ünün kan basıncının regüle olduğu, 41(%36)'inin kan basıncı regülasyonun yetersiz olduğu görülmektedir. Takipsiz hastaların 12(% 36,4)'sinin kan basıncının regüle olduğu, 21(%63,6)'inin kan basıncı regülasyonu yetersiz olduğu görülmektedir. Bu analizden yola çıkarak takipli hastaların kan basıncı düzeyinin takipsiz hastalara göre daha regüle seyrettiğini söyleyebiliriz.

Tablo 7. Proteinüri Durumu

Proteinüri varlığı	DKHTP	Takipsiz
>1 gram	55	21
<1 gram	59	12

Tablo 7'ye bakıldığında takipli 114 hastanın 55'inin proteinürisi 1 gram/gün üzerinde olduğu, 59 hastanın proteinürisi 1gr/günün altında olduğu görülmektedir. Takipsiz hastalardan 21'inin proteinürisi 1 gr/gün üzerinde, 12'sinin ise proteinürisi 1 gr/günün altında olduğu görülmektedir. İstatistiksel açıdan bakıldığında takipli hastalarda proteinüri varlığı çok anlamlı bir sonuç vermezken, takipsiz hastalarda yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 8. Hastaneye Yatış Süresi

	DKHTP	Takipsiz
Hastanede Ortalama Yatış Süresi	7,53 ± 5,80	22,2 ± 11,76
Yatan Hasta Sayısı/Toplam	43/114	25/33

DKHTP'daki 114 hastanın 71'inin 2 yıllık takip boyunca hastaneye yatışı gerekmezken, 31 hasta bir kez, 13 hasta 2 kez hastaneye yatmak durumunda kalmıştır. Hastaneye yatan 43 hastanın ortalama yatış süresi 7,53±5,80 gün olduğu görülmüştür. takipsiz 33 hastanın 8'inin hastaneye yatışı olmazken, 11 hastanın bir kez, 6 hastanın iki kez, 7 hastanın üç kez, bir hastanın 4 kez hospitalizasyonu gerekmiştir. Hastaneye yatan takipsiz 25 hastanın ortalama yatış süresi 22,2±11,76 gün olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular ışığında DKHTP'nın hastaneye yatış sayısını ve süresini azaltarak olumlu yönde etkilediği sonucuna varabiliriz.

Tablo 9. Maliyet Durumu

	DKHTP	Takipsiz
2 Yıllık Toplam Maliyet	1474,47± 636,54 TL	3147,75±1754,06 TL
Yıllık Toplam Maliyet	737,23 ± 318,27 TL	1573,87± 877,03 TL

Tablo 9. İncelendiğinde takipli hastaların son 2 yıldaki toplam maliyetinin 1474,47± 636,54 TL, yıllık maliyetinin 737,23 ± 318,27 TL olduğu görülmektedir. Takipsiz hastaların ise son 2 yıldaki toplam maliyetinin 3147,75±1754,06 TL, yıllık maliyetinin 1573,87± 877,03 TL olduğu görülmektedir. Bu analizden yola çıkarak takipli hastaların hastane bütçesine ve SGK'ya maliyetinin takipsiz hastalara göre yaklaşık %50 oranında daha düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 10. Glomerüler Filtrasyon Oranı (GFR) Durumu

Hasta Grubu	Başlangıç GFR	Son GFR	Aylık GFR Kaybı
DKHTP	25,73 ± 7,02	23,63 ± 8,46	0,15 ± 0,19
Takipsiz	31,54 ± 12,09	8,03 ± 5,11	0,87 ± 0,85
Toplam	26,97 ± 8,50	20,12 ± 10,18	0,31 ± 0,52

Tablo 10'a göre çalışmaya dahil edilen takipli ve takipsiz 147 hastanın KBH tanı anındaki ortalama GFR'si $26,97 \pm 8,50$ ml/dk ., DKHTP'daki hastalarda ortalama aylık GFR kaybı $0,15 \pm 0,19$ ml/dk, takip programı dışındaki hastalarda ortalama aylık GFR kaybı $0,87 \pm 0,85$ ml/dk olarak hesaplanmıştır. Renal replasman zamanı olarak GFR'nin yaklaşık 10 ml/dk'ya düşüşünü baz aldığımızda ($26,97 - 10 = 16,97$) DKHTP'daki hastaların renalreplasman ihtiyacı gelişmesi için gereken yaklaşık süre ($16,97/0,15 = 113,1$) 113,1 ay iken, takipsiz hastalarda gereken süre ($16,97/0,87 = 19,50$) 19,50 ay olarak tespit edilmiştir. Her iki gruptaki diyaliz zamanına kadar geçen ortalama süre farkı ($113,1 - 19,50/12 = 7,8$ yıl) 7,8 yıl olarak bulunmuştur. Diyalize giren kronik böbrek yetmezlikli hastaların sadece diyaliz seans ücretlerinin yıllık maliyetinin ($156 \times 155 \text{ TL} = 24180 \text{ TL}$) 24.180 TL olduğu düşünüldüğünde ($7,8 \times 24180 = 188.604$) hasta başına ortalama 188.604 TL maliyetten sakınıldığını söyleyebiliriz.

5. Sonuçlar Ve Öğrenilen Dersler

Sivas Numune Hastanesi nefroloji polikliniği bünyesinde oluşturulan DKHTP'na alınan evre 3-5 kronik böbrek hastalığı olan ve **2 yıl boyunca takip edilen hastalarla takipsiz hastalar arasında yapılan araştırma sonuçlarımıza göre** takipli hasta grubunda hastaneye yatış sayısı ve yatış süresinin takipsiz hasta grubuna göre belirgin olarak daha az olduğu tespit edilmiştir. Takipli bir hastanın yıllık maliyetinin ortalama $737,23 \pm 318,27$ TL olduğu, takipsiz bir hastanın yıllık maliyetinin ise ortalama $1573,87 \pm 877,03$ TL olduğu görülmüştür. Yine takipli hastalardan hastaneye yatan 43 hastanın ortalama yatış süresi $7,53 \pm 5,80$ günken, hastaneye yatan takipsiz 25 hastanın ortalama yatış süresinin $22,2 \pm 11,76$ gün olduğu görülmüştür. Takipli hasta grubunda diyalize başlama zamanı diğer gruba göre anlamlı **şekilde** daha geçken, tedavi maliyetlerinin de daha düşük olduğu tespit edilmiştir. DKHTP'daki hastalarda renal replasmana kadar geçen sürenin yaklaşık 113,1 ay olduğu, takipsiz hastalarda bu sürenin yaklaşık 19,5 ay olduğu elde edilen bir diğer önemli sonuçtur.

DKHTP'da 24. ay sonunda elde ettiğimiz verileri değerlendirdiğimizde hastaların

yaşam kalitesindeki iyileşmenin yanı sıra tedavi maliyetlerinde belirgin azalma olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların renal replasman ihtiyacının daha geç dönemde ortaya çıkması ile hasta başına yıllık 24.180 TL gibi daha büyük bir maliyetten sakınılmıştır.

Elde ettiğimiz bulgular ışığında hastaların yaşam kalitesini arttırmak ve tedavi maliyetlerini azaltmak için Nefroloji kliniği olan hastanelerde, hastaların düzenli aralıklarla daha yakın takip edildiği ve tedavilerinin düzenlendiği **Düşük Klirensli Hasta Takip Programlarının** oluşturulmasını önermekteyiz.

Kaynaklar

- Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. (1999) Nefroloji El Kitabı, 2. Baskı:5. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 1999.
- Jacobson HR. ChronicRenalFailure: Pathophysiology. Lancet 1991; 338: 419-423.
- Wyatt C. Reporting of Estimated GFR in the Primary Care Clinic. Am J Kidney Dis 2007;49(5):83 – 88.
- Henry, R. M., ve ark. Mild Renal İnsufficiency is Associated With Increased Cardiovascular Mortality: The Hoorn Study. Kidney Int, 2002; 62: 1402-1407.
- Go AS, Chertow GM, Fan D,Mc Culloch CE, Hsu CY. Chronic Kidney Disease And The Risks of Death, Cardiovascular Events, and Hospitalization. N Engl J Med. 2004 Sep 23;351(13):1296-1305.
- Krediet, R. T. & Balafa, O. Cardiovascular Risk in The Peritoneal Dialysis Patient. Nat. Rev. Nephrol, 2010; 6. 451-60.
- Anavekar, N. S. ve ark. Relation Between Renal Dysfunction and Cardiovascular Outcomes Aftermyocardialinfaction. N. Engl. J. Med, 2004; 351: 1285-1295.
- Cozzolino M, Brancaccio D, GallieniM, ve ark. Pathogenesis of Vascular Calcification in Chronic Kidney Disease. KidneyInt 2005; 68: 429-436.
- Strippoli GF, Craig JC, Manno, ve ark. Hemoglobin TargetsfortheAnemia of ChronicKidneyDisease: a Meta-Analysis of Randomized ControlledTrials. J AmSocNephrol 2004; 15: 3154-3165.
- Pisoni R. And Remuzzi G. Pathophysiologyand Management of Progressive Chronic Renal Failure. Primer on Kidney J.Diseases- 3 rd Edition., 2001, NKF. Chapter 58: 385-396.
- Utas C. Diyaliz Uygulamalarında Maliyet Analizi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2007;16 (Ek/supplement 2)73-76.
- Gökçakan Zafer. “Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları İçin Yeni Bir Alan Olarak Hemodializ Üniteleri”,H.Ü.Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi,8 , 1-2-3 : 1988:68.

İzmir İli Hastanelerinde 2006-2014 Tarihleri Arasında Hasta Güvenliği Kültüründeki Değişimin Analizi

Ali ÇAKIR¹

Akif ÇİMEN²

Öznur KOÇ DÖRTTEPE³

Şeyda SEREN İNTEPELER⁴

Bediha TÜRKYILMAZ⁵

Özet

Günümüzün en karmaşık yapıdaki işletmeleri olan hastanelerde sunulan hizmet yüksek güvenilirliğe sahip olmalıdır. Hastane yönetim sisteminin 'sıfır hata' odaklı geliştirilmesi için, içinde bulunulan kurum kültürü, organizasyon yapısı ve yönetim anlayışının hasta güvenliği çerçevesinde oluşturulması gerekmektedir. Hasta güvenliği çalışmaları ancak güvenlik kültürü kurum kültürünün bir parçası olduğunda mümkün olabilecektir.

Bu çalışmanın amacı, geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmış bir ölçüm aracı ile hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşumunda ve gelişiminde rol oynayan faktörlerin belirlenip, sağlık yöneticilerinin güvenlik kültürü politikalarını belirlemelerinde dikkat edecekleri hususları saptamalarına yardımcı olmaktır.

Bu amaçla Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı'nın (AHRQ) hasta güvenliği kültürüne yönelik olarak geliştirdiği, geçerliliği ve güvenilirliği önceden test edilmiş olan bir anket ile basit şans örneklemesine bağlı olarak veri toplanmış ve analiz edilmiştir. İzmir ilindeki hastanelerde 2006 ve 2014 yıllarında yapılan araştırma sonuçlarına göre hasta güvenliği kültürü oluşmasına yönelik olarak çalışanların ve hastane yönetiminin tutumları yıllara göre anlamlı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Tıbbi Hata,

1 İzmir İl Sağlık Müdürlüğü,alicakir76@hotmail.com

2 İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, akicimen@yahoo.com

3 İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, oznur_koc@hotmail.com

4 Dokuz Eylül Üniversitesi,seydaseren@gmail.com

5 İzmir İl Sağlık Müdürü,mudur@ism.gov.tr

Abstract

The service of hospitals must have high safety in which has got the most complicated administrating. For developing of the hospital management system like 'zero error', organizational culture which is located in, must constitute about organization construction and management comprehension. The patient safety barely be possible when it is an item of organizational culture, safety culture.

Aim of this study, determine with a measurement tool that validity and reliability have been provided the factors that play a role in the formation and development of the patient safety culture in hospitals and help to identify important points to health care manager in determining safety culture policy.

For this purpose used a questionnaire which validity and reliability previously tested and developed by The Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) for the culture of patient safety. Data were collected analyzed with simple chance sampling. According to research results in Izmir's hospitals, there is statistical significance between attitudes of employees and hospital management according to 2006 and 2014 years from the standpoint of the patient safety culture,

Key Words: Patient Safety, Patient Safety Culture, Medical Error.

1.Giriş

Hasta güvenliği son yıllarda sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi kapsamında ele alınan güncel ve önemli konulardan biridir (İntepeler ve Dursun, 2012:129; Hakverdioğlu Yönt, 2011:77; Tütüncü vd., 2007:519). Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır ve nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır (Şen vd., 2009:24; Yıldırım, 2005:34; Alp, 2011:1).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında yayınlanan Institute of Medicine raporuna göre, bu ülkedeki hastanelerde her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Kohn vd., 2000). Hata yapmak insanın doğasının gereğidir ve bu değiştirilemez. Ancak insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir (Tütüncü vd., 2007:523; Alp, 2011:1). Temel hedef, hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Akalın, 2005:141).

Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için, içinde bulunulan kurum kültürü, kurum yapısı, kurumsal iletişim kanalları, yönetim anlayışının

“hasta güvenliği” kavramı çerçevesinde oluşturulması ve çalıştırılması gerekmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları hayata geçirmek ve kurum kültürünün bir parçası haline getirmek ancak hasta güvenliğinin stratejik hedef olarak konulması ve sürekli eğitimlerle desteklenmesi ile mümkündür (Yıldırım, 2005:36).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün yaratılmasında en temel koşullardan birisi, karşılıklı güvene dayanan kurumsal iletişim, hasta güvenliğinin öneminin çalışanlarca benimsenmesi ve kurumsal öğrenme, hasta güvenliğine yönelik uygulamalara aktif katılımın sağlanmasıdır. Güçlü bir hasta güvenliği kültürü tıbbi hataları en aza indirgeyebilir (Alp, 2011:5). Bu aşamada hastane yönetimine ve liderlere ciddi görevler düşmektedir (Akgün ve Al-Assaf, 2007:44).

Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için, öncelikle liderlerin bu konuyu benimsemeleri gereklidir. Bu kültüre sahip olan liderlerin göstermesi gereken davranışlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir: hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunu ilan etmesi, hasta güvenliği konusunda çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimi teşvik etmesi, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden hataları önleme ve azaltma konusunda sorumluluk devretmesi, hasta güvenliği için kaynak ayırması ve tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitilmelerinin sağlanarak öğrenen bir kurum yaratılması (Pronovost, 2004:59-68; İntepeler ve Dursun, 2012:133).

Ancak liderler sadece tepe yöneticiler düşünülmemelidir. Bu nedenle güvenli bakım için doğrudan hasta bakımından sorumlu sağlık çalışanları, özellikle de hemşirelerin hepsi birer lider olmak zorundadır. Hasta güvenliğini tehdit eden uygulamalara ilişkin alınabilecek önlemlerle ilgili sağlık sistemine, sağlık kuruluşlarına, başta hekimler ve hemşireler olmak üzere sektörün tüm çalışanlarına ve hastalara düşen görevler bulunmaktadır (Akalin ve Çakmakçı; 2010:33; İntepeler ve Dursun, 2012:130).

Güvenli sistemlere geçişteki en önemli değişim, hatalardan öğrenme ve güvenliği geliştirmek için kişilerin suçlanmasından ziyade bunun bir fırsat olduğu inancının organizasyon çalışanları tarafından benimsenmesidir. Geliştirilen hata raporlama sistemi, hastaneler için önemli bir niteliksel bilgi kaynağıdır ve kişiye değil sisteme odaklanılmasını sağlayarak hastanelerde kurumsal bir öğrenme sürecinin oluşturulmasını sağlar (Altındış, 2010:19; İstanbullu vd., 2012:3).

Kurumsal güvenlik kültürünün oluşması ve etkinliği için amaca yönelik planlamanın, sürekliliğin ve etkinliğin sağlanmasında en önemli destek yönetimin güvenliğe inancı ve taahhüdü olacaktır (Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı da sağlık hizmetlerinin

kalitesinin artırılması ve hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulmasına yönelik olarak bir takım mevzuatlar yayınlamıştır. Bu kapsamda 2005 ve 2006 yıllarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergeleri yayınlanmıştır. Bu yönergeler ile getirilen kalite kriterleriyle hizmet alt yapısı ve süreçlerin değerlendirilmesi sistemi hayata geçirilmiştir. 2007 yılında yapılan revizyon ile altyapı değerlendirmelerinden hasta ve çalışan güvenliği odaklı bir değerlendirmeye yönelik adımlar atılmıştır.

Hizmet Kalite Standartlarının yanı sıra hasta ve çalışan güvenliği ilk kez bir mevzuatın isminde yer alarak “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” adıyla 2009 yılında yayınlanmıştır. Daha sonra bu tebliğ içeriğinde iyileştirmeler yapılarak, tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemek amacıyla “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır.

Öncelikle Sağlık Bakanlığına ait kurum ve kuruluşlarda hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik olarak hazırlanan bu mevzuatlar 2009 yılında özel hastaneleri ve üniversite hastanelerini de kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmiştir.

663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu 19 Mart 2012 tarihinden itibaren Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin varlığı sona ermiş ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur. 2013 yılında da sağlıkta kalite ve hasta güvenliği adına yayımlanan tüm mevzuatlar yürürlükten kaldırılarak “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” adı altında birleştirilmiştir(www.kalite.saglik.gov.tr, Erişim: 06.08.2014)

2. Araştırmanın Önemi Ve Amacı

Toplumların gelişmişlik göstergelerinin en önemlilerinden birisi de sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Bu nedenle bu hizmetler “güvenli” olmalıdır. Sanayi işletmelerinde yönetimdeki yanlış kararlar, en kötü ihtimalle üretimde azalma veya

maddi zarar ile sonuçlanırken, sağlık kuruluşları yönetimindeki kararlar toplumun sağlık düzeyinde bozulma ve insan hayatının kalitesinde azalma ile neticelenebilmektedir.

Hastane yönetim sisteminde kurum kültürü, kalite kültürü ve hasta güvenliği kültürünün oluşması birbirini tamamlayıcı birer unsurdur. Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için, içinde bulunulan kurum kültürü, organizasyon yapısı ve yönetim anlayışının hasta güvenliği çerçevesinde oluşturulması gerekmektedir. Hasta güvenliği çalışmaları ancak güvenlik kültürünün kurum kültürü ve kalite kültürünün parçası olduğunda mümkün olabilecektir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, her aşamada birçok riskin bulunabilmesi nedeniyle, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi, sağlık hizmeti sunan işletmelerin başarısında oldukça önemli hale gelmiştir. Bu nedenle hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık kurumlarında daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Bu çalışmada, hasta güvenliği ile ilgili temel kavramlar ele alınarak, İzmir ilindeki hastanelerde 2006 ve 2014 yıllarında yapılan araştırma ile hasta güvenliği kültürü oluşmasına yönelik olarak çalışanların ve hastane yönetiminin tutumları ve yıllara göre farklılıkları belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın öncelikli amacı, geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmış bir ölçüm aracı ile hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşumunda ve gelişiminde rol oynayan faktörlerin belirlenip, sağlık yöneticilerinin güvenlik kültürü politikalarını belirlemelerinde dikkat edecekleri hususları saptamalarına yardımcı olmaktır.

3.Araştırmanın Sağlıkta Kalite Standartları İle İlişkisi

SHKS beş boyuttan oluşan bir değerlendirme modelidir. Yatay boyutta yer alan Hasta Ve Çalışan Güvenliği diğer dört dikey boyutta da değerlendirilmektedir. Bu nedenle Sağlıkta Hizmet Kalite Standartlarının en önemli boyutunu hasta ve çalışan güvenliği kriterleri oluşturmaktadır. Araştırma hastanelerdeki hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi üzerine kurgulanmıştır. Bu yönüyle başta hasta ve çalışan güvenliği standartları olmak üzere tüm hizmet kalite standartlarıyla ilişkilidir.

Araştırmanın ilk bölümünün Bakanlıkça hizmet kalite standartları yayınlanmadan ve hasta güvenliği uygulamalarının henüz yeterince yapılmadığı bir dönemde yapılmış olması, aradan geçen 8 yılda hizmet kalite standartlarının etkisinin diğer değişkenlerden bağımsız olarak değerlendirilebilmesi fırsatı sunmaktadır.

4. Araştırmanın Süreci

4.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma İzmir ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde 2006 ve 2014 yıllarında basit şans örneklemesine bağlı olarak yapılmıştır. Araştırmada kullanılan anket ilk olarak Ekim 2006-Ocak 2007 tarihleri arasında 2 Eğitim ve Araştırma Hastanesi(E.A.H), 2 Dal hastanesi ve 2 ilçe devlet hastanesi olmak üzere kamuya bağlı 6 hastanede yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde bu hastanelerde yaklaşık 2300 personel görev yapmaktadır. Hastanelerin kalite birimlerinin desteğiyle dağıtılan anketlerden 803 tanesi geri dönmüştür(geri dönüş oranı %35). Anket çalışmasına hastanelerde sağlık hizmetleri ve idari hizmetler sınıfı olmak üzere tüm personel dâhil edilmiştir.

2014 yılında 07-25 Temmuz tarihleri arasında aynı anket formu yine aynı hastanelerdeki personellere dağıtılmıştır. Aradan geçen sürede bir dal hastanesinin kapatılarak başka bir hastane ile birleştirilmiştir. Birleştirilen EAH de araştırma kapsamında olan hastanelerden birisi olmasına rağmen, hastanenin fiziksel olarak aynı yerde hizmet vermemesi, çalışanlarının ayrılması ve yöneticilerinin de birleşmeden dolayı ayrılması nedeniyle, 2006 yılında bu hastanede yapılan anketler de değerlendirmeye alınmamıştır. Bu nedenle 2006 yılında yapılan anketlerin 662 si değerlendirmeye alınmıştır. 2014 yılında dağıtılan anketlerin 843 tanesi geri dönmüştür.

4.2. Veri Toplama ve Ölçüm Aracı

Alan araştırmasında, yazından elde edilen bilgiler ışığında oluşturulan yapılandırılmış anket tekniği kullanılmıştır. Hasta güvenliği kültürünün ölçülmesine yönelik birçok teknik geliştirilmiş olmakla birlikte, araştırmada Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından hazırlanan anket kullanılmıştır. AHRQ tarafından hazırlanan bu anketin geçerliliği ve güvenilirliği A.B.D'de kanıtlanmıştır. Bu araç, genel olarak tüm hastanenin ya da hastane içindeki herhangi bir birimde güvenlik kültürünün ölçülmesinde kullanılmaktadır. Ankette 5'li likert ölçeğine göre hazırlanmış hasta güvenliğine yönelik 38 soru ve 7 demografik seçenek bulunmaktadır. Seçenekler olumsuzdan olumluya doğru 1-5 arası puanlama sistemiyle sıralı olarak değerlendirilmiştir. Hasta Güvenliğine yönelik değişkenlerden 12,13,21,22,23,25,32,33,34,35. sorular reverse sorular olup, analiz aşamasında recode yapılmıştır.

Elde edilen veriler Veriler SPSS programı ile Cronbach $\alpha = .93$ güven aralığında analiz edilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik testleri, tanımlayıcı istatistikler yapılmış, veriler ayrıca çıkarımsal istatistik bazında ele alınmıştır. Bu bağlamda, ki-kare, korelasyon analizi, T-testi, ve Regresyon Analizi kullanılmıştır.

5. Bilimsel İlkelere Uygunluğu

Araştırmamanın yapılabilmesi için 2006 yılında İl Sağlık Müdürlüğü etik kurulundan ve hastanelerin başhekimliklerinden araştırma izni alınmıştır. 2014 yılında da veri toplama aşamasına geçilmeden önce hastanelerin bağlı oldukları her iki Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden de araştırma izni alınmıştır(18.05.2014/12325,15.05.2014/14121). Ayrıca 2014 yılı araştırması için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır(Karar Tarihi: 03.07.2014 Karar No: 130).

6. Kurum Ve Kuruluşlarda Uygulanabilme Durumu

Bu çalışma tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanabilecek niteliktedir. Araştırma genel olarak hastanelerdeki belirli tarihlerdeki hizmet kalitesini ve hasta güvenliği kültürü düzeyini elde edilen anlamlı bilgiler doğrultusunda ortaya koymuştur. Bu yönüyle ileriki dönemlerde yapılacak bilimsel çalışmalara kuramsal bir çerçeve oluşturulmaya çalışılarak, hasta güvenliği kültürel boyutta bir yaklaşımla ele alınmıştır.

Diğer yandan tüm yöneticiler tarafından kurumlarındaki hasta güvenliği kültürü düzeyini ölçmek amacıyla kullanılabilir. Aynı şekilde belirli tarihler arasındaki hasta güvenliğine yönelik iyileştirmelerin etkilerini araştırmak amacıyla da kurumsal düzeyde farklı dönemlerde uygulanabilir.

7. Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkisi

Günümüzün en karmaşık yapıdaki işletmeleri olan hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri, bir yandan tüm çağdaş toplumlarda bireylerin doğuştan elde edilen bir hak olması yanında diğer yandan da o ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyini yansıtan bir ölçüt durumundadır. Sanayi işletmelerinde yönetimdeki yanlış kararlar, en kötü ihtimalle üretimde azalma veya maddi zarar ile sonuçlanırken, sağlık kuruluşları yönetimindeki kararlar toplumun sağlık düzeyinde bozulma ve insan hayatının kalitesinde azalma ile neticelenebilmektedir.

Sağlık sektöründe sunulan hizmet yüksek güvenilirliğe sahip olmalıdır. Bu sektörde sunulan hizmetin diğer hizmetlere oranla daha yüksek kalite olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin birey sağlığı ile doğrudan ilgili olduğu göz önüne alınırsa hizmet sunan kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemli hale gelmektedir. Çalışanlar tarafından yapılacak küçük bir hata bazen hastalarda morbidite ve mortalite artışlarına neden olabileceği gibi aynı zamanda finansal açıdan da maliyet artışlarına yol açabilmektedir. Bu nedenle bu sektörde hedeflenen başarı düzeyi “sıfır hata” olmalıdır.

Hastanelerde sunulan hizmetin kalite göstergelerinden en önemlisi, hasta güvenliğidir. Hasta güvenliğinin amacı, sağlık hizmeti sunum süreçlerindeki hataların hastalara zarar vermesini engelleyecek sistemler kurmak ve hatalar hastaya ulaşmadan önce önlenmesini ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır. Bu amaç doğrultusunda yeni tasarımlar yapılarak, hataların hastaları etkilemesinden önce tespit edilip kayıt altına alınması ve düzeltilmesini sağlayacak önleyici faaliyetler yapılandırılmalıdır. Bu nedenle yönetim sistemlerinin insan hatalarını önleyecek şekilde tasarlanmasının önemi artmaktadır. Sistemler hataya açık ise güvenlikle ilgili şartlara uygun olarak çalışmak çoğu zaman mümkün olamayacaktır.

Ancak sistemin kurulması hasta güvenliğinin sağlanacağı anlamına gelmemektedir. Eğer hasta güvenliği sistem içerisinde kurum kültürünün bir parçası olarak yer almıyorsa, sürekliliğin sağlanması oldukça zordur. Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için içinde bulunulan kurum kültürü, organizasyon yapısı ve yönetim anlayışının hasta güvenliği çerçevesinde oluşturulması gerekmektedir. Çünkü hatalar sadece bireylerden değil, sistemden de kaynaklanmaktadır. Sistemdeki iyileştirmeler, hataların en aza indirilmesini sağlayacaktır. Tıbbi hataların çoğu planlama aşamasında giderilebilmektedir.

8.Elde Edilen Sonuçlar

8.1. Frekans Analizleri

Araştırma anketine katılanların demografik dağılımları ve profili Tablo 1’te gösterilmiştir. Araştırmaya 2006 yılında 662, 2014 yılında 843 kişi dahil edilmiştir.

Tablo.1 Örneklem Profiline Sayısal ve Yüzdesel Dağılımı

DEĞİŞKENLER Sayı		2006		2014		Pearson Chi- Square	p
		Yüzde	Sayı	Yüzde			
CİNSİYET	Kadın	527	79,6	650	0,088 79,0	0,767	
	Erkek	135	20,4	173	21,0		
	Toplam	662	100,0	823	100,0		
EĞİTİM DURUMU	İlkokul	2	,3	6	0,7	124,744	0,000
	Ortaokul	3	,5	7	0,8		
	Lise	150	22,9	112	13,5		
	Önlisans	292	44,5	207	24,9		
	Lisans	142	21,6	358	43,0		
	Lisansüstü	67	10,2	142	17,1		
	Toplam	656	100,0	833	100,0		
YAŞ	18-25	45	6,8	63	7,6	81,325	0,000
	26-33	318	48,0	221	26,7		
	34-41	215	32,5	338	40,9		
	42-49	63	9,5	149	18,0		
	50 ve üzeri	21	3,2	56	6,8		
	Toplam	662	100,0	827	100,0		
MESLEK	Hemşire	395	60,6	483	58,8	3,031	0,387
	Hekim	105	16,1	136	16,5		
	Teknisyen(Sağ. Personeli)	90	13,8	103	12,5		
	Diğer	62	9,5	100	12,2		
	Toplam	652	100,0	822	100,0		
HASTALARLA DOĞRUDAN İLETİŞİM	Evet, iletişim kurmaktayım	604	91,2	726	86,1	3,741	0,154
	Hayır, iletişim kurmuyorum	58	8,8	94	11,2		
	Toplam	662	100,0	820	100,0		

HAFTALIK ÇALIŞMA SAATİ	20 saatten daha az	-	-	3	,4	61,975	0,000
	20-39 saat arası	12	1,8	55	6,7		
	40-59 saat arası	454	68,6	634	76,7		
	60-79 saat arası	162	24,5	97	11,7		
	80-99 saat arası	25	3,8	21	2,5		
	100 saat ve üzeri	9	1,4	17	2,1		
	Toplam	662	100,0	827	100,0		
ÇALIŞMA YILI	1 yıldan az	60	9,1	113	13,6	57,744	0,000
	1-5 yıl	201	30,4	313	37,6		
	6-10 yıl	193	29,2	172	20,7		
	11-15 yıl	136	20,5	95	11,4		
	16-20 yıl	52	7,9	75	9,0		
	21 ve üzeri yıl	20	3,0	64	7,7		
	Toplam	662	100,0	832	100,0		
OLAY RAPORLAMA	0 olay raporu	543	84,6	605	73,4	31,300	0,000
	1 yada 2 olay raporu	73	11,4	138	16,7		
	3 ya da 5 olay raporu	19	3,0	54	6,6		
	6 ya da 10 olay raporu	7	1,1	20	2,4		
	11 ya da 20 olay raporu	0	0,0	2	,2		
	21 ya da daha fazla olay raporu	0	0,0	5	,6		
	Toplam	642	100,0	824	100,0		

Uygulanan ki-kare analizlerinde 2006 ve 2014 yıllarında alınan örneklemin, cinsiyet, meslek, hastalarla iletişim değişkenleri açısından anlamlı bir fark oluşturmadıkları tespit edilmiştir. Bu da ankete katılan çalışanların farklı yıllarda yapılmasına rağmen benzer demografik özelliklere sahip olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Eğitim durumu, yaş, haftalık çalışma saati, çalışma yılı, olay raporlama değişkenlerinde ise istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Ankete katılanların eğitim durumları lise ve önlisans düzeyinde azalırken, lisans

ve lisansüstü eğitim alanların sayısı artış göstermiştir. Bu değişiklikte sağlık bakanlığının lisans tamamlama ve sendikaların açmış olduğu lisansüstü eğitim olanaklarının etkisi olduğu değerlendirilmektedir. Yaş oranlarında da anketin uygulandığı yıllara paralel olarak artış gözlenmektedir.

2006-2014 yılları arasında çalışanların haftalık çalışma saatlerinin azaldığı görülmektedir. Haftada 60 saat ve üzerinde çalışanların oranı %29,7'den %16,3'e düşerken, bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Olay raporlama sayısında da yıllara göre anlamlı farklılık görülmektedir. En az bir olay raporu dolduranların oranı %15,4 ten, 2014 yılında %26,7 ye ulaşmıştır.

8.2. Ki-kare Analizleri

Tablo.2 Hemşirelerin Eğitim Durumu İle Olay Raporu Sayısı Arasındaki İlişki

Eğitim Durumu İle Olay Raporlama Sayısı Arasındaki İlişki			Olay Raporu Sayısı					Toplam
			0 olay raporu	1 ya da 2 olay raporu	3 ya da 5 olay raporu	6 ya da 10 olay raporu	21 ya da daha fazla olay raporu	
Eğitim Durumu	Lise	Sayı	139	16	8	0	0	163
		Eğitim Durumuna Göre Yüzde	85,3%	9,8%	4,9%	0,0%	0,0%	100,0%
		Olay Rapor Sayısını Göre Yüzde	20,6%	12,6%	19,0%	0,0%	0,0%	19,0%
	Önlisans	Sayı	282	41	13	5	0	341
		Eğitim Durumuna Göre Yüzde	82,7%	12,0%	3,8%	1,5%	0,0%	100,0%
		Olay Rapor Sayısını Göre Yüzde	41,8%	32,3%	31,0%	33,3%	0,0%	39,7%
	Lisans	Sayı	235	60	19	10	1	325
		Eğitim Durumuna Göre Yüzde	72,3%	18,5%	5,8%	3,1%	,3%	100,0%
		Olay Rapor Sayısını Göre Yüzde	34,8%	47,2%	45,2%	66,7%	100,0%	37,8%
	Lisansüstü	Sayı	19	10	2	0	0	31
		Eğitim Durumuna Göre Yüzde	61,3%	32,3%	6,5%	0,0%	0,0%	100,0%
		Olay Rapor Sayısını Göre Yüzde	2,8%	7,9%	4,8%	0,0%	0,0%	3,6%
Toplam	Sayı	675	127	42	15	1	860	
	Eğitim Durumuna Göre Yüzde	78,5%	14,8%	4,9%	1,7%	,1%	100,0%	
	Olay Rapor Sayısını Göre Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Pearson Chi-Square 28,411 ^a P=,005								

Tablo 2'ye göre 2006 ve 2014 yılında araştırmaya katılan tüm hemşirelerin olay raporu doldurma sayıları eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir(Pearson Chi-Square 28,411 p=0,005). En az 1 olay raporu dolduran hemşirelerin oranı eğitim durumlarına göre artış göstererek, lise mezunlarında %14,7, önlisans mezunlarında %17,3, lisans mezunlarında %27,7, lisansüstü mezunlarında ise 38,7 olarak tespit edilmiştir.

8.3. T- Testi

T-testinde Hasta Güvenliği Kültürü değişkenlerine verilen yanıtlar arasında olumlu algılamaları açısından 2006 ve 2014 yıllarına göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. Değişkenlere verilen cevaplar 1-5 arasında olumsuzdan olumluya doğru derecelendirilmektedir.

Tablo.3 Hasta Güvenliği Kültürü Değişkenlerinin Ortalamalarının Yıllara Göre Karşılaştırılması İçin T-Testi

Değişkenler	Ortalamalar		Standart Sapmalar		Değişim		t	p
	2006	2014	2006	2014	Fark	Yüzde		
Genel Hasta Güvenliği Derecelendirmesi	3,17	3,68	,996	,827	0,51	15,97	10,595	,000
RAPORLANAN OLAYLARIN SIKLIĞI	2,48	3,13	1,055	1,115	0,65	26,00	11,363	,000
s2	2,42	3,03	1,138	1,241	0,60	24,84	9,641	,000
s3	2,37	2,98	1,102	1,237	0,61	25,86	9,949	,000
s4	2,66	3,38	1,216	1,259	0,73	27,33	11,191	,000
YÖNETİM VE İLETİŞİM	2,61	3,21	,947	,933	0,60	22,87	12,235	,000
s5	2,67	3,62	1,173	1,188	0,95	35,59	15,450	,000
s6	2,45	3,16	1,162	1,220	0,71	28,86	11,357	,000
s7	2,24	2,78	1,146	1,245	0,55	24,35	8,708	,000
s8	2,72	3,24	1,184	1,167	0,52	19,08	8,473	,000
s9	2,63	3,04	1,176	1,265	0,42	15,84	6,521	,000
s10	2,95	3,41	1,221	1,198	0,46	15,63	7,323	,000

GENEL GÜVENLİK ALGISI	3,28	3,42	,747	,792	0,14	4,13	3,383	,001
s11	3,92	3,70	1,095	1,331	-0,21	-5,44	-3,321	,001
s12	3,79	3,92	,925	1,070	0,13	3,52	2,532	,011
s13	2,91	2,92	1,116	1,118	0,01	0,21	,106	,915
s14	2,79	3,61	1,267	1,067	0,83	29,64	13,637	,000
ÖRGÜTSEL ÖĞRENME	2,95	3,25	,972	,922	0,30	10,17	6,116	,000
s15	3,01	3,44	1,089	1,088	0,43	14,28	7,590	,000
s16	3,79	3,92	,925	1,070	0,13	3,52	2,532	,011
s17	3,08	3,60	1,223	1,068	0,53	17,08	8,828	,000
TAKIM ÇALIŞMASI	3,02	3,25	,985	,999	0,22	7,39	4,334	,000
s18	2,92	3,12	1,107	1,203	0,20	6,69	3,234	,001
s19	3,23	3,49	1,185	1,166	0,26	7,93	4,200	,000
s20	2,92	3,13	1,101	1,111	0,22	7,45	3,773	,000
HATALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	2,26	2,72	,861	,928	0,46	20,14	9,757	,000
s21	2,43	2,79	1,078	1,131	0,36	14,75	6,229	,000
s22	2,27	2,70	1,007	1,107	0,43	18,76	7,714	,000
s23	2,08	2,66	,952	1,156	0,58	27,77	10,390	,000
PERSONEL	2,68	2,76	,487	,634	0,08	3,07	2,758	,006
s24	2,14	2,22	,973	1,220	0,08	3,61	1,328	,184
s25	4,11	4,16	,823	1,004	0,04	1,08	,917	,359
s26	1,79	1,94	,947	1,148	0,15	8,20	2,657	,008
HASTANE YÖNETİMİ	2,95	3,25	,972	,922	0,30	10,17	6,116	,000
s27	2,92	3,29	1,053	1,070	0,38	12,91	6,806	,000
s28	3,07	3,35	1,141	1,121	0,28	9,16	4,772	,000
s29	2,87	3,12	1,199	1,179	0,25	8,58	3,977	,000
BİRİMLERARASI İLİŞKİLER	2,91	3,03	,813	,793	0,13	4,34	3,026	,003
s30	2,99	3,06	,999	1,060	0,07	2,49	1,381	,167
s31	2,97	3,09	,987	1,034	0,13	4,24	2,385	,017
s32	2,77	2,94	1,086	1,099	0,17	6,20	3,011	,003
GÖREV DEĞİŞİMİ	3,47	3,45	,706	,860	-0,02	-0,65	-,542	,588

s33	3,66	3,62	,929	1,130	-0,04	-1,08	-,724	,469
s34	3,08	3,13	,898	1,066	0,05	1,47	,876	,381
s35	3,68	3,62	,884	1,063	-0,06	-1,70	-1,210	,226
Genel Olarak Hasta Güvenliği	3,07	3,52	1,076	,975	0,44	14,45	8,201	,000
Genel Olarak Sunulan Hizmetin Kalitesi	3,25	3,59	1,000	,965	0,34	10,61	6,617	,000

Genel Olarak Hasta Güvenliği Derecelendirmesi değişkenine verilen yanıtlar arasında 2006 ve 2014 yıllarına göre araştırmaya katılanların çalıştıkları hastanedeki hasta güvenliğini derecelendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır($t=10,595$ ve $p=,0001$). Bu değişkenin ortalaması 2006 yılında 3,17 iken, 2014 yılında 3,68'tir. Değişim oranı %15,97'dir.

Raporlanan Olayların Sıklığı alt boyutuyla ilgili değerlendirmeler yıllara göre anlamlı farklılık göstermektedir($t= 11,363$ $p=,0001$). 2006 yılında bu değişkenle ilgili ortalamalar 2,48, 2014'te ise 3,13'tür. Değişimin yüzdesi %26,0 olarak bulunmuştur.

Yönetim ve İletişim boyutuna yıllara göre verilen cevaplara bakıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur($t=12,235$ $p=,0001$). Değişkenin ortalaması 2006 yılında 2,61 iken, 2014 yılında 3,21 olarak gerçekleşmiştir. Değişimin oranı %22,87'dir.

Genel Güvenlik Algısı değişkeninin ortalaması 2006 yılında 3,48, 2014 yılında ise 3,42'dir. Değişim %4,13 olup, bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur($t=3,383$ $p=,0001$)

Örgütsel Öğrenme boyutunun ortalamasının yıllara göre anlamlı olduğu tespit edilmiştir($t=6,116$ $p=,0001$) 2006 yılı ortalaması 2,95, 2014 yılı 3,25'tir.

Takım Çalışmasının değişkeninin yıllara göre ortalamalarındaki değişim anlamlıdır($t= 4,334$ $p=,0001$). Ortalamalar 2006 yılında 3,02, 2014 yılında 3,25'tir.

Hataların Değerlendirilmesi alt boyutuna verilen yanıtlar yıllara göre anlamlılık göstermektedir ($t=9,757$ $p=,0001$) Ortalaması 2006 yılında 2,26 iken, 2014'de 2,72'dir. Değişim oranı %20,14'tür.

Personel değişkeninin ortalaması 2006 yılında 2,68 iken, 2014'te 2,76 bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır($t=2,758$ $p=,006$)

Hastane Yönetimi alt boyuna ilişkin ortalamalar yıllar arasında anlamlı bulunmuştur($t=6,116$ $p=,0001$) 2006 ortalaması 2,95 iken, 2014 yılında 3,25'tir.

Birimler Arası İlişkiler değişkeninin ortalaması yıllara göre anlamlı

bulunmuştur($t=3,026$ $p=,003$) Ortalamalar 2006 yılında 2,91, 2014 yılında 3,03 bulunmuştur.

Görev Değişimi boyutunun ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($t=-,542$ $p=,588$)

Genel olarak Kalite Yönetim Sistemi değişkenine verilen cevapların ortalamaları arasında fark anlamlıdır($t=8,201$ $p=,0001$) 2006 yılında 3,07 iken, 2014 yılında 3,52'dir.

Genel olarak Sunulan Hizmetin Kalitesi değişkenine verilen yanıtların ortalamaları arasında anlamlı fark vardır($t=6,617$ $p=,0001$) Ortalama 2006'da 3,25, 2014'te 3,59 olarak bulunmuştur.

Tablo.4 Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Değişkenlerine Yönelik Algılarının Yıllara Göre Karşılaştırılması İçin T-Testi

Değişken Adı	Ortalamalar		Standart Sapmalar		Değişim		t Değeri	p Değeri
	2006	2014	2006	2014	Fark	Yüzde		
Genel Olarak Hasta Güvenliği	3,12	3,67	0,98	0,80	0,55	17,56	-8,980	0,000
RAPORLANAN OLAYLARIN SIKLIĞI	2,43	3,09	1,07	1,09	0,66	27,25	-9,016	0,000
YÖNETİM VE İLETİŞİM	2,51	3,14	0,88	0,92	0,63	25,18	-10,312	0,000
GENEL GÜVENLİK ALGISI	3,23	3,42	0,77	0,75	0,19	5,93	-3,712	0,000
ÖRGÜTSEL ÖĞRENME	3,25	3,65	0,85	0,87	0,40	12,44	-6,892	0,000
TAKIM ÇALIŞMASI	2,93	3,20	0,91	0,96	0,27	9,04	-4,172	0,000
HATALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	2,21	2,74	0,82	0,91	0,53	24,02	-8,999	0,000
PERSONEL	2,64	2,68	0,47	0,58	0,04	1,52	-1,120	0,263
HASTANE YÖNETİMİ	2,91	3,23	0,93	0,87	0,32	10,89	-5,186	0,000
BİRİMLERARASI İLİŞKİLER	2,88	2,98	0,76	0,73	0,10	3,38	-1,936	0,053
GÖREV DEĞİŞİMİ	3,23	3,50	0,95	0,95	0,26	8,15	-4,010	0,000
Genel Olarak Kalite Yönetim Sistemi	3,01	3,42	1,04	0,93	0,42	13,96	-6,206	0,000
Genel Olarak Sunulan Hizmetin Kalitesi	3,23	3,50	0,95	0,95	0,26	8,15	-4,010	0,000

T-testinde Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü değişkenlerine verilen yanıtlar arasında olumlu algılamaları açısından 2006 ve 2014 yıllarına göre farklılık olup

olmadığı analiz edilmiştir. Tablo 4'te hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü oluşturan alt boyutların değişkenlerine verdiği yanıtların ortalamalarına bakıldığında Personel alt boyutu($p=,263$) ve Birimler Arası İlişkiler alt boyutu($p=,053$) dışındaki tüm boyutlarda 2006 ve 2014 yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. En yüksek farkın raporlanan olayların sıklığı (%27,25), yönetim ve iletişim (%25,18) ve hataların değerlendirilmesi (%24,02) boyutlarında olduğu görülmektedir.

Tablo.5 Hekimlerin Hasta Güvenliği Kültürü Değişkenlerine Yönelik Algılarının Yıllara Göre Karşılaştırılması İçin T-Testi

Değişken Adı	Ortalamalar		Standart Sapmalar		Değişim		t değeri	p değeri
	2006	2014	2006	2014	Fark	Yüzde		
Genel Olarak Hasta Güvenliği	3,53	3,55	0,95	0,93	0,02	0,59	-0,168	0,867
RAPORLANAN OLAYLARIN SIKLIĞI	2,91	3,19	1,01	1,16	0,28	9,59	-1,943	0,053
YÖNETİM VE İLETİŞİM	2,97	3,43	0,91	0,96	0,45	15,28	-3,726	0,000
GENEL GÜVENLİK ALGISI	3,27	3,25	0,73	0,94	-0,01	-0,36	0,105	0,916
ÖRGÜTSEL ÖĞRENME	3,50	3,42	0,83	1,05	-0,08	-2,20	0,615	0,539
TAKIM ÇALIŞMASI	3,25	3,24	1,07	1,06	-0,01	-0,46	0,108	0,914
HATALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	2,77	2,74	0,85	1,02	-0,03	-1,22	0,273	0,785
PERSONEL	2,79	2,97	0,52	0,71	0,18	6,33	-2,144	0,033
HASTANE YÖNETİMİ	3,26	3,07	0,99	1,06	-0,20	-6,05	1,475	0,142
BİRİMLERARASI İLİŞKİLER	3,08	3,07	0,83	0,93	-0,01	-0,42	0,111	0,912
GÖREV DEĞİŞİMİ	3,42	3,64	1,08	1,05	0,22	6,43	-1,551	0,122
Genel Olarak Kalite Yönetim Sistemi	3,37	3,55	1,08	1,12	0,18	5,43	-1,243	0,215
Genel Olarak Sunulan Hizmetin Kalitesi	3,42	3,64	1,08	1,05	0,22	6,43	-1,551	0,122

Hekimlerin Hasta Güvenliği Kültürü değişkenlerine verilen yanıtlar arasında olumlu algılamaları açısından 2006 ve 2014 yıllarına göre farklılık olup olmadığı analiz edildiğinde hekimlerin değişkenlere verdikleri cevapların ortalamalarında yalnızca yönetim ve iletişim boyutu ($p=,0001$ fark= $\%15,28$) ve personel boyutunda ($p=,033$ fark= $\%6,33$) anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Diğer boyutların ortalamalarında yıllara göre anlamlılık bulunmamaktadır.

8.4. Regresyon Analizleri

Çalışmada bağımsız değişkenlerin alt gruplarının bağımlı değişken üzerindeki önemlerini belirlemek amacıyla, regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 6 ve tablo 7'de Hasta Güvenlik Derecesi'ne etki eden bağımsız değişkenler yıllara göre analizleri yer almaktadır.

Tablo 6. Hasta Güvenliği Derecesini Etkileyen Değişkenlerin Regresyon Analizi (2006 yılı)

Değişkenler	Beta	t	Sig.
SABİT	,056	,328	,743
Hastane Yönetimi	,342	8,777	,000
Raporlanan Olayların Sıklığı	,175	4,947	,000
Genel Güvenlik Algısı	,128	3,683	,000
Yönetim ve İletişim	,118	2,942	,003
Görev Değişimi	,107	3,408	,001
Birimlerarası İlişkiler	,073	2,073	,039
Not: Multiple R= ,695; R Square= ,483; Adjusted R Square= ,479 F= 99,843; Signif F= ,0001			

Regresyon analizinden elde edilen sonuçlara göre, 2006 yılında elde edilen verilere göre, Hasta Güvenliği Derecesini en fazla etkileyen bağımsız değişken, Hastane Yönetimi'dir ($p=,0001$ ve $\beta=,342$). Bu değeri, raporlanan olayların sıklığı ($p=,0001$ ve $\beta=,175$). izlemektedir. Hasta Güvenliği İle İlgili diğer değişkenler genel güvenlik algısı, yönetim ve iletişim, görev değişimi ve birimler arası ilişkiler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu altı bağımsız değişkenin hasta güvenliği derecesi üzerindeki etkisi, $\%49$ 'dur ($R^2=,483$).

Tablo 7. Hasta Güvenliği Derecesini Etkileyen Değişkenlerin Regresyon Analizi (2006 yılı)

Değişkenler	Beta	t	Sig.
SABİT	1,257	9,068	,000
Hastane Yönetimi	,312	8,794	,000
Raporlanan Olayların Sıklığı	,173	5,268	,000
Görev Değişimi	,133	4,289	,000
Örgütsel Öğrenme	,108	3,019	,003
Yönetim ve İletişim	,110	3,017	,003
Not: Multiple R= ,573; R Square= ,328; Adjusted R Square= ,324 F= 75,027; Signif F= ,0001			

2014 yılı verileriyle yapılan regresyon analizine göre, Hasta Güvenliği Derecesini en fazla etkileyen ilk iki bağımsız değişken, 2006 da olduğu gibi Hastane Yönetimi ($p=,0001$ ve $\beta=,342$) Bu değeri, Raporlanan Olayların Sıklığıdır ($p=,0001$ ve $\beta=,175$). Bu değişkenleri Görev Değişimi, Örgütsel Öğrenme ve Yönetim ve İletişim değişkenleri izlemektedir. Bu beş bağımsız değişkenin hasta güvenliği derecesi üzerindeki etkisi, %33'dür ($R^2=,328$).

10. Öğrenilen Dersler

Bu çalışmada İzmir ilindeki hastanelerde çalışanların hasta güvenliği değişkenlerine verdikleri cevaplardan hareket ederek kurumlardaki hasta güvenliği kültürünün değişim süreci analiz edilmeye çalışılmıştır. İki tarih arasında aynı anketin uygulanması çok yaygın olarak kullanılan bir yöntem değildir. Literatür taramasında buna benzer bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Ancak kültür oluşumu zaman alan bir süreçtir. Belirli bir dönemde ölçülmesi sadece o döneme ait düzeyi göstereceğinden gelişim süreci hakkında bilgi sağlamayacaktır. Bu nedenle iki dönemde aynı anketin uygulanması hasta güvenliği kültürünün kurum içinde yerleşmesiyle ilgili detaylı bilgiler sunmaktadır. Kurumlarda yapılacak kalite çalışmalarının etkinliği de bu şekilde ölçülebilir.

Araştırmanın demografik sonuçlarına göre 2006 ve 2014 yılında uygulanan ankete katılan çalışanların profilleri birbirine oldukça yakın bulunmuştur. Bu da bize karşılaştırma yapabilme fırsatı sunmaktadır. Uygulanan ki-kare testinde anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.

Genel olarak sonuçlar değerlendirildiğinde 2006 yılından 2014 yılına kadar geçen süreçte hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşması açısından oldukça olumlu sonuçlar alınmaya başlandığı görülmektedir. Hasta güvenliği ülkemiz için oldukça yeni bir kavramdır ve bu çalışmanın ilk uygulamasının yapıldığı 2006 yılında yayınlanmış bilimsel çalışma sayısı yok denecek kadar azdır.

Aradan geçen 8 yıllık süreçte sağlık hizmetlerinde kalite adına çok köklü değişiklikler yapıldığı görülmektedir. Özellikle Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının kurulması, araştırmanın yapıldığı yıldan itibaren neredeyse her yıl yeni bir mevzuat ile hastanelerde hasta ve çalışan güvenliğinin artırılmasına yönelik çalışmaların hızlanmasını da beraberinde getirmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre 2006 ve 2014 yılı arasındaki olumlu değişimin hizmet kalite standartlarına bağlı olduğunu ispatlamak oldukça zordur. Ancak araştırmanın kamuya bağlı hastanelerde yapılması, bu hastanelerde başlangıçta yılda 3 kez, sonraki yıllarda yılda iki veya bir kez olmak üzere hasta ve çalışan güvenliğine yönelik değerlendirmelerin yapılması, hasta güvenliği kültürünün oluşumunun SHKS paralelinde geliştiğine dair önemli bilgiler sunmaktadır. Kantitatif bilgilerin yanı sıra araştırmacıların 8 yıllık süreçte değerlendirme süreçlerinin içerisinde bizzat bulunarak elde ettikleri kalitatif veriler de çalışmaya bu noktada ışık tutmaktadır.

Araştırmanın kantitatif sonuçlarına bakıldığında, çalışanların hasta güvenliği değişkenlerini tanımlayan 38 sorunun tamamında ortalamaların 2006 ve 2014 yılları arasında olumlu yönde görüş bildirdikleri görülmektedir. Çalışanların hastanelerini hasta güvenliği, kalite yönetim sistemi ve sunulan hizmetin kalitesi açısından değerlendirdikleri değişkenlere bakıldığında ortalamaların %10 ila %16 arasında tespit edilmiştir. Diğer alt boyutlara bakıldığında ise, en büyük değişimin raporlanan olayların sıklığı(%26) ve hataların değerlendirilmesi(20,14) boyutlarında olduğu görülmektedir. Raporlanan olayların sayısındaki artışta bu sonuçları destekler niteliktedir. 2006 ve 2014 tarihleri arasında çalışanların en az bir olay raporu doldurma oranı da %15,4'ten %26,7'ye ulaşmıştır.

Hasta güvenliği kültürü boyutlarını oluşturan tüm değişkenlere bakıldığında da en fazla değişimin “hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir” ifadesine verilen yanıtların ortalamasında bulunmuştur(%35,59). Bu ifadeyi takip eden diğer ifadeler ise sırasıyla, “hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur”, hastanemizde oluşan hatalar hakkında bilgilendirilmekteyiz” ve “personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe eder” ifadeleridir. Görüldüğü gibi hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasındaki en önemli değişim beklenmedik

olayların raporlanması, tüm çalışanlarca paylaşılması, tekrarlanmaması için özgürce tartışılması ve önlemek için sistemlerin oluşturulmasıdır. Hataların değerlendirilmesindeki olumlu kültürel değişimdeki en önemli unsurun ise personelin artık yaptığı hatalar nedeniyle cezalandırılacağına dair korkusunun yıllar içerisinde azalması olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastanelerde oluşturulan güvenlik raporlama sistemlerinin sonuçların bu yönde çıkmasındaki etkisi yadsınamaz. Ancak yine de yıllar içerisinde artış görülmesine rağmen hâlâ olay raporlamanın beklenen düzeylerde olmadığı görülmektedir. Özellikle hekimlerin olay raporu doldurmak ve genel olarak hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumları ve algıları yıllar içerisinde istatistiksel açıdan bir anlamlılık içermediği görülmektedir. Hastanelerde hasta güvenliği kültürünün bayraktarlığını hemşirelerin yaptığı kişisel gözlemlerin yanında bilimsel olarak da bir kez daha ispatlanmıştır. Hekimlerin yıllar içerisinde hasta güvenliği kültürü değişkenlerine yönelik algılarında herhangi bir değişiklik olmaması, hasta güvenliğine olan inanç eksikliğinden mi yoksa ünvanın getirdiği yetkiye bağlı olarak sorumluluktan kaçmaktan mı olduğu bu çalışmada tespit edilemeyecek kadar karmaşıktır.

Araştırmaya katılan hemşireler ise tüm personel boyutu haricindeki tüm değişkenlerde olumlu gelişmeler yaşandığını belirtmişlerdir. Hemşirelere göre hastanelerdeki hasta güvenliği kültürüne yönelik en iyi iyileşme yönetimin hasta güvenliğine yaklaşımı ve güvenlik kültürünün oluşması için çalışanlarla kurduğu iletişimin düzeyidir. Bu sonuçtan hareketle hasta güvenliği oluşmasında yönetimlerin kilit bir rol üstlendiğini söyleyebiliriz.

Yapılan regresyon analizleri de bu görüşü destekler niteliktedir. Gerek 2006 gerekse 2007 yılında yapılan regresyon analizine göre, hastanelerde hasta güvenliği derecesini etkileyen en önemli değişkenin “hasta yönetimi” boyutu olduğu görülmektedir. Bu değişkeni takip eden ise yukarıda tartışıldığı gibi raporlanan olayların sıklığı değişkenidir. Yıllar içerisinde hasta güvenliği derecesini etkileyen değişkenlerin değişmemesi hasta güvenliği kültürünün hangi temeller üzerinde yapılandırılması gerektiğini de bize göstermektedir.

Sonuç olarak, 2006 ve 2014 yıllarında aynı hastanelerde benzer profildeki çalışanlar üzerinde yapılan bu çalışmada, İleriki dönemlerde yapılacak çalışmalara kuramsal bir çerçeve oluşturulmaya çalışılarak, hasta güvenliği kültürel boyutta bir yaklaşımla ele alınmıştır. Sonuçlar hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşması sürecinde ümitli olmamız gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır. Ancak hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için, öncelikle liderlerin ve politika yapımcıların bu konuyu sahiplenmeleri gerekmektedir. Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için, içinde bulunan kurum

kültürü, kurum yapısı, kurumsal iletişim kanalları ve yönetim anlayışının “hasta güvenliği” kavramı çerçevesinde oluşturulması ve çalıştırılması gerekmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları hayata geçirmek ve kurum kültürünün bir parçası haline getirmek ancak hasta güvenliğinin stratejik hedef olarak konulması ile mümkün olacaktır. Bu nedenle 2005 yılından bu yana devam eden kalite ve akreditasyon çalışmalarına ara vermeden devam edilmeli ve sürekli gelişme anlayışı tüm hücrelerde hissedilinceye kadar da sona ermemelidir.

11. Araştırmanın Bütçesi Ve Finansmanı

Araştırma İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü çalışanlarınca yürütüldüğünden ek bir maliyeti bulunmamaktadır. Veri toplama aracı olarak kullanılan anket formları da kurumun imkânları ile çoğaltılmıştır.

Kaynaklar

- İntepeler, Şeyda ve Dursun, Meltem (2012), “Tıbbi Hatalar Ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 15, No. 2, sayfa 129-135.
- Hakverdioğlu Yönt, Güldam (2011), “Hasta Güvenliği Kültürü”, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt 27, No. 1, sayfa 77-82.
- Tütüncü, Özkan, Küçükusta, Deniz, Yağcı, Kamil (2007), “Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 9, No. 1, sayfa 519-533.
- Şen, Selma, Er, Sezer, Sevil, Ümrân (2009), “Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar”, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri, 19-21 Mart, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara.
- Akalın, Erdal, (2005), “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, Yoğun Bakım Dergisi, Sayı 5, No. 3, sayfa 141-146.
- Yıldırım, Özlem (2005). Akreditasyon ve Hasta Güvenliği, SB Diyalog, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Yıl: 2005, Sayı: 15, s.34-38, Ankara.
- Kohn, Linda T., Corrigan, Janet M. ve Donaldson, Molla S., Editors.(2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, Washington, DC : The National Academy Press. <http://www.iom.edu> , <http://www.nap.edu> (22.6.2007)
- Akgün,S. ve Al-Assaf,A.F.(2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz?, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Yaz 2007, Sayı:3 s.42-47
- Pronovost PJ, Weast B, ve Bishop K.(2004). Senior executive adopt-a-workunit: A model for safety improvement, Jt Comm J Qual Saf 2004;30:59-68.

- Alp, Fethiye Yelkin(2001). Sağlık alışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Pala, Kayıhan (2010), “Hasta Güvenliğinde Hekime Düşen Görevler”, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Metin akmakı ve H. Erdal Akalın (Ed.), Füsun Sayek TTBB Raporları / Kitapları, Ankara, sayfa: 33-35.
- Altındış, Selma (2010), “Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı 1, sayfa 17-32.
- İstanbulu, İrfan Temel, Yıldız, Hamza, Zora, Hüseyin (2012), “Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi’nde Uygulanan Güvenlik Raporlama Sisteminin Geliştirilmesine Yönelik Bir Araştırma”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı 4, sayfa 1-17.
- şerifoğlu U.K. ve Sungur E. (2007), “Kazaların Habercileri: Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlı&Gvenlik Kültürü İlişkisi”, IV. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, 20-21 Nisan, MMO yayınları, Adana.
- www.kalite.saglik.gov.tr, (Erişim: 06.08.2014)

Ek**Sayın Katılımcı,**

Hastanelerde hasta güvenliği kültürünü analiz etmek amacıyla planlanan bu çalışmanın sonuçları eğitim amaçlı kullanılacaktır. Çalışmamıza göstermiş olduğunuz ilgi ve katılımdan dolayı teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Lütfen, aşağıda yer alan anket sorularını doğru bulma, katılma düzeyinize göre işaretleyiniz.

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ					
• “Hasta Güvenliği”, tedavi ve/veya diğer hizmetlerden kaynaklanan hasta yaralanmaları ya da istenmeyen olaylardan kaçınma ya da korunma anlamına gelmektedir. • “Olay”, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, herhangi bir hata türü, kaza ya da sapma olarak değerlendirilmektedir. Genel olarak hasta güvenliğini, hastaneniz açısından derecelendiriniz.					
1	○ Çok İyi	○ İyi	○ Ne iyi,Ne kötü	○ Kötü	○ Çok kötü
RAPORLANAN OLAYLARIN SIKLIĞI					
<i>Aşağıdaki ifadeler hangi sıklıkta hastanenizde gerçekleşmektedir?</i>			Asla	Nadiren	Ara sıra
			Çoğu zaman	Her zaman	
2	Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?				
3	Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?				
4	Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?				

YÖNETİM VE İLETİŞİM					
5	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir.				
6	Hastanemizde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz.				
7	Personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır.				
8	Hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız.				
9	Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder.				
10	Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyle ele alır.				

		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
GENEL GÜVENLİK ALGISI						
11	Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.					
12	Daha ciddi hataların olmaması tamamıyla şans eserdir.					
13	Hastanemizde hasta güvenliği ile ilgili sorunlarımız vardır.					
14	Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur.					
ÖRGÜTSEL ÖĞRENME						
15	Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız.					
16	Hatalarımızdan ders alırız.					
17	Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz.					
TAKIM ÇALIŞMASI						

18	Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir.					
19	İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız.					
20	Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir.					
HATALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ						
21	Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür.					
22	Herhangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür.					
23	Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar.					
PERSONEL						
24	İş yükünü paylaşacak yeterli personelimiz vardır.					
25	Hasta bakımı için fuzuli olarak, gereğinden fazla personel takviyesi alırız.					
26	Daha çok işi daha hızlı yapabilmek için, sürekli aşırı yoğun bir tempoda çalışmaktayız.					
HASTANE YÖNETİMİ						
27	Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır					
28	Hastane yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur.					
29	Hastane yönetimi, sadece ters bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor izlenimi vermektedir.					
BİRİMLERARASI İLİŞKİLER						
30	Birlikte çalışması gereken birimler arasında, iyi düzeyde işbirliği bulunmaktadır.					
31	Hastane birimleri en iyi düzeyde hasta bakımı sağlamak için, birlikte uyum içinde çalışmaktadır.					
32	Hastane birimleri birbirleriyle eşgüdümlü (koordinasyonlu) çalışmamaktadır.					

GÖREV DEĞİŞİMİ						
33	Önemli hasta bakım bilgileri vardiya değişikliğinde kaybolmaktadır.					
34	Hastanede sorunlar genellikle birimlerarası bilgi alışverişi sırasında, ortaya çıkmaktadır.					
35	Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır.					

GENEL		Çok iyi	İyi	Ne iyi Ne kötü	Kötü	Çok kötü
36	Genel olarak, hastanemizin kalite yönetimi sistemi,					
37	Genel olarak, hastanemizde sunulan hizmetin kalitesi,					

Geçtiğimiz 12 ay içinde, kaç tane olay raporu doldurdunuz ya da imzaladınız?

☐ a. 0 olay raporu	☐ d. 6 ya da 10 olay raporu
☐ b. 1 ya da 2 olay raporu	☐ e. 11 ya da 20 olay raporu
☐ c. 3 ya da 5 olay raporu	☐ f. 21 ya da daha fazla olay raporu

1.1.1.1.1.1. DEMOGRAFİK DEĞERLENDİRMELER

1. Bu hastanede kaç yıldır çalışmaktasınız?

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

2. Ortalama olarak haftada kaç saat çalışmaktasınız?

☐ a. Haftada 20 saatten daha az	☐ d. Haftada 60-79 saat arası
☐ b. Haftada 20-39 saat arası	☐ e. Haftada 80-99 saat arası
☐ c. Haftada 40-59 saat arası	☐ f. Haftada 100 saat ve daha fazla

3. Çalıştığınız işin gereği olarak hastalarla doğrudan iletişim kuruyor musunuz?

- | |
|--|
| ☐ a. EVET, hastalarda doğrudan iletişim kurmaktayım. |
| ☐ b. HAYIR, hastalarla hiçbir şekilde iletişim kurmuyorum. |

4. Mesleğiniz aşağıdakilerden hangisidir?

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ a. Hemşire | ☐ c. Teknisyen (yardımcı sağlık personeli) |
| ☐ b. Hekim | ☐ d. Diğer, lütfen yan tarafa belirtiniz: |

5. Yaşınız aşağıdakilerden hangisidir?

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ a. 18-25 | ☐ c. 34-41 | ☐ e. 50 ve üzeri |
| ☐ b. 26-33 | ☐ d. 42-49 | |

6. Cinsiyetiniz aşağıdakilerden hangisidir?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ a. Kadın | ☐ b. Erkek |
|--------------------------------|--------------------------------|

7. Eğitim durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ a. İlkokul | ☐ c. Lise | ☐ e. Lisans |
| ☐ b. Ortaokul | ☐ d. Önlisans | ☐ f. Lisansüstü |

Yorumlarınız için lütfen bu alanı kullanınız:

İLGİNİZE TEŞEKKÜR EDERİZ

