

**T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
PERFORMANS YÖNETİMİ VE KALİTE GELİŞTİRME
DAİRE BAŞKANLIĞI**

**ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE
KONGRESİ**

BİLDİRİLER KİTABI

CİLT 2

19-21 Mart 2009, ANTALYA

**Editör
Harun KIRILMAZ**

ANKARA – 2009



Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi

Editör: Harun Kırılmaz

1. Basım – Ağustos 2009

ISBN 978-975-590-298-2

Bakanlık Yayın No: 772-2

© Yazarlar – Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'na aittir. Başkanlığın 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.

Turunç Matbaacılık
Erciyes İşyerleri Sitesi
7. Cadde No: 9
Yenimahalle / Ankara
Tel: 0312 397 91 81
Faks: 312 397 07 03
www.turunmat.com.tr

İLETİŞİM

T. C. Sağlık Bakanlığı
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 Kat: 4
Kolej / Ankara
E-posta: performansyonetimi@saglik.gov.tr
Web: www.performans.saglik.gov.tr

KONGRE BAŞKANI
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
T.C. Sağlık Bakanlığı MüsteŐar Yardımcısı

KONGRE DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŐİLYURT
Uz. Dr. F. Cihanser EREL
Yrd. Doç. Dr. Turan BUZGAN
Dr. Ekrem ATBAKAN
Dr. Mehmet DEMİR
Uz. Dr. İsmail DEMİRTAŞ
Kamuran ÖZDEN
Osman GÜZELGÖZ
Mine TUNCEL

KONGRE YÜRÜTME KURULU

Dr. Hasan GÜLER
Sevim TEZEL AYDIN
Bayram DEMİR
Harun ÇELİK
Harun KIRILMAZ
Umut BEYLİK
Serkan YORGANCILAR
Günnur ERTONG
Sevgi TAŞKIN KARATAŐ
Dr. İbrahim ÇETİN

KONGRE BİLİM KURULU

Prof. Dr. Erdal AKALIN
Acıbadem Sağlık Grubu
Prof. Dr. Seval AKGÜN
Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Sadık AKŐİT
Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Taņuu ARASIL
Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Mahmut BAYIK
Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Oya BAYINDIR
Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa BERKTAŐ
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi
Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN
TODAİE
Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI
Anadolu Sağlık Merkezi
Prof. Dr. Mustafa ÇETİN
Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Adnan ÇINAL
Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Ali Pekcan DEMİRÖZ
Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Musa EKEN
Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. M. Kemal ERBİL
Gülhane Askeri Tıp Akademi
Prof. Dr. Nihat ERDOęMUŐ
Kocaeli Üniversitesi

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOğLU
Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. A. Murat TUNCER
Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Fikriye URAS
Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
23. Dönem Adana Milletvekili
Prof. Dr. İbrahim YEKELER
Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Nazmi ZENGİN
Selçuk Üniversitesi
Doç. Dr. Turan ASLAN
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU
Muğla Üniversitesi
Doç. Dr. Hamza ATEŞ
Kocaeli Üniversitesi
Doç. Dr. Asım BALCI
Selçuk Üniversitesi
Doç. Dr. Alper CİHAN
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Hasan Hüseyin ÇEVİK
Polis Akademisi
Doç. Dr. Metin DOğAN
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Mustafa ERTEK
Sağlık Bakanlığı

Prof. Dr. Korkut ERSOY
Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Bilal ERYILMAZ
Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Hakan HAKERİ
Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI
Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU
Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Niek KLAZINGA
OECD / Amsterdam University
Prof. Dr. Yuanli LIU
Harvard Üniversitesi
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL
Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Yaşar ÖZCAN
Virginia Commonwealth University
Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Ömür ÖZMEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa N. ÖZMEN
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK
İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa PAÇ
Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Mahmut PAKSOY
İstanbul Kültür Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşegül Jale SARAÇ
Dicle Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR
Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. M. Şerif ŞİMŞEK
Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi

Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Nilay ÇABUK KAYA
Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Öner ODABAŞ
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Nadir ÖCAL
Ortadoğu Teknik Üniversitesi
Doç. Dr. Hacer ÖZGEN
Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ
Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. İrfan ŞENCAN
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Bilçin TAK
Uludağ Üniversitesi
Doç. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ
Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. İbrahim ÜNSAL
Acıbadem Hastaneleri
Doç. Dr. Tevfik Bedirhan ÜSTÜN
Dünya Sağlık Örgütü
Doç. Dr. Medaim YANIK
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA
Bayındır Hastaneleri
Dr. Adelstein BROWN
Kanada Sağlık Bakanlığı
Dr. Kalipso CHALKIDOU
NICE
Dr. Sarah GARNER
NICE
Dr. Ann-Lisse GUISET
Dünya Sağlık Örgütü
Dr. Edward KELLEY
Dünya Sağlık Örgütü
William J. DEMARCO
DeMarco Healthcare

SUNUŞ

Değerli sağlık yöneticileri, meslektaşlarımız ve değerli sağlık çalışanları;

Sağlık hizmetlerinde altı yıl içinde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli bir gelişme kaydettik. Dünyanın birçok gelişmiş ülkesinde sağlık sistemlerini yerinde inceleyip değerlendirerek ülkemizde devraldığımız mirasla birleştirdik ve kendimize mahsus, merkezinde insan olan bir Türkiye modeli olarak Sağlıkta Dönüşüm Programını geliştirdik.

Program kapsamında reform projeleri uygulamaya konulmuştur. Bu reformlardan biri nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteyi geliştirme ve performans değerlendirme anlayışıdır. Bugün için sistemin sağlık hayatımıza katkılarını ve önemli sonuçlarını hep birlikte görüyoruz.

Performans yönetimi sadece sonuçları ölçmekle kalmayıp, kuruma belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermelidir. Kamu sağlık hizmetlerinde tayin edilmiş arzın yerine talebin karşılanması amacıyla teşvik edilen hasta odaklı bir yaklaşım sergilenmiş ve hizmette kalite anlayışı geliştirilmiştir.

Bugün uygulamakta olduğumuz model ise birçok bileşeni bünyesinde barındırmaktadır. Bu model ülkemiz ile sınırlı kalmamış aynı zamanda yurt dışındaki gözlemcilerin de dikkatini çekmiştir. Bugün için modelimiz OECD tarafından örnek uygulama olarak gösterilmektedir. Bu şekilde uluslar arası anlamda tanınan ve kabul gören bir model haline gelmiştir.

Sağlıkta performans ve kalite ile ilgili düzenlemeler sağlık kurumlarımızın kalite çalışmalarını yönlendirmek üzere hayata geçirildi. Hasta memnuniyeti, verimlilik, hizmet kalite standartları gibi bileşenlere sahip bu düzenlemeler, hastanelerimizin kurumsal performansını ölçerek kalite çalışmalarına ivme kazandırmaktadır. Şimdi ise bu işleri takip ve yönlendirmesi için kurduğumuz yapı ile bu gelişim daha iyiye doğru gidecektir.

Yayınlanan hizmet kalite standartları ve bu standartların doğru olarak hayata geçirilmesi için hazırladığımız rehberler kurumlarımızın kalite eğitiminde önemli birer araç haline gelmiştir.

Oluşturduğumuz Hizmet Kalite Standartları bugün sağlık hizmeti veren tüm kurumların kendilerine özgü koşulları göz önüne alınarak sınıflandırma çalışmalarında da kullanılmaktadır. Konu ülkede verilen sağlık hizmeti olduğundan özel yatırımcı ve üniversiteler dâhil sektörel işbirliği önem arz etmektedir. Dolayısıyla verilen sağlık hizmetinin kalitesini geliştirme sorumluluğunu paylaşmak gerekir.

Özel ve kamu sağlık hizmet sunucularının kalitesinin değerlendirilmesi gibi önemli bir görevin objektif kriterlere sahip olması gerekir. Dolayısıyla bu işi yapacak değerlendiricileri profesyonel eğitime tabi tutacağız. Bu eğitimleri sistematik ve

kurumsal hale getirmek için düzenleyeceğimiz Performans ve Kalite Yönetimi Kursu mesafe kat edilmesini sağlayacaktır.

Belgelendirme kurumlarımız tarafından tanınırlık, motivasyon kaynağı ve somut çıktı olarak kabul edilmekte ve çeşitli belgelendirme çalışmaları pek çok hastanemizde devam etmektedir. Ancak belgelendirmenin sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme anlamında hedefine ulaşabilmesi için uygulanan sağlık politikaları ve sunulan sağlık hizmetlerine özgü kriterler sorgulanmalıdır. Bu vizyonla ülkemizin önceliklerini gözeterek hazırlanmış olan Hizmet Kalite Belgesi önümüzdeki dönemde sağlık kuruluşlarımızın önemli bir gündem maddesi olacaktır.

Geriye dönüp baktığımızda aldığımız mesafe net olarak görülmektedir ancak biz gelinen noktayı yeterli görmüyoruz, yapacak daha çok işimiz, verecek hizmetimiz vardır. Sağlıkta Dönüşümün ruhunu kavrayarak insanımızın sağlığı için gece gündüz demeden fedakârca gayret gösteren bütün sağlık camiasına teşekkür ediyoruz.

Bakanlığımızca tertip edilen bu kongrenin daha kaliteli sağlık hizmetleri sunumuna katkı sağlayacağına inanıyorum. Bakanlık olarak tertip ettiğimiz bu kongrenin yeni bir geleneğin başlangıcı olmasını ve sağlık hizmetinden yararlanan bütün vatandaşlarımıza ve bu hizmeti fedakârca yürütmek için uğraş veren sağlık çalışanlarımıza faydalı olacağını ümit ediyorum.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

T.C. Sağlık Bakanı

ÖNSÖZ

İnsan hayatının her aşamasında çeşitli yönleriyle içinde yer aldığı sağlık hizmetleri, gerek kamu sektörünün gerekse özel sektörün bir parçası olarak son dönemde etkili, verimli, ekonomik, erişilebilir, hakkaniyetli ve vatandaş odaklı bir anlayışa doğru yol almaktadır. Sağlık hizmetlerinde yeni anlayış kaliteye, hasta memnuniyetine, hasta güvenliğine, performans hedefleri ve çıktılara vurgu yapmaktadır. Bu noktada, performans yönetimi kavram ve uygulamaları da yeni yönetim anlayışıyla birlikte sağlık hizmetlerinde yaygınlık kazanmıştır. Nitekim performansa dayalı ödeme, kalite, hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti konularının dünya çapında önem kazanmasıyla birlikte sağlıkta performans yönetimi kavram ve uygulamaları ön plana çıkmıştır.

Dünyada performans yönetiminin artan önemi Türkiye’de de 2000’li yıllarla birlikte sağlık hizmetlerinde performans yönetimini gündeme getirmiştir. Türkiye’ye özgü bir model olarak geliştirilen sağlıkta performans yönetimi, bireysel performans ölçümü ve buna dayalı ödeme sisteminin yanı sıra kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulamalarının da hayata geçirilmesiyle birlikte 2004 yılından günümüze uygulanan ve sürekli gelişim içinde olan bir modeldir.

Çalışanların teşviki ve hasta güvenliği ana temalı “Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi”nde sağlık hizmetlerinde performansa dayalı uygulamaların sağlık göstergelerine, hasta güvenliğine, hasta memnuniyetine, sağlık harcamalarına etkisi gibi konular ele alınarak etkili, verimli, ekonomik, hakkaniyetli, erişilebilir bir sağlık hizmet sunumunun sağlanmasına katkıda bulunulması amaçlanmaktadır. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinde son dönemde öne çıkan hasta güvenliği konusunda politika geliştirilmesi, devletin ve sivil toplumun rolünün tanımlanması, hasta güvenliği uygulamalarında gelişme sağlanması ve hastaların karşılaşılabilecekleri risklerin azaltılması gibi konularda bilgi paylaşımının sağlanması amaçlanmaktadır.

19-21 Mart 2009 tarihleri arasında ilki düzenlenen kongrede sunulan bildirimler üç ciltte toplanarak kitaplaştırılmıştır. Bildirimler genel olarak, hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetlerinde performans yönetimi ve performansa dayalı ödeme çalışmalarına odaklanmaktadır. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, kalite geliştirme ve hasta güvenliği uygulamaları konularında yeniden yapılanma, uygulamalar, elde edilen sonuçlar, ortaya çıkan sorunlar ve çözüm önerileri bildirimler kapsamında tartışılmaktadır.

Kongreye katkılarından dolayı Sağlık Bakanlığı’na, Danışma ve Bilim Kurulu üyelerine, panelistlere, tebliğ sahiplerine ve tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Kongre Yürütme Kurulu

ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ

BİLDİRİ KİTABI

CİLT 2

SUNUŞ	5
ÖNSÖZ	7
İÇİNDEKİLER	9
HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ	14
Hülya Erbil Hasta Güvenliğinde Sterilizasyon İşlemlerinin Önemi	15
Selma Şen & Sezer Er & Ümran Sevil Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar	24
Cihan Aslan & Erkan Küçükkılıç & Bahtişen Tekgül & Mustafa Kaya & Fatma İltuş & Aylin Düzel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasında Kesici Delici Alet Yaralanmasına Karşı Önlem Almanın Önemi	34
Songül Yorgun & Zeynep Baysal & Serpil Özdener & Sema Umur Hizmet Kalite Standartları ve İlaç Uygulamalarında Hasta Güvenliği Boyutu	47
Songül Yorgun & Murat Kayabaş & Murat Yapıcı Hizmet Kalite Standartlarına Geçişte Hasta Güvenliği Farkındalığı ve Uygulamaları	51
Ramazan Canural & Nalan Gökalp & Gülseren Ekici & Nevin Şahin Sağlık Hizmetlerinde Hasta Mahremiyeti: Hasta Sağlık Bilgilerinin Paylaşımı	55
Musa Özata & Şebnem Aslan Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Hasta Güvenliğine Etkileri	60
Ahmet Atasoy Sandıklı Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanlarının El Hijyeni Konusundaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi	67

Eylem Kaya Eroğlu & Yasin Berk & Ayşe Sibel Öksüz & Nilüfer Keser & Ferzane Mercan Sağlık alışanlarının Hata Bildirimi Alanında Eğitilmesi ve Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi	76
Fatma ırpı & Yeliz Doğan Merih & Meryem Yaşar Kocabey Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi	85
Feray Gökdoğan & Songül Yorgun & Murat Yapıcı & Yasemin Yıldırım & Serpil zdener & Nihal Mısırlıoğlu & Erdoğan şentürk Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler	95
Ramazan Canural & Nalan Gökalp & Kenan Yıldırım & H. Mehmet şahin & Ayhan Korkmaz & Nevin şahin & Filiz ınar Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği: Mavi Kod Uygulaması	105
Ahmet Atasoy & Salim Aksoy Hekimdişi Sağlık Personelinde Mesleki Risklerin Belirlenmesi	111
Ayça Gürkan & Yasemin Pirim Hasta Güvenliği Sağlanması Memnuniyet Algısının Değerlendirilmesi	124
Derya Yücel & Havva Palacı & Sermin Timlioğlu & mer şahan & Hamit Okur Hasta ve alışan Güvenliği Kapsamında Radyasyon Güvenliği Hizmet İçi Eğitim Programının Etkinliğine İlişkin Bir rnek Olay alışması	133
Zafer akır Hasta Gözüyle Hasta Güvenliği	145
Sibel Güleç & Evren Toygar & ınar Yeni & Kifaye Aslan Dalmış & Murat Yazgan Hastanelerde Kullanılan Tıbbi Cihazların Kalibrasyonu ve Hasta Güvenliği	152
Sibel Güleç & Habil Gökmen Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği	166
H. İlyas Köse & Zeynep Baysal & Necla zmen Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Uygulamaları: Bolu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi rneği	179
Ramazan Canural & M. Reha Toptepe & Gökhan Keser & Nalan Gökalp & Berna ztrk Radyasyon Güvenliğinde Yeni Olanaklar: Digital Radyoloji	184
Ali akır & zkan Tütüncü İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı	189

Mehmet Top & Ömer Gider & Yunus Taş & Seher Çimen & Menderes Tarcan
Hekimlerin Tıbbi Hataların Nedenlerine Yönelik Yaklaşımları:
Kocaeli İli Örneği 205

HASTA VE ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ 224

Derya Soy Buğdaycı & Fadime Çınar & Berkay Tüzer & Kadriye Öneş
Ayaktan Fizik Tedavi Uygulanan Hastalarda Ağrı İyileşmesinin
Memnuniyet İle İlişkisi 225

Müjgan Türker & Şerife Erdost & Pakize Aygün
& Gülistan Karagöz & Aysun Neymen
Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi 236

Hüseyin İka & Songül Yorgun & Sema Umur & Adem Çakmak
& Erdoğan Şentürk & Yaşar Aşık & Emine Yağlıoğlu & Nurcan Demirtaş
& Meral Köse & Aysun Yılmaz
Çalışan Memnuniyeti: Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi 249

Aynur Çalış & Hülya Yılmaz & Ahmet Bal & Hülya Yılmaz & Şadiye Gök
Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi
2005 - 2008 Yılları Arası Ayaktan Hasta Memnuniyet Oranları253

Hacer Karakoç & Merve Altuğ & Gönül Canpolat
Çalışan Memnuniyeti Anket Sonuçlarının Değerlendirilmesi 258

Ayşe Hayit
Bursa Devlet Hastanesi Yataklı Servis Hizmetlerinin
Değerlendirilmesi Üzerine Bir Çalışma 264

Havva Palacı & Semrin Timlioğlu & Sinem Gül Temel & Sevtap Deregözü
& Ömer Şahan & Filiz Büyükgebiz & Derya Yücel & Hamit Okur
Kamu Hastanelerinde Hasta ve Çalışan Memnuniyeti:
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Halkla İlişkiler Faaliyetleri 272

D. Selcen Ö. Aykaç & Serkan Aydın & Metin Ateş & Ayşe Tansel Çetin
Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati Üzerindeki Etkisi:
Marmara Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama 286

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE 287

Deniz Koraşlı & Nilgün Sarp
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi:
Topraklık Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği 288

Dursun Koç & Mehmet Şentürk & Songül Yorgun & Serpil Çınar Özdenler & Erdoğan Şentürk & Arif Duran Hizmet Kalite Standartları ve Acil Servis Hizmetlerine Katkıları	297
Aynur Çetinkaya & Ferda Özbaşaran Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hasta Bakım Kalitesinin İncelenmesi	307
H. Cenk Altınöz & M. Fevzi Esen & Erdal Bilgin & Ethem Karçaaltıncaba & Bihter Kahyaoğlu Çalışanların Kalite Yönetimi Algıları: Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Uygulaması	319
Bilçin Tak Hastanelerde Kalite İyileştirme Projelerinin Yürütülmesi: Akredite Bir Üniversite Hastanesinde Yürütülen Proje Örnekleri	335
Atıla Karahan & Mustafa Lamba Toplam Kalite Yönetimi Çalışmalarının Hasta Memnuniyetsizliğine Etkileri: Hasta Hakları Örneği	339
Zeynep Çıraklı & Ferhat Sayım Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda ve Maliyet Etkililik Göstergelerinin İncelenmesi	347
POSTER BİLDİRİLER	366
Ahmet Atasoy Sandıklı Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanlarında El Hijyeni Uygulamalarının Belirlenmesi	367
Nesrin Öz & Ümran Sevil Pediatri Kliniğinde Tedavi Gören Hastaların Ebeveynlerinin Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin İncelenmesi	376
Nurhan Meydan Acımuş & Nalan Gökalp & Nevin Şahin & Neriman Erkaya & Hatice Hayta & Hamza Okut Kaliteli Hizmet İçin Sürdürülebilir Atık Projesi	383
Okan İlhan & Gürbüz Akçay İyileştirme Ekipleri Kalite ve Hasta Güvenliği	389
Y. Tolga Yaylalı & Zeki Gürlesin & Mustafa Ölçek & M. Ali Abdüloğlu & Hatice Arman & Banu Yıldırım & Sibel Kadioğlu & Selda Kiraz & Gülfidan Düzgün Kapı İğne Aralığının Kısaltılması	398

Gaye Aydın & Hakan Doğan & Durmuş Ali Özdemir & Fatma Toker & Funda Göçer & Selda Bican & Fatı Atik & Yasemin Girgin Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Ventilatöre ilişkin Pnömoni Hızının Düşürülmesi	405
Ramazan Canural & Sadık Ergür & Arif Engin Demir & Burcu Değirmencioğlu & Berna Öztürk & Nalan Gökalp İl Dışına Gitmek Zorunda Kalan Onkoloji Hastalarının Pet-Ct Alımı İle İlimizde Hizmete Ulaşmaları	414
Yeliz Doğan Merih & Meryem Yaşar Kocabey & Fatma Çırpı & Zühal Bolca & Ayşenur Cerrah Celayir Bir Devlet Hastanesinde 3 Yıl İçerisinde Görülen Kesici - Delici Alet Yaralanmalarının Epidemiyolojisi ve Korunmaya Yönelik Önlemler	418
Feray Gökdoğan & Songül Yorgun & H. Uğur Öney & Ayşe Ünlüerler & Hümevra Koca & Saadet Can & Hacer Alpteker Kalite Çalışmalarının Diyabet Eğitim ve İzlem Birimine Katkısı	427
Ramazan Canural & Mehmet Çilengir & Sami Cebelli & Nalan Gökalp Denizli Devlet Hastanesi Çocuk ve Yetişkin Yanık Ünitesi	431
Feray Gökdoğan & Hümevra Koca & Saadet Can Çiçek & Songül Yorgun & Ayşe Ünlüerler Diyabetlilerin Diyabet Eğitim ve İzlem Birimine İlişkin Görüş ve Memnuniyetleri	436

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

HASTA GÜVENLİĞİNDE STERİLİZASYON İŞLEMLERİNİN ÖNEMİ

Hülya Erbil¹

Özet

Çok sayıda hasta bireyin bulunduğu sağlık kurumlarında, çok çeşitli ve çok sayıda mikroorganizma bulunmaktadır. Bunların birçoğu tehlikelidir. Enfeksiyonların yayılımını önlemek için, bir hastada kullanılacak tüm donatı ve aletlerin üzerindeki biyolojik yükün kabul edilebilir bir seviyeye indirilmesi gerekmektedir. Hastanın yakın alanında da mikroorganizma oranı düşük olmalıdır.

Tüm sağlık kurumlarının temel görevi, hizmet ettiği topluma iyi kalitede sağlık hizmeti sunmaktır. Bu aynı zamanda kurumda bulunan birçok hastalığın yayılmasını önlenmesini de içermektedir.

Temizleme, dezenfeksiyon, sterilizasyon, ve asepsis, mikropları uzaklaştırmak ve öldürmek için geliştirilmiş metodlardır ve enfeksiyonların yayılımını minimumla sınırlandırmak için gerekli tüm aktivitelerin birer parçasıdır.

Tıbbi malzemeler, direk olarak hastaların üzerinde veya içinde kullanılır. Bunların ya dekontamine edilmiş ya da sterilize edilmiş olmaları gerekir. Ancak birçok nedenden dolayı bunlar, dekontaminasyon veya sterilizasyondan önce temizlenmelidirler. Doğru temizleme ile tüm görünür kir ve biyolojik yükün büyük bir kısmı uzaklaştırılır.

Medikal aletlerin üzerinde, özellikle bir hastanın yarası için kullanılacaklarsa, hiç mikroorganizma olmaması gerekir. Aletler ve materyaller üzerinde bırakılan herhangi bir kir ve yabancı madde (steril bile olsa), yara yolu ile bir hastaya geçecek olursa çok tehlikeli komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Vücut, vücuda giren her yabancı maddeyi reddetme eğilimindedir. Bu durum, iyileşmenin gecikmesi ve hastanın daha fazla acı çekmesi ile sonuçlanabilir. Eğer böyle bir kir partikülü operasyon sırasında kan akımına girerse son derece tehlikeli olabilir.

Sterilizasyon, aletin kullanım anında steril olmasını sağlamak için gerekli uzun aktiviteler zincirinde sadece bir halkadır. Her aktivite, aletlerin, materyallerin ve canlı dokunun kontaminasyonunu önlemek için kullanılacak metotlar ve teknikler gerektirir.

Kullanıcıların ve hastaların güvenliğini ve sağlığını korumak için yapılması için bir hasta üzerinde kullanılmış olan ve yeniden kullanılabilen tıbbi malzemelerin ve

1 Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi, hulya.erbil@deu.edu.tr

materyallerin yeniden işlem döngüsünden geçmeleri gerekmektedir.

Yeniden işlem den geçirmenin genel ilkeleri;

- Teşhis, terapötik veya genel hasta bakımı amacıyla kullanılacak olan her alet, her kullanımdan önce dikkatli bir şekilde yeniden işleme tabi tutulmalıdır.
- Enfeksiyonların önlenmesi, tüm dekontaminasyon ve sterilizasyon prosedürlerinin amacıdır. Bu nedenle, aletlerin yeniden işlenmesi için prosedürler planlanırken düşünülmesi gereken en önemli konu, hastaların ve personelin korunmasıdır.
- Termal dekontaminasyon ve sterilizasyon teknikleri, kimyasal tekniklere tercih edilmelidir.

Sonuç olarak, sterilizasyon standartlarını, önerilen uygulamaları ve aletleri işlem den geçirme yönergelerini takip etmek modern sağlık hizmetinin önemli bir yönüdür ve hastanın cerrahi alandan enfekte olma riskini minimuma indirmeye yardımcı olur.

Abstract

There are too many kinds and amount of micro-organisms in the medical establishments, which are so crowded. Most of these micro-organisms are dangerous. In order to decrease of infections, the biological charges on the all accessories and equipments which are use for patients must be limited an acceptable level. Also micro-organism level must be lower level around the patients.

Basic duty of the medical establishments is performing a good quality health care to all community. Cleaning, disenfection, sterilization and asepsis are developed methods for micro-organisms to sending away and killing them, also they are a part of the restriction activities for spreading of infections.

Medical devices are using on or in the patients directly. They must be decontaminated or sterilized. However, through some reasons, they must be cleaning before decontamination or sterilization. A significant part of soils (dirt) and biological charges are sending away with proper cleaning.

On the medical devices, especially used for the patient wound, there must be no micro-organisms. There are some dangerous complications can be shown due to soils or foreign bodies which are on the devices and materials (if they are sterile) contacted with the wound. Sterilization is only a ring of the long activities chain, which provides to use sterile devices and equipments. Each activity requires some methods and techniques for preventing to contamination of the devices, materials and fresh tissue.

Required things to preventing users and patients health and safety. Used medical devices and materials which are reusable on the patients are must be handled

again with processing cycles.

General principles of the reprocessing cycles:

- All devices which are using for diagnostic, therapeutic or general patient care must be reprocessed carefully before each usage.
- Preventing infections is the main goal of the all decontamination and sterilization procedures. When planning of the procedures about device and material reprocessing , health and safety of the users and the patients must be the first aim.
- Termal decontamination and sterilization techniques must be preferred then chemical techniques.

As a result of applying of the sterilization standards, proposed practices and guidelines of the device reprocessing cycles are important part of the modern health care, and help to minimizing infection risks from the surgical area for the patients.

1. GİRİŞ

Bir hastane ya da klinikte hastaları tedavi etmekte kullanılan materyallerin kullanım için kesinlikle güvenli olması çok önemlidir: hastalıkların yayılma şansı mümkün olduğunca küçük tutulmalıdır. Bu her zaman varolacak tehdide karşı savaşta temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon önemli yöntemlerdir. Özellikle ölümcül hastalık AIDS bu kadar güçlü hale geldikten ve dünya çapında bu kadar yayılım gösterdikten sonra, enfeksiyon kontrolü için uygun prosedürlere olan talep aşırı derecede ivmelenmiştir. Temiz olmayan cerrahi aletler vasıtası ile bulaştığı bilinen Hepatit B gibi hastalıklar, dezenfeksiyon ve sterilizasyon için daha sert prensiplere olan ihtiyacı artırmıştır.

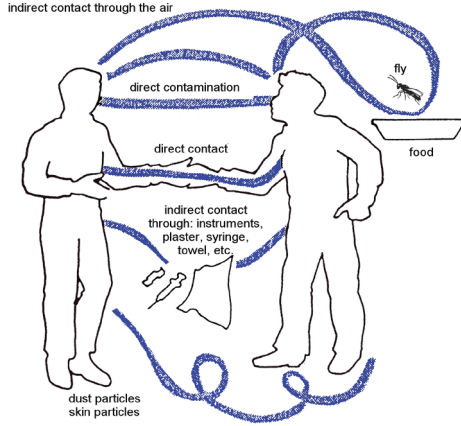
Sterilizasyonun amacı, tıbbi gereçlerin ne kullanıcıyı ne de hastayı gereksiz yere tehlikeye atmadan hastaya güvenle uygulanılabileceği bir yolla işlem den geçirmektir.

Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve asepsi enfeksiyonların yayılma şansını en aza indirmek için tüm eylemler bütünüün birer parçalarıdır, mikropları uzaklaştırmak ve öldürmek için geliştirilmişlerdir.

Alet ve materyallerin güvenle sterilize edilmiş olmasını sağlamak için sterilizasyon operatörünün iyi eğitilmiş, sterilizasyon cihazının mükemmel çalışır durumda olması gereklidir. Ameliyat odasında steril aletler ve malzemelerin olması bir zorunluluktur. Hastanın, ameliyat yapan ekibin sağlığı ve güvenliği de sterilizasyon işlemlerini gerçekleştirenlerin sorumluluğundadır.

Birçok hastanın bulunduğu sağlık kuruluşlarında mikroorganizmaların geniş çeşitliliği ve büyük miktarları bulunmaktadır. Bunların çoğu tehlikelidirler. Enfeksiyonların yayılmasını önlemek için kullanılan tüm enstrümanlardaki biyolojik yük kabul edilebilir bir seviyeye düşürülmek durumundadır. Aynı zamanda hastanın çevresindeki bölge de düşük seviyede mikroorganizma barındırmalıdır.

Resim 1. Hastalıkların yayılması



Aşağıdaki tablo kullanılmak istenilen alanla birlikte, normal durumlar için tavsiye edilen yöntem ve artan risk hallerini göstermektedir. Her bir alan için o alanda kullanılacak enstrümanlar için örnekler verilmiştir. Tablo genel bir kılavuzdur.

Tablo 1. Tıbbi enstrümanların kullanılacak oldukları bölge ile birlikte, tekrar güvenle kullanılabilmesi için biyolojik yükün azaltılması için uygun yöntemler

Kullanılacak bölge: vücudun üstü, çevresi ya da içi	Örnekler	Standart risk, normal durum		Fazladan risk: Zayıf hasta ya da virülant (öldürücü) biyolojik yük	
		Risk	Yöntem	Risk	Yöntem
Hasta çevresi	Duvarlar, yerler, yatak yanı dolabı, yataklar	Düşük	Temizlik	Orta	Dezenfeksiyon
DÜŞÜK RİSK BÖLGESİ: hastanın yüzeyi, sağlam deri	Sfigmofon kelepçeleri, eterler, steteskoplar, kulak spekülleri	Düşük	Temizlik	Orta	Dezenfeksiyon
ORTA RİSK BÖLGELERİ: hastanın içi/yüzeyi, sağlam mukoza zarları	Larinkoskoplar, esnek endoskoplar, vajinal speküller	Orta	Yüksek seviye dezenfeksiyon	Yüksek	Yüksek seviye dezenfeksiyon. Sterilizasyon tercih edilir.

YÜKSEK RİSK BÖLGELERİ: hastanın içi, steril organlar	Cerrahi enstrümanlar, kateterler, enjeksiyon iğneleri, implantlar	Yüksek	Sterilizasyon	Yüksek	Sterilizasyon
--	---	--------	---------------	--------	---------------

Risk alanlarının bu sınıflandırılma işlemi ve bu alanlarda kullanılacak nesnelere yeniden işlenmesi için olan ilgili yöntemler, Dr. Earle Spaulding tarafından 1968 yılında geliştirilmişlerdir.

Hastanede yakalanan enfeksiyonları azaltmak için, bir hasta ile temas halinde olmuş olan bir eşyanın başka bir hasta için kullanılmasından önce mutlaka dezenfekte edilmelidir. Buna ek olarak doktor ve hemşirelerin bir hastanın tedavisini yaptıktan sonra diğer biri ile ilgilenmeden önce ellerini yıkamaları çok önemlidir. Özellikle bir hastanın yaralarında kullanılacaklarsa tıbbi enstrümanların üzerlerinde hiç mikroorganizma olmaması gereklidir.

Bir nesnenin dezenfeksiyon edilmesi teriminin esas anlamı o nesne üzerinden enfeksiyonun giderilmesidir. Bununla birlikte enfeksiyon bir organizmanın başka organizmalar tarafından kirletilmesine verdiği tepkidir. Bu yüzden tıbbi enstrümanların dezenfeksiyonu doğru bir terim değildir. Bir nesne enfekte olamaz. (Hiç öksüren bir makas ya da ateşlenmiş bir enjektör duydunuz mu?). Sadece yaşayan canlılar enfekte olabilirler. Bir obje enfekte olamıyorsa dezenfeksiyon de olamaz. Bir enstrüman kirlenebilir.

Bu yüzden kirliliğin arındırılması için doğru kelime anlamı kirliliğin sterilliliğe gerek duyulmayacak bir seviyeye indirilmesi olan, dekontaminasyon olacaktır.

Dekontaminasyon kelimesi steril tıbbi enstrümanların tekrar işleme döngüsünün tamamına referans olarak gittikçe daha fazla kullanılmakta, dezenfeksiyon ve sterilizasyonda olduğu gibi temizliği de ihtiva etmektedir. Bu bağlamda tıbbi enstrümanların tekrar işlenmesi ile ilgili tüm bilim dalları dekontaminasyon bilimlerini olarak adlandırılırlar.

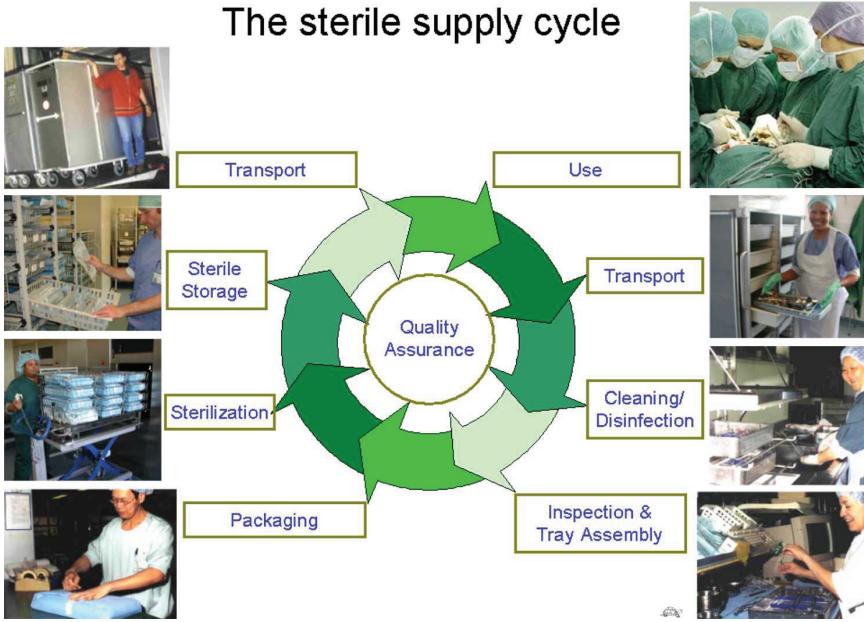
Dünya Sağlık Örgütü de vücudun iç sıvılarıyla temasa geçme ihtimali olan her enstrümanın her kullanımdan önce sterilize edilmesi gerektiğini tavsiye etmektedir.

Sterilizasyon birçok heyecan verici bilim ve teknolojilerin bulunduğu bir meslektir: mikrobiyoloji, tıp, fizik, makine ve elektrik mühendisliği ve işlem teknolojisi. Sonuç olarak sterilizasyon sizi hayatın kendisiyle yüzyüze getiren bir meslektir. Hayatın ve ölümün birbiriyle karşılaştığı, amacınızın kendini korumak olduğu bir meslek. Bu yüzden kendimizin de birer parçası olduğumuz hayatın tüm dinamiklerini, gizemlerini barındıran bir meslektir.

2. STERİL MALZEMELERİ TEKRAR İŞLEME DÖNGÜSÜ

Aşağıdaki resim tekrar kullanılabilir steril malzeme ve materyallerin hasta üzerinde kullanımını şema ile göstermektedir.

Resim 2. Steril malzemelerin tekrar işleme döngüsü



Bir merkezi sterilizasyon departmanı, operasyon odası olmak üzere hastanenin tüm alanlarına hizmet verir. Merkezi sterilizasyon bölümlerinin sorumlulukları arasında temizleme, arındırma, test etme, kullanıma hazırlama, sterilizasyon, ve tüm steril hastane donanımını aseptik olarak saklamak yer almaktadır.

2.1. Ön Dezenfeksiyon

Bazı ülkelerde, örneğin Fransa'da, ön-dezenfeksiyon adımı enstrümanın kullanımından sonra hemen olabildiğince çabuk yapılmalıdır. Bu ön-dezenfeksiyonun amacı biyolojik yükün azaltılması ve proteinlerin kurummasının engellenmesidir. Temizlik ve dezenfeksiyonun normal olarak yapıldığı sterilizasyon departmanı anında tedaviye izin veremeyecek durumdaysa, ön-dezenfeksiyon kullanım noktasına mümkün olduğunca yakın gerçekleştirilir. Bundan sonra nesnelere merkezi sterilizasyon bölümüne daha ileri işleme için götürülürler.

Fransa gibi bazı ülkelerde, hasta bakımında kullanılmış maddeler, enstrümanlar ve laboratuvar için olan materyallerin temizlenmesinden önce dezenfeksiyon edilmesi bir gerekliliktir. Bu aşama ön-dezenfeksiyon olarak adlandırılır.

Bu uygulama Fransa'da zorunlu olmasına rağmen diğer birçok başka ülkede kirli kullanılmış materyallerin kuru nakliyesi uygulanılmaktadır. Bu mümkündür, çünkü modern bir sterilizasyon bölümünde temizlikten önce enstrümanlara neredeyse hiç dokunulmaz. Bundan başka, enstrüman kullanıldıktan hemen sonra nakledildiği için kuruması önlenir. Kuru nakliyeye bağlı olarak nakliyatın ağırlığı düşüktür; dezenfektanın dökülmesi veya karışması tehlikesi yoktur ve çevreye daha az zararlıdır.

2.2. Sterilizasyon Bölümüne Nakliyat

Kullanımdan sonra örneğin; ameliyat ya da tedavi odasında, kirlenmiş nesnelere toplanırlar ve uygun kaplar ve servis masalarında tekrar işleminin gerçekleştirildiği yer olan Merkezi Sterilizasyon Bölümüne götürülürler.

2.3. Temizlik

Enstrümanlar ve materyaller sterilizasyon bölümünün temizlik kısmına götürülürler. Temizlik kısmında kirli materyaller işlem görür bu yüzden sterilizasyon departmanının bu kısmına kirli bölgesi adı verilir. Temizlik tüm görülebilir kir ve kalıntıların arındırılmasını sağlar. Hastalığa sebep olan ajanlar dahil olmak üzere mikroorganizmaların çoğunluğu burada arındırılmaktadır. Yeterli temizlik steril malzemelerin tekrar işleme sürecinde en önemli adım olarak kabul edilir.

2.4. İnceleme ve Set Tepsilerinin Düzenlemesi

Bir cerrahi müdahale esnasında var olmayan ya da bozuk bir enstrüman bir cerrahi en çok sinirlendirecek olayların başında gelir. Hasta olduğu kadar operasyonu gerçekleştiren ekip için de büyük problemlerin sebebi olabilir. Tüm prosedürler için enstrüman tepsilerinin tamam olması ve her bir enstrümanın düzgün çalışıyor olması çok önemlidir. Her bir enstrümanın etkin bir incelemeden geçirilmesinin ve her bir tepsinin tamam olduğuna dair iki kere kontrol edilmesinin sebebidir.

2.5. Paketleme

Kullanımlarından önce steril malzemeler genellikle ihtiyaç duyulana kadar saklanırlar. Saklanma sırasında kontaminasyonu engellemek için paketlenirler. Bu aynı zamanda ambalaj içindeki malzemenin halen steril olduğu anlamına gelmektedir. Ambalaj gerçek yüke sterilizatör ajanının ulaşmasına izin vermelidir. Sterilizasyondan sonra mikroorganizmaların içerideki nesnelere ulaşmasını önlemeli ve bir mikrobik bariyer görevi görmelidir. Ambalajlama ürünün kullanım anına kadar sterilliği garanti etmelidir. Kötü ya da hasarlı ambalajlar tüm temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerini geçersiz kılar.

2.6. Sterilizasyon

Paketlemeden sonra yükler sterilize edilmeye hazırdır. Sterilizatörün içinde temizlik işleminden sonra kalan mikroorganizmalar öldürülürler. Sayıları güvenli olarak kabul edilen bir seviyeye düşürülür: Serilizasyon Güvenlik Seviyesi. Herbirinin kendi özel uygulanma alanları ile bir çok farklı uygulama kullanılmaktadır: nemli ısı, kuru ısı, etilen oksit, formaldehit, radyasyon ve gaz plazması. Sağlık merkezlerinde en sık kullanılan ve güvenli yöntem yüksek sıcaklıkta basınçlı buhar yöntemidir. Buhar ile sterilizasyon yapan makineler buhar sterilizatörleri ya da otoklavlar olarak bilinirler. Sterilizatörler performans ve güvenlik için bağlayıcı teknik standartları karşılamak durumundadırlar Basit olarak: sterilizatörünüzün sterillik sağladığını ispatlamalısınız.

2.7. Steril Saklama

Sterilizasyon döngüsü tamamlandıktan sonra malzemeler sterilizatörün içinden çıkarılırlar. Kayıtlı işlem verileri ve göstergelerin döngüsü kontrol edilir ve gerekli koşullar elde edildiğinde yük saklanma, nakliye ve kullanım için serbest bırakılır. Seril malzemeler bir sonraki kullanım için tutuldukları özel saklama alanlarında saklanırlar. Bir steril depoda çevresel koşullar ve stok yönetimi için özel gereklilikler bulunmaktadır.

2.8. Kullanıcıya Nakliyat

Steril malzemelere ihtiyaç duyulduğunda, uzak mesafelere steril depodan alınması ve özel kapalı servis masalarında ya da kap sistemlerinde ihtiyaç duyulan yerlere nakledilmesi için istekte bulunulabilir. Materyaller tesis dışına nakledildiklerinde materyallerin bütünlüğünün korunması için ek önlemler alınmalı ve malzemelerin son kullanıcıya teslimatı için yeterli bir protokol hazırlanmalıdır.

2.9. Steril Ürünlerin Kullanımı

Herhangi bir steril enstrüman hasta üzerinde güvenli kullanımını garantilemek için doğru şekilde kullanılmaya ihtiyaç duymaktadır. Sadece ambalajın yanlış açılması enstrümanların kullanılmalarından hemen önce kontamine olmalarına sebep olur. Aseptik prosedürlerin konsepti gözönünde tutulduğunda steril malzemelerin kullanım anında tekrar kontamine olmaları en aza indirgenmiştir. Bir ambalajın aseptik açılması ve enstrümanın cerraha sunulması bu prosedürlerin örneklerindedir.

2.10. Kalite Garantisi

Steril tedarik döngüsündeki her bir adım bir tıbbi müdahale esnasında bir steril enstrüman ya da başka bir nesnenin iyi ve güvenli kullanımı için büyük önem taşır. Bu adımların herhangi birinde bir hata ya da başarısızlık tüm prosedürü kullanışsız kılar. Bu çok büyük masraflar ve ciddi rahatsızlıklara neden olabilir. Hasta ve çalışanların hayatını tehlikeye atabilir. Her bir adım etkin gözlem altında olmalıdır. Bu her adımda

döngünün analiz edildiği, belgelendiği ve gözlemlendiği Kalite Garantisi sistemi tarafından gerçekleştirilmektedir. Böylece bu hastalar ve çalışanlar için güvenli kullanımı olan ve kabul edilebilir bir fiyat karşılığında istenilen kullanımı sağlayan steril malzemelerin tedarik edilmesini mümkün kılar.

Tıbbi cihazların sağlıkta önemli rol aldığı ve hastaya olduğu kadar kullanıcılara da direkt olarak yüksek risk oluşturduklarından dolayı en düşük güvenlik gerekliliklerini mecburi kılmak üzere, kanuni düzenlemeler formüle edilmiştir. Bu düzenlemeler; güvenlik, toplum sağlığı ve çevre ile ilgili olarak asgari gereklilikleri tanımlamak üzere bir "yönetmelik" olarak bildirilmiştir. Avrupa bağlamında bu yönetmelik, Tıbbi Cihazlar Yönetmeliğidir. Bu yönetmeliğe göre sterilizatörler, tıbbi cihazlar ve benzerleri bu yönetmeliğin gereklerini karşılamalıdır. Tıbbi malzemelerin sterilizasyonu en yüksek güvenlik standartları, performans ve işlem kontrolünün talep edildiği yüksek derecede uzmanlaşan bir teknoloji dalı haline gelmiştir.

3. SONUÇ

Bir enstrüman bir hastanın üzerinde kullanılmadan önce, kontamine olmasını engellemek üzere geniş bir yelpazede önlemler alınmıştır. Enstrümanın kullanımı sırasında steril olmasını sağlamak için sterilizasyon uzun bir etkinlik zincirinin sadece bir halkasıdır.

Sterilizasyon standartlarını, önerilen uygulamaları ve aletleri işlemden geçirme yönergelerini takip etmek modern sağlık hizmetinin önemli bir yönüdür ve hastanın cerrahi alandan enfekte olma riskini minimuma indirmeye yardımcı olur. Tüm sağlık kurumlarının temel görevi, hizmet ettiği topluma iyi kalitede sağlık hizmeti sunmaktır. Bu aynı zamanda kurumda bulunan birçok hastalığın yayılmasının önlenmesini de içermektedir. Çapraz enfeksiyonların eliminasyonu, enfeksiyonun yayılımını sınırlamada anahtar faktördür aletlerin ve medikal donanımın uygun şekilde yeniden işleme tabi tutulması ile gerçekleştirilebilir.

HASTA GÜVENLİĞİ VE TIBBİ HATALAR

Selma Şen², Sezer Er³, Prof. Dr. Ümran Sevil⁴

Özet

Güvenlik ve gizlilik temel insan gereksinimleridir. Güvenlik ev, işyeri ve toplumda olduğu kadar sağlık bakımının da odaklandığı bir konudur. Birçok güvenlik uygulamaları tüm yaş grupları için evrenseldir.

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlayabileceğimiz hasta güvenliği, nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır. Bu bağlamda bireyin taleplerini karşılamaya yönelik hizmetlerde kalite, verimlilik, ulaşılabilirlik ve ekonomik açıdan elde edilebilir olma gibi özellikler aranmaktadır.

Yapılan araştırmalarda hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların büyük kısmının kişilere değil, sisteme bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation); tıbbi hatayı, hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, yani kasıtsız beklenmeyen sonuçlar şeklinde tanımlamaktadır. Tıbbi hatalar hastaları, hemşireleri ve kurumları olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle tıbbi hatalara, sağlık bakım ekibinin tüm üyelerin dikkat etmesini gerekmektedir.

Bu bağlamda hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlıkta kalitenin temel unsurlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta kaliteyi sağlamak için, sağlık politikalarının; sağlık bakımı alanlar, sağlık çalışanları ve sağlık bakımı veren kurumların, uygulamalarını düzenlemek, geliştirmek için uygun şekilde oluşturulması gerekmektedir. Sağlık kurumlarının nitelikli sağlık hizmeti verebilmeleri için, temel koşulları yerine getirmeleri, kurumlarda hasta güvenliği yönünden gereken süreçlerin, eksiksiz/hatasız uygulanması ve prosedüre uygun gerçekleştirmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata

2 Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, selmasen77@gmail.com

3 Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu er.sezer@hotmail.com

4 Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu umran.sevil@gmail.com

Abstract

Safety and privacy are the basic human necessities. Safety is an issue which medical care focuses on as much as house, work and community do. Many safety applications are universal for all age groups.

Patient safety is the precaution taken by the medical establishments and by those who work at medical establishments in order to prevent the harms given by healthcare services. Patient safety, which can be described as the whole prevention actions taken by the medical establishment to avoid the harm which is given during healthcare services, composes the primary and indispensable requirement of well-qualified healthcare service. In this context, such characteristics as quality, efficiency, attainability and economically-acquirability are sought in services to meet individual demands.

It is understood from the researches carried out that the majority of the medical faults take root from the system but not from the individuals. Warranting the patient safety and preventing the medical faults are found in priorities of healthcare system, at each step of medical care services. Medical fault is defined as indeliberate and unexpected consequences caused by a breakdown during the healthcare service, by National Patient Safety Foundation. Medical faults affect the patients, the nurses, and the healthcare establishments negatively. Therefore, all members of healthcare service should be attentive about the medical faults.

In this context, warranting the patient safety and preventing the medical faults appear to be one of the basic elements of quality in healthcare service. In order to achieve the quality in healthcare service, healthcare policies should be developed appropriately for organizing and improving the applications of healthcare receivers, healthcare workers, and healthcare service establishments. In order to give well-qualified healthcare service, medical establishments should meet basic requirements and should apply the process of patient safety perfectly/ in a flawless way and should perform the processes with appropriate procedure.

Key Words: Quality, Patient Safety, Medical Faults

1. GİRİŞ

Günümüzde toplumlar, bilgiye ulaşmanın hızlı ve kolay olduğu, bireylerin kendi yaşam planlarıyla ilgili olarak toplumdan ve onun kurumlarından hak ve hizmet talep edebildikleri yapılar olmak üzere hızla evrimleşmektedirler. Bireyin taleplerini karşılamaya yönelik hizmetlerde kalite, verimlilik, ulaşılabilirlik ve ekonomik açıdan elde edilebilir olma gibi özellikler aranmaktadır. Bilgiye ulaşmadaki bu hızlanma ve toplumun tüm kurum ve olanaklarından yararlanmaya yönelik bireysel talepteki artış sağlık alanında da önemli bir dönüşüme yol açmıştır (Oğuz, 2008).

Hekimin toplumdaki yeri, hekim-hasta ilişkisindeki tüm güçlü duruşu, otoritesi ve güç kullanımı sorgulanır olmuştur. Bu sorgulamanın sonucunda hekimler gibi, sağlık hizmetlerinin sunulduğu mekânlar ve kurumlar da çevrelerini saran kutsallık hâlesinden ve kendilerine duyulan geleneksel güvenden çok şey kaybetmişlerdir. Sağlık sisteminin sihirli sözcüğü olan "iyileşmek-şifa bulmak" yerini, "kaliteli sağlık hizmeti alma"ya bırakmıştır. Sağlık alanında kalitenin ne ifade ettiği ise, neredeyse kanserin tedavisi kadar önemle üzerinde çalışılan bir konu durumuna gelmiştir (Oğuz, 2008).

2. HASTA GÜVENLİĞİ

Güvenlik ve gizlilik temel insan gereksinimleridir. Güvenlik tüm hemşirelik bakımında yer almakta ve hasta güvenliği tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğudur. Güvenlik ev, işyeri ve toplumda olduğu kadar sağlık bakımının da odaklandığı bir konudur. Birçok güvenlik uygulamaları tüm yaş grupları için evrenseldir (Taylor vd., 1997: 624-658).

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (Yıldırım, Çelik, 2005). Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlayabileceğimiz hasta güvenliği, nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır (Zorlutuna, 2008). Bugün gelinen noktada sağlık kurumları, nitelikli sağlık hizmeti verebilmeleri için altı temel unsuru yerine getirmek zorundadırlar. Bu bağlamda sunulan sağlık hizmeti; (Zorlutuna, 2008).

1. Güvenli,
2. Kanıta dayalı,
3. Hasta odaklı,
4. Zamanında ve ulaşılabilir,
5. Verimli ve etkin,
6. Hizmet bekleyenlere eşit dağılmış olmalıdır.

Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven, 2007:411-422).

2.1. Hasta Güvenliği Konusunda Joint Commission International (JCI) Yaklaşımı

JCI nitelikli sağlık hizmeti için gerekli gördüğü akreditasyon standartlarının büyük bölümünü hasta güvenliği konularını kapsayacak Şekilde düzenlemiştir. Bu amaçla JCI, 2008 yılı için altı temel sürece dikkat çekmektedir. Akredite kurumlarda hasta güvenliği yönünden eksiksiz ve hatasız uygulanması gereken süreçler şunlardır (jcipatientsafety.org.tr. 2008).

- Doğru kimlik tespiti,
- Etkin ve doğru iletişimin sağlanması,
- Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanması,
- Cerrahide; doğru hasta, doğru taraf, doğru işlemin sağlanması,
- Enfeksiyon riskinin azaltılması,
- Hastaların düşmelere bağlı zarar görme riskinin en aza indirilmesi (Zorlutuna, 2008).

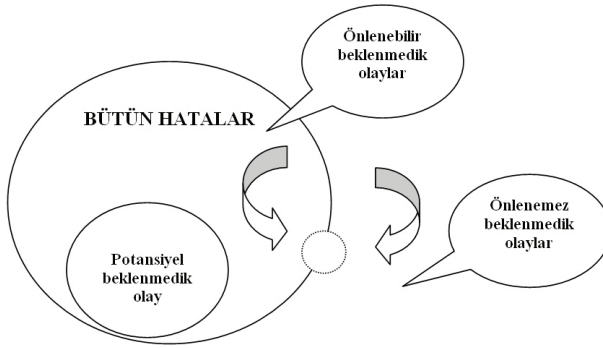
2.2. Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri

- Hasta kimlik bilgilerinin doğru olması
- Hasta bakımı sağlayanlar arasındaki iletişimin etkinliğinin geliştirilmesi
- nemli ilaçlarının kullanım güvenliğinin sağlanması
- Yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış cerrahi uygulamalarının olmaması veya azaltılması
- Infüzyon pompalarının kullanım güvenliğinin geliştirilmesi
- Klinik alarm sistemlerinin etkinliğinin geliştirilmesi
- Enfeksiyon risklerinin azaltılması
- İlaçların doğru ve tam olarak verilmesi
- Düşmelerden kaynaklanan hasta yaralanmalarının azaltılması (Beyea, 2006: 485-488, who.int/features/factfiles, 2008)

3. TIBBİ HATALAR

Hasta güvenliği küresel bir sağlık konusudur. Gelişmiş ülkelerde 10 hastadan birinin bakım aldığı sırada istenmeyen etkilere ya da hataya maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oranın daha da yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların gelişmiş ülkelere en az 10 kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (Chappy, 2006: 485-488). Dünya çapında 1.4 milyon kişinin hastanelerde enfeksiyona yakalandığı bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kullanılan tıbbi ekipmanın %50'si kullanılamaz ya da kısmen kullanılabilir durumdadır. Araç-gereç eksikliğinin yanında gelişmekte olan ülkelerde araçları kullanma becerisi eksikliği de söz konusudur (jcpatientsafety.org, 2008).

Hatalar; POTANSİYEL, ÖNLENEBİLİR, ÖNLENEMEZ olarak sınıflandırılabilir.



Kaynak: Yıldırım, Özlem ve Saral Çelik, Çağlayan (2005), "İ.T.Ü Sağlık Kurumları Yönetimi Sertifika Programı"
http://www.ufukcebeci.com/Portals/57ad7180-c5e7-49f5-b282-c6475cdb7ee7/jci_sunum.pdf

Tıbbi hatalar kök nedenlerine göre üçe ayrılır:

- İşleme bağlı hatalar,
- İhmale bağlı hatalar,
- Uygulamaya bağlı hatalar (Güven, 2007: 411-422)

Aşağıdaki tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir:

- İlaç hataları,
- Cerrahi hatalar,
- Tanı koymada hatalar,
- Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar,

- Diğer hatalar; hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hastanın düşürülmesi vb. (Güven, 2007: 411-422)

Tıbbi hatalar hastaları, hemşireleri ve kurumları olumsuz etkilemektedir. Böylece bu konu, sağlık bakım ekibinin tüm üyelerin dikkat etmesini gerektirir (Mrayyan vd., 2007: 659-670).

Tıbbi hatalar, doktor, eczacı gibi genellikle sağlık bakımı verenler nedeniyle olmaktadır. Ancak tıbbi hatalar meydana geldiğinde genellikle hemşireler ön planda yer almaktadırlar. Hemşireler tıbbi tedavinin yönetiminde anahtar rol oynamak ve bu nedenle tıbbi hataların önlenmesinde aktif rol almaktadırlar (Mrayyan vd., 2007: 659-670).

Bununla birlikte tıbbi hataları önlemeye hemşirelerin katılımını arttırmak için, tıbbi hatalar komitesi adına bireyleri cezalandıran geleneksel sağlık bakım sistemini sürdürmek yerine sağlık bakım sistemlerinin yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Bu şekildeki cezalandırıcı eylemler gelişmekte olan ülkelerde yaygındır (Mrayyan vd., 2007: 659-670).

Tıbbi hatalar, tedavi sürecinin herhangi bir aşamasında oluşabilmektedir (Mrayyan vd., 2007). Tıbbi hatalar, bireye bağlı problemlerden çok sağlık bakım sisteminin hatalı olduğunu göstermektedir (O'shea, 1999: 496-504).

4. HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINDA TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİ

Hasta güvenliğini tehdit eden unsurları, hastaya verilen hizmet süreçlerinin tamamında uygulanan, tedavinin başarısını etkileyebilecek her türlü olumsuzluk olarak tanımlamak mümkündür. Bu süreç, hastanın sağlık kurumu ile ilk temasından, tedavisinin sonlanacağı ana kadar devam eden zaman dilimini kapsamalıdır. Yapılan araştırmalarda hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların büyük kısmının kişilere değil, sisteme bağlı olduğu anlaşılmaktadır (Zorlutuna, 2008).

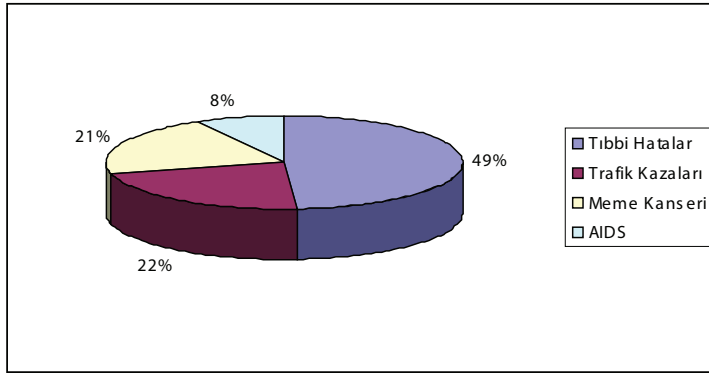
- Bu bağlamda sistem kurgusundaki:
- Yanlış ve yetersiz dokümantasyon,
- Kontrol mekanizmaları yetersiz olan ilaç uygulamaları,
- Hasta bilgilendirme ve kurum içi iletişimdeki eksiklikler,
- Yeterli tesis güvenliğinin sağlanamaması,
- Kurum içi eşgüdüm eksikliği,
- Tıbbi cihazlardaki kalibrasyon hataları,

- Yapılan uygulamalarda çift kontrol kuralının uygulanmaması, hasta güvenliğini tehlikeye atan en önemli faktörler olarak düşünülmelidir (Zorlutuna, 2008).

Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Tıbbi hatalar; planlanan bir işin amaçlanan şekilde tamamlanamaması ve amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanmasıdır. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation)'nın tanımı ise; sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamının neden olduğu, yani kasıtsız beklenmeyen sonuçlardır (Güven, 2007: 411-421).

A.B.D.'de etkinlik gösteren Institute of Medicine adlı kuruluş, 1999 yılı sonunda raporunu yayınladığı çalışmada, A.B.D.'de yılda 98000 hastanın tıbbi hatalara bağlı kaybedildiğini bildirilerek tehlikenin boyutlarını net bir biçimde gözler önüne sermiştir. Bu rakam aynı ülke için trafik kazası, meme kanseri veya AIDS'e bağlı ölümlerin çok üzerindedir (Şekil1) (Zorlutuna, 2008).

Şekil 1. Institute of Medicine, A.B.D. 1999



İngiltere'de 34 doktor ile yapılan bir araştırmada, doktorların yarısından fazlası çocuklarda adrenalin kullanımı hakkında, uygun dozun ne olduğu sorulduğunda yanlış cevap vermişlerdir (Kozeir vd., 2000: 782-821). İngiltere'de hastanede eğitim veren eczacılar, 88 potansiyel ciddi reçete hatası tanımlamışlardır. Araştırmacılar birçok hatanın dikkat eksikliği ya da geçerli kuralları uygulamama nedeniyle oluştuğunu ileri sürmektedir. Risk faktörleri, iş yükü, sağlık ekibi içindeki iletişim problemleri, fiziksel ve mental problemler ve tedavi hakkında bilgi eksikliğini içermektedir. Yetersiz eğitim, hatalarda bireysel farkındalığın yokluğu ve tedavinin reçete edilmesine az önem verilmesi gibi örgütsel faktörler, tıbbi hataların oluşma riskini arttırmaktadır (Dean vd., 2002: 1373-1378; Mrayyan vd., 2007: 650-670).

Hemşire eksikliği, hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini tehlikeye sokmaktadır. Diplomalı hemşirelerin (RN) eksikliği hasta güvenliği için ciddi tehlikeler barındırmaktadır. Araştırmaya dayalı resmi ve hastane yönetimi verilerinde "yetersiz

hastane hemşiresi ve mortaliteyi içeren olumsuz hasta sonuçlarındaki artış arasında ilişki" olduğu belirlenmiştir (Shipman ve Hooten, 2008: 521-523).

Fontan ve arkadaşları (2003) tıbbi hataların çeşitli kaynaklarını açıklamışlardır. Bunlar arasında, eksik yazılan orderler, hazırlama hataları, hesaplama hataları ve yönetim hataları bulunmaktadır. Tıbbi hatalara katkıda bulunan faktörler; tarihi geçmiş ilaçlar, yetersiz ya da dikkat çekmeyen etiketleme gibi bilgilendirme/iletişim alanları problemleri, ilaç isimlerinde karışıklık ve eksik belgeleme, ya/ya da hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, hasta mortalitesini önemli derecede etkileyen hemşire yokluğu veya iş yükü ve infüzyon pompaları ve hataların nedenini açıklamada eksiklidir. Tıbbi hata oluşumunu arttıran genel faktörler; order verme ve ilaçları depolamada kullanılan sistem içinde sınıflandırılabilir (Fontan vd., 2003: 112-117).

Hasta güvenliği ihlalleri/tıbbi hataların sonuçları:

- Mortalite ve morbidite
- Yatış süresinde uzama
- Hasta ve hasta yakınlarına verdiği rahatsızlık (en hafif tanımı ile)
- Hukuksal sorunlar (Pronovost vd., 2005: 1-19).

Genel olarak dünya çapında ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık bakım sistemlerindeki farklılıkları içeren tıbbi hatalar rapor edilmemektedir. Tıbbi hataların rapor edilmesi ile ilgili hemşirelerin görüşüne göre hemşirelerin ihmali ile ilgili en sık nedenler; hemşirelerin disiplin cezası ya da işini kaybetmeden korkma, raporda gösterilmesi için ciddi olmadığını düşünme, çalışma arkadaşları tarafından kabul edilmede tepki görmekten korkma ve yönetici hemşireden tepki görmekten korkma yer almaktadır (Mrayyan vd., 2007: 659-670).

5. SONUÇ

Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlıkta kalitenin temel unsurlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta kaliteyi sağlamak için, sağlık politikalarının; sağlık bakımı alanları, sağlık çalışanları ve sağlık bakımı veren kurumların, uygulamalarını düzenlemek, geliştirmek için uygun şekilde oluşturulması gerekmektedir. Sağlık kurumlarının nitelikli sağlık hizmeti verebilmeleri için, temel koşulları yerine getirmeleri, kurumlarda hasta güvenliği yönünden gereken süreçlerin, eksiksiz/hatasız uygulanması ve prosedüre uygun gerçekleştirmeleri gerekmektedir (Zorlutuna, 2008).

KAYNAKLAR

Aştı, Türkinaz, Acaroğlu, Rengin (2000), "Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar" **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, Cilt 4, No. 2, sayfa 22-27.

Beyea, Suzanne (2006), "The National Patient Safety Goals: A focus for action" **AORN Journal**, Vol. 84, Issue 3, September. pp. 485-488.

Chappy, Sharon (2006), "Perioperative Patient Safety : A Multisite Qualitative Analysis" **AORN Journal**, Vol. 83, Issue 4, April, pp. 871-897.

Dean, Brony, Schachter Mike, Vincent Charles, Barber Nick (2002), "Causes of Prescribing Errors in Hospital Inpatients: A Prospective Study", **Lancet**, Vol 359, Issue 9315, April, pp.1373–1378.

Fontan, Jean-Eudes, Maneglier, Vincent, Nguyen, Vu Xuan., Loirat , Chantal, Brion Françoise (2003), "Medication errors in hospitals: computerized unit drug dispensing systems versus ward stock distribution system", **Pharmacy World & Science**, Vol 25, Issue 3, pp.112–117.

Gladstone, Jill (1995), "Drug Administration Errors: A Study Into the Factors Underlying the Occurrence and Reporting of Drug Errors in A District General Hospital", **Journal of Advanced Nursing**, Vol 22, Issue 4, Oct., pp: 628–637.

Güven, Rabia (2007), "Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı", **5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi**, 4-8 Nisan, Antalya, sayfa 411-422

Joint Commission International Center for Patient Safety, Performance of Correct Procedure at Correct Body Site, Patient Safety Solutions, www.jcipatientsafety.org/fpdf/presskit/PS-Solution4.pdf, (11.10.2008)

Kozier, Barbara-Erb, Glenora-Berman, Audrey-Snyder Shirlee (2000), "Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice", **Prentice Hall Health**, New Jersey, pp. 783-821

Mrayyan, Majt T., Shishani, Kawab, Al-Faouri, Ibrahim (2007), "Rate, Causes and Reporting of Medication Errors in Jordan: Nurses' Perspectives", **Journal of Nursing Management**, Vol. 15 Issue 6, pp. 659-670.

Oğuz, Yasemin (2008), "**Yüksek Riskli Bir Mekân: Sağlık Kuruluşu**", <http://www.biyotetik.org.tr/makaleler/Malpraktis/Yasemin.pdf> (11.10.2008).

O'shea, Ellen (1999), "Factors Contributing to Medication Errors: a Literature Review", **Journal of Clinical Nursing**, Vol. 8 Issue 5, September, pp. 496–504.

Pronovost et al. (2005). Defining and measuring patient safety. *Crit Care Clin*; 21:1-19.

Shipman, Debra, Hooten, Jack (2008), "Without Enough Nurse Educators There Will Be A Continual Decline İn Rns And The Quality Of Nursing Care: Contending With The Faculty Shortage", **Nurse Education Today**, Vol 28, Issue 5, pp.521–523.

Taylor, Calor, Lillis, Calor, Lemone, Priscilla, (1997), Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care, Third Edition, Lippincott, Philadelphia, pp. 624-658

Taxis, Katja, Barber, Nick (2003). Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. **British Medical Journal**, Vol. 326, Issue 7391; March 29, pp. 684-687.

Yıldırım, Özlem ve Saral Çelik, Çağlayan (2005), "İ.T.Ü Sağlık Kurumları Yönetimi Sertifika Programı" http://www.ufukcebeci.com/Portals/57ad7180-c5e7-49f5-b282-c6475cdb7ee7/jci_sunum.pdf (11.10.2008).

Zorlutuna, Yaman, (2008), "Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği" http://www.saglikyonetimikongresi.org/OnlineWebEditor/userfiles/SYK_Sunumlar/YZ-SKHG.pdf (11.10.2008).

www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index.html, (11.10.2008).

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINDA KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMASINA KARŞI ÖNLEM ALMANIN ÖNEMİ

Cihan Aslan⁵, Erkan Küçükılınç⁶, Bahtışen Tekgül⁷,
Mustafa Kaya⁸, Fatma İltuş⁹, Aylin Düzel¹⁰

Özet

Sağlık çalışanlarında kesici delici alet yaralanmaları sonucu kan yolu ile bulaşan enfeksiyonların önlenmesi, korunma yöntemleri ve bunların sistematik olarak kayıt altına alınması çalışan güvenliği açısından önemlidir. Bu çalışmamızda sağlık çalışanlarına yönelik güvenli hareket tarzı konularında bilgi, beceri ve uygulama gereksinimlerinin saptanmasını; bu gereksinimlerin çalıştığı birime, aldığı eğitime, birimde çalışma süresine, mesleğine bağlı olup olmadığını karşılaştırmak ve elde ettiğimiz sonuçlar ışığında gerekli önlemleri almak için neler yapılabileceğini saptamayı amaçladık.

Araştırmanın örneklemini İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin farklı birimlerinde görev alan, farklı mesleklerdeki 374 kişi oluşturmuştur. Elde edilen sonuçlara göre, kesici delici alet yaralanmaları ile ilgili eğitim alan ve almayan çalışanların bilgi düzeyleri ve tutumlarının ortalama puanları karşılaştırılmış ve sonuçlara yönelik uygun öneriler getirilmiştir.

Sonuç olarak; sağlık çalışanları kesici delici alet yaralanmaları nedeniyle risk altındadırlar. Bu riskleri en aza indirmek öncelikle sağlık çalışanlarının kesici delici alet yaralanmaları ile ilgili eğitim almasına, aldıkları eğitime uygun davranmasına (meslek grubu, çalışma yılı, çalıştığı birim ayrımı olmadan) kurumun konu ile ilgili etkili bir organizasyonel yapı oluşturmaya ve bu uygulamalara çalışanların katılımı olmasına bağlıdır.

Anahtar Kelimeler: Kesici Delici Alet Yaralanması, Çalışan Güvenliği, Eğitim, Farkındalık

Abstract

The protection of the blood borne infections as a result of incisive instrument injury, the methods of protection and systematic registration of these injuries are important from the points of working security of health care workers. In our this study ; we tried the determination of the knowledge, ability and application necessities aimed

5 İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drcihanasanlan@gmail.com

6 İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, erkankucukkilinc@gmail.com

7 İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, btekgul@hotmail.com

8 İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, mkaya9370@my.net.com

9 İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, fatmailtus@yahoo.com

10 İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, aylin.duzel@hotmail.com

to the health care workers at the subjects of safety movement ways; comparison of these necessities connected with their working unite, their training, their working period and dependence of their occupation and determination of things can be made for necessary protections at the end of these results

The samples of this research arise from the 374 people working at different departments of İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hospital. Appropriate suggestions made by according to the results obtained from knowledge levels and attitudes of this workers either taught related with incisive instrument injury or not.

As a result; health workers are under the risk due to incisive instrument injury. To minimize these risks are depended on firstly to the training of health care workers related with the incisive instrument injury, to behave fit to this training (without difference between professional group, working year, working department), constitution of an effectively organizational structure by the council and participation of this applications by workers.

Key Words: Incisive Instrument Injury, Working Security, Training, Awareness

1. GİRİŞ

Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri arasında ilk akla gelen risklerden biride kesici delici alet yaralanmalarıdır. Pek çok sağlık çalışanı bu tür yaralanmalar sonucunda hepatit C (HCV), hepatit B (HBV), ya da AIDS (HIV) virüsüne maruz kalmaktadırlar (cdc.gov,2009).

Kesici delici alet denince; elle tutulduğu sırada cildin penetran yaralanmasına neden olabilen tıbbi ya da laboratuvar ekipmanları kastedilmektedir. Bunlar, iğneler, sivri uçlu intravenöz giriş uçları, bistüriler, lansetler, pipet ya da ampüllere ait kırık cam parçaları ve enjektörleri içermektedir. Aynı zamanda yaralanmaya neden olabilecek tarzda sert plastik maddeler de bu gruptandır. Kontaminasyona neden olan sıçrama ise herhangi bir vücut sıvısının bireyin ağızına, kulaklarına, gözlerine ya da cilt bütünlüğünün bozuk olduğu bir bölgesine sıçrama yoluyla bulaşmasıdır (ballarat. edu. au, 2009).

Sağlık çalışanları arasında hastalar ile doğrudan temas ve yoğun ilişkide bulunan hemşire grubunun kesici delici alet yaralanmalarında diğer çalışanlara oranla (laboratuvar çalışanları, teknisyenler, temizlikçiler gibi) daha fazla mesleki risk grubu içerisinde olduğu görülmüştür. Hekim ve teknisyenler ise hemşire grubunu takip etmektedirler. ABD her yıl 385.000 bin sağlık personeli kesici alet yaralanmasına maruz kaldığı tahmin edilmektedir. CDC'nin (Centers for Disease Control) 2000–2004 yılları arasında farklı 28 ülkede 80 sağlık kuruluşunda yaptığı çalışmada toplam 37.000 bin iğne yaralanması bildirilmiştir. Bu çalışmada hemşireler (%44), doktorlar (%28), teknisyenler (%15), diğer çalışanlarda (%13) oranında yaralanmaya maruz kalmıştır (cdc. gov,2009).

2. KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI

2.1 Genel Tanımlar

Kesici delici alet yaralanmaları ile ilgili çalışmalar 1980'li yıllara dayanır ve bu çalışmaların ana noktası eğitime odaklanmıştır. 1987 yılında ise CDC kesici delici alet yaralanmalarını azaltmak için bazı evrensel tedbirler belirlemiştir (koruyucu eldiven, uygun teknikler vb). Fakat bu önlemler iğne batmalarını engelleyen aletlerin olmayışı nedeniyle sınırlı oranda azalma sağlamıştır. Buna yönelik olarak 1991 yılında OSHA (Occupational Safety and Health Administration) kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlara yönelik bazı standartlar belirlemiştir (cdc. gov,2009).

Bu standartlar, kan yoluyla bulaşan patojenlere karşı riskli grupları eğitmek, tüm sağlık personelinin hepatit B bağışıklamasının yapılması, kişisel koruyucu ekipmanların kullanılması, güvenli aletlerin temini ve bu yaralanmaya maruz kalındığında uygulamasında kayıt ve kontrol sistemi gibi konuları içermektedir (cdc. gov,2009).

2005 yılında Atlanta'da CDC birçok sağlık profesyoneli ve sağlık çalışanı ile tıbbi malzeme firmalarının da katıldığı bir toplantı düzenleyerek kesici delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik incelemelerde bulunmuştur (cdc. gov,2009).

OSHA ile birlikte CDC bu amaca yönelik olarak bazı eğitimler planlamış, yürütmüş ve bazı yasal taslaklar oluşturmuştur. Toplantı sonucunda; organizasyonel yapıların oluşturulması, iğne ucu yaralanmaların azaltılması, eğitim planlarının uygulanması, yaralanmaları azaltmaya yönelik güvenli malzemelerin üretilmesi ve yaygınlaştırılması gibi konularda, bir hareket planı oluşturulmasına karar verilmiştir (cdc. gov,2009).

Standartların uygulanmasından sonra yapılan çalışmalarda 2000–2003 yılları arasında elde edilen verilere göre kesici delici alet yaralanmalarının %61'nin önlenebilir yaralanmalar olduğu saptanmıştır (%61'i önlenebilir, %19'engellenemez, diğer vb). Bu önlenebilir oranın %22'si sadece güvenli alet kullanımı ile engellenebilmektedir. Diğer kısımları da organizasyonel faktörlere bağlı olarak engellenebilir (cdc. gov,2009).

Yapılan başka bir çalışmada da kesici delici alet yaralanmalarının %80'nin güvenli alet kullanımı ile önlenebileceği bildirilmiştir. Bununla birlikte tıbbi bakım verirken sağlık çalışanının birçok güvenli alet temin edilmişken bunları kullanmaktan kaçındığı da belirtilmiştir. (nursingworld.org).

Daha öncede belirtildiği gibi ABD her yıl 385.000 bin sağlık personeli kesici alet yaralanmasına maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Ülkemizde yeterli bir istatistikî çalışma olmamasına rağmen, yapılan bir çalışmada sağlık personelinin %97,4'nün kesici delici ve batıcı alet yaralanmasına maruz kaldığı ve bunların %1,9'unda hepatit B enfeksiyonunun meydana geldiği saptanmıştır. Bu ve benzeri birçok çalışma ülkemizde kesici delici alet yaralanmalarının önemli bir çalışan güvenliği sorunu

olduğunu göstermektedir (Köktürk, Kurşun, Yavuz, Dramalı, 2003:315).

2.2 Nedenleri ve Yaralanma Sonrası İzlenecek Yöntemler

Kesici delici alet yaralanmasına neden olan birçok farklı durum vardır. Bunlar kesici delici aletlerin;

- Yanlış kullanımı,
- Güvenli aletlerin uygunsuz kullanımı ve yanlış seçimi,
- Uygun olmayan tekniklerin kullanılması,
- Alet ya da enjektörün uygunsuz yerleştirilmesi (hastanın aniden hareket etmesi vb)
- Çalışan birisiyle çarpışma, temizlik esnasında oluşan sıçramalar vb nedenlere bağlı olabilir.

Kesici delici alet yaralanmalarının nedeni ne olursa olsun yaralanma sonrası izlenecek adımlar standardize edilmelidir. Dünyada coğrafi ve ekonomik birçok faktöre göre değişiklik gösterse de izlenecek adımlar birbirine benzerdirler. Bunlar; (cdc. gov,2009).

- 1.** Kurumun organizasyon kapasitenin geliştirilmesi,
- 2.** İzlenecek sürecin programının oluşturulması ve değerlendirilmesi,
 - Güvenli alet ve güvenlik olgusunun değerlendirilmesi,
 - İğne ucu yaralanmalarının kayıt edilmesine dair prosedür oluşturulması,
 - İğne yaralanmalarının analizi için metot belirlenmesi,
 - Koruyucu ekipman ve güvenli aletlerin seçimi kullanımı ve değerlendirilmesinin tanımlanması,
 - Sağlık çalışanlarının korumaya yönelik eğitim ve uygulama programının değerlendirilmesi.
- 3.** İğne ucu yaralanmalarını önlemeye yönelik yıllık plan oluşturulması,

4. Öncelikli gereksinimlerin belirlenmesi ve karar alınması,
5. Planlanan faaliyetin uygulanması ve geliştirilmesi,
6. Programın performansının ölçülmesi.

2.3 Çalışan Güvenliği İlişkisi

Son yıllarda kesici delici alet yaralanmaları çalışan güvenliği açısından önemli bir konu haline gelmiştir. Daha güvenli bir iş ortamı oluşturmak için kesici delici alet yaralanmasının azaltılmasına yönelik prosedürlerin oluşturulması ve uygulanması şarttır. Fakat bu konuya bireysel ve birimsel faaliyetler dışında sağlık kuruluşlarının organizasyonel bir yapı içerisinde bakması gerekmektedir. (cdc. gov,2009).

Sağlık kuruluşunun bu konuda oluşturacağı organizasyonel yapı;

- Güvenli aletlerin kullanımına yeterli kaynak ayrılmasını,
- Hastane hedefleri oluşturulurken bu konuları içeren misyonun belirlenmesini,
- Güvenli kullanım ile üretkenlik ve verimlilik artışının hedeflenmesini,
- Çalışanlar arası doğru ve etkili bir iletişimi ve
- Hata veya olay bildirimini konusunda çalışanların cesaretlendirilmesi gibi noktaları içermelidir.

Bu organizasyonel yapı oluşturulduktan sonra çalışan güvenliği uygulamaları içerisinde bazı hedefler belirlenmelidir. Bu hedefler; (cdc. gov,2009).

- Güvenli aletlerin kullanımının yaygınlaştırılması,
- Kesici delici alet yaralanmalarına ilişkin bütün prosedürleri kapsayan yazılı dokümanların olması,
- Verilerin tanımlanmış bir birim tarafından kayıt altına alınması,
- Sürekli iyileştirme için bu sonuçların analizi ve değerlendirilmesi ve
- Yıllık çalışama raporunun oluşturulmasını içermelidir.

Bütün bu hedeflerin uygulanmasına karşın kesici delici alet yaralanmalarının azaltılmasına yönelik sorunlar yaşanabilmektedir. Ekonomik ve bazı organizasyonel

yapıdan kaynaklanan sorunlar çözülmeyen, hedeflere sadece eğitim ve denetim mekanizmaları ulaşmaya çalışılmamalıdır. Bu tür sorunlar bütüncül bir yaklaşımla çözülebilmelidir.

2. 4 Yapılan Araştırmaya Yönelik Bulgular ve Sonuçlar

2008 yılı Mart-Temmuz ayları arasında yapılan araştırmaya İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde farklı birim ve görevlerde çalışan 374 olgu dahil edildi. Bu olguların çalıştıkları birimlere, mesleklere, eğitim düzeylerine, yaş gruplarına, toplam çalışma sürelerine, birimde çalışma sürelerine göre dağılımı aşağıda verilmiştir (Tablo 1, 2, 3, 4, 5, 6).

Tablo 1. Çalıştıkları birimlere göre olguların dağılımı

Klinikler	n	%
Dahiliye	44	11.8
Cerrahi	33	8.8
Kadın Doğum	35	9.4
K.B:B	32	8.6
Göz	8	2.1
Ortopedi	6	1.6
Üroloji	17	4.5
Nöroloji	2	0.5
Psikiyatri	13	3.5
Anesteziyoloji	20	5.3
Kan Alma	7	1.9
AMATAEM	2	0.5
Acil	90	24.1
Ameliyathane	1	0.3
Postop	7	1.9
Diş	10	2.7
Doğum Salonu	7	1.9
Semt Poliklinikleri	40	10.7
Toplam	374	100.0

Tablo 2. Mesleklere göre olguların dağılımı

Meslek	n	%
Uzman Doktor	35	9.6
Asistan Doktor	75	20.54
Hemşire	140	38.4
Ebe	24	6.6
Sağlık Teknisyeni	30	8.2
Şirket Personeli	59	16.2
Diğer	2	0.5
Toplam	365	100.0

Tablo 3. Olguların eğitim durumlarına göre dağılımı

Eğitim	n	%
İlkokul	23	6.6
Ortaokul	15	4.3
Lise	93	26.7
Yüksek okul	95	27.3
Üniversite	108	31.0
Yüksek Lisans/ Doktora	14	4.0
Toplam	348	100.0

Tablo 4. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş	n	%
16-25	39	10.6
26-35	199	54.2
36-45	90	24.5
46-55	32	8.7
56-65	6	1.6
66+	1	0.3
Toplam	367	100.0

Tablo 5. Olguların meslekteki çalışma sürelerine göre dağılımı

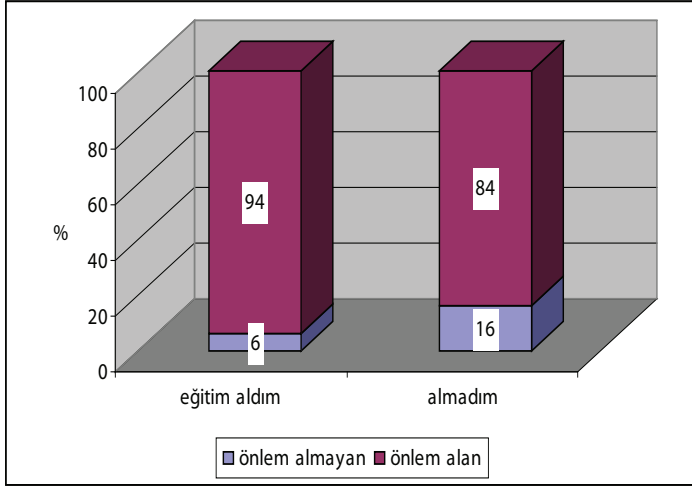
Çalışma Süresi	n	%
0-1	155	46.3
2-5	116	34.6
6-10	37	11.0
11-15	9	2.7
16-20	12	3.6
20+	6	1.8
Toplam	335	100.0

Tablo 6. Olguların birimdeki çalışma sürelerine göre dağılımı

Çalışma Süresi	n	%
0-5	139	39.0
6-10	80	22.5
11-15	41	11.5
16-20	44	12.4
20+	52	14.6
Toplam	356	100.0

Araştırmamızda yukarıda belirtilen demografik bilgilerin bazı saptanan özelliklerle karşılaştırılması yapılmıştır. Grafik 1’de de belirtildiği gibi eğitim kesici delici alet yaralanmalarının azaltılmasında önemli bir faktördür.

Grafik 1. Olgularda kesici delici alet yaralanması eğitimi alan ve almayanların dağılımı (n/%)

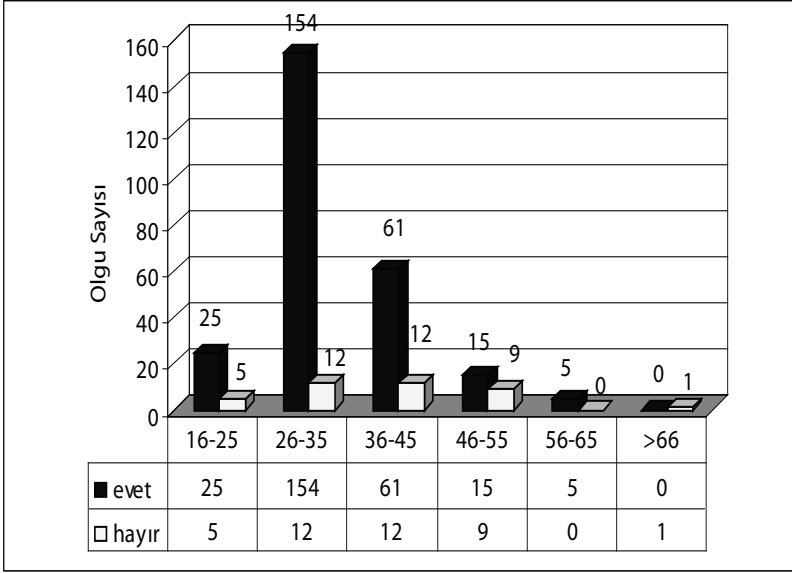


Daha önce kesici delici alet yaralanması konusunda eğitim alanların %6’sında, almayanların ise %16’sında herhangi koruyucu önlem alınmadığı (eldiven vb) görülmüştür. Eğitim alan ve almayan gruplarda kesici delici alet yaralanmasına karşı önlem almadaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Chi-square, p=0,024* ve p<0,05**).

*İstatistiksel olarak anlamlı

Araştırmamızda ikinci bir faktörde yaş gruplamasının karşılaştırılması sonucu ortaya çıkmıştır. Grafik 2’de de görüldüğü gibi 26–35 yaş arasındaki genç nüfusta kesici delici alet yaralanmalarına önlem alma konusunda farkındalık olduğu saptanmıştır.

Grafik 2. Yaş gruplarına göre kesici delici alet yaralanmasına önlem alanların dağılımı



Çalışmamıza katılanlardan 26-35 yaş grubunda kesici delici alet yaralanmasına karşı önlem alanların oranı diğer yaş gruplarına göre daha yüksek düzeyde tespit edilmiş olup, meslekte 10 yılın altında olanların kesici delici alet yaralanmalarından korunmada diğer yaş gruplarına göre daha duyarlı olması istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Buradan da anlaşılacağı üzere meslekte uzun yıllar çalışmakta olanların kesici delici alet yaralanmasına karşı önlem almada daha esnek davrandığı anlaşılmaktadır (**Chi-square, $p=0,001$ ve $p<0,05$**).

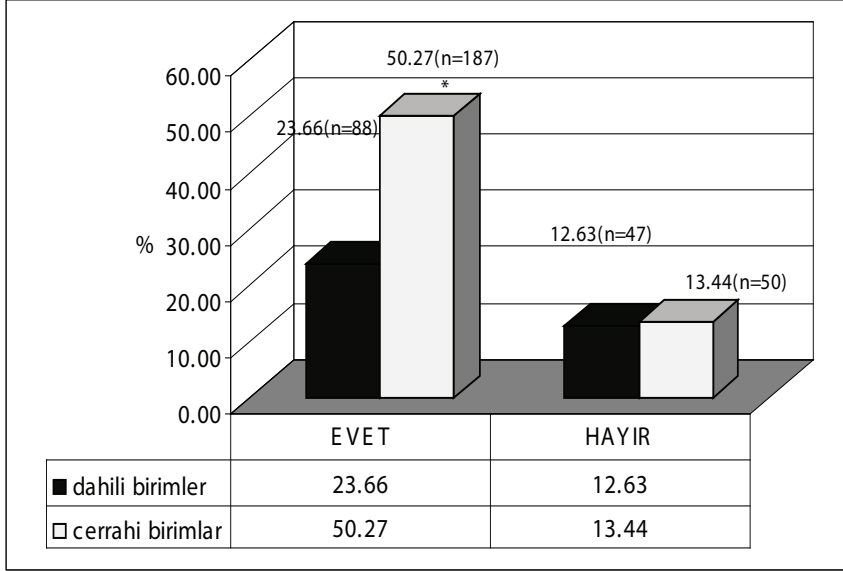
Araştırmaya katılan grubun çalışma süreleri değerlendirildiğinde işe yeni başlayan grubun yaralanmalara karşı önlem alma konusunda daha duyarlı olduğu görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7. Birimlerde çalışma sürelerine göre kesici delici alet yaralanmalarına karşı önlem alma dağılımı

Çalışma Süresi	Önlem Alıyorum			%	Toplam
	Evet	%	Hayır		
0-1	104	86.67	16	13.33	120
2-5	92	90.20	10	9.80	102
6-10	27	84.38	5	15.63	32
11-15	3	50.00	3	50.00	6
16-20	8	88.89	1	11.11	9
>20	2	50.00	2	50.00	4

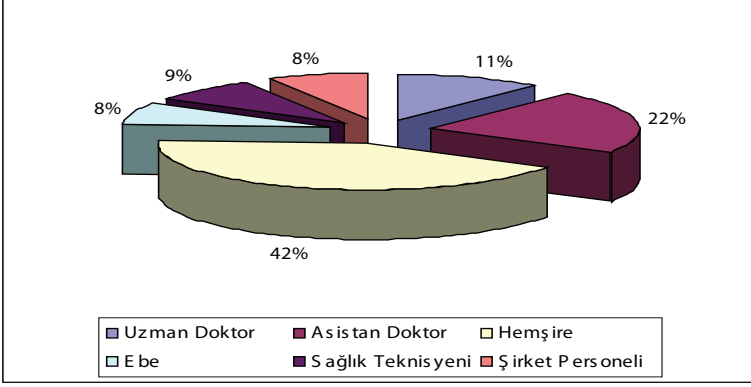
Çalışmamıza katılanların büyük bir çoğunluğu 0-5 yıldır aynı klinikte çalışmakta idi. Zira çalışma süresi 0-1 yıl olan (104 kişi) ve 2-5 yıl olan (92 kişi) idi. Çalıştıkları birimde daha kısa süre görev alan çalışanların uzun süre görev alanlara göre kesici delici alet yaralanmasına karşı daha fazla düzeyde önlem alması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (**Chi-square, p=0,026 ve p<0,05**).

Grafik 3. Kesici ve delici alet yaralanmalarının dahili ve cerrahi birimlere göre dağılımı



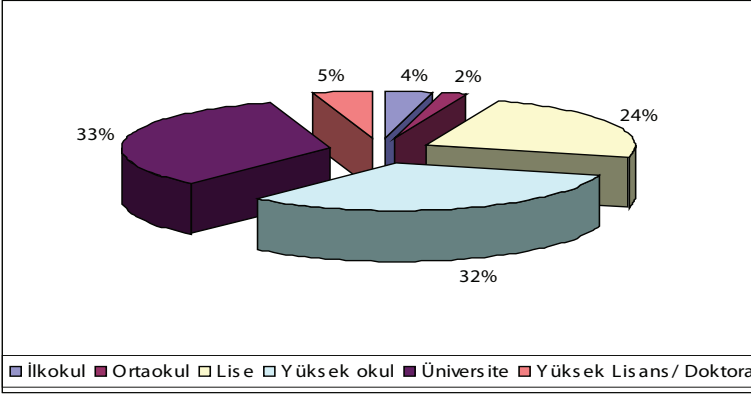
Olguların dahili ve cerrahi birimlerde çalışma dağılımı incelendiğinde cerrahi birimlerde kesici delici alet yaralanmasının daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (**Chi-square, p=0,001 ve p<0,05**).

Grafik 4. Kesici delici alet yaralanmalarının meslek durumuna göre dağılımı



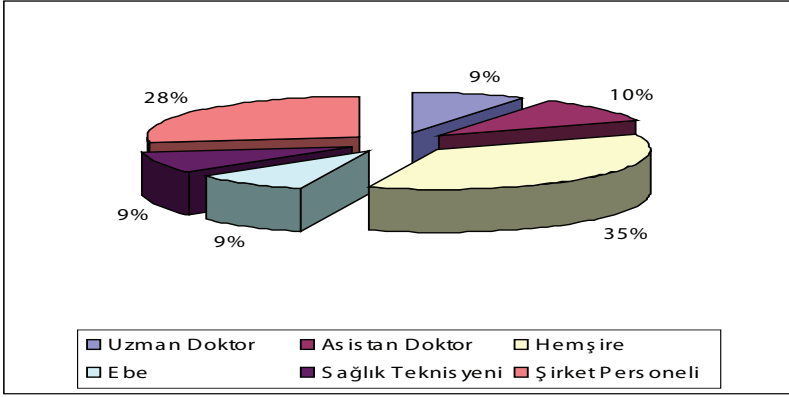
Çalışmamıza katılanları meslek gruplarına göre incelediğimizde, kesici ve delici alet yaralanmalarında en yüksek oranların hemşire ve hekim grubunda olduğu görülmüştür (Chi-square, $p=0,001$ ve $p<0,05$).

Grafik 5. Kesici delici alet yaralanmalarının eğitim durumlarına göre dağılımı



Çalışmamıza katılanları eğitim durumlarına göre incelediğimizde, kesici ve delici alet yaralanmalarında en yüksek oranların fakülte ve yüksek okul grubunda olduğu görülmüştür (Chi-square, $p=0,000$ ve $p<0,05$).

Grafik 6. Yaralanma bildirimlerinin mesleklere göre dağılımı



Çalışmamıza katılanları kesici ve delici alet yaralanmalarında kayıt bildirimlerine göre incelediğimizde, en yüksek oranların hemşire ve şirket personeli (temizlik hizmetleri) grubunda olduğu görülmüştür (**Chi-square, p=0,001 ve p<0,05**).

Elde edilen bu bulgular sonucunda kesici delici alet yaralanmalarının çalışan güvenliği açısından önemli bir risk taşıdığı görülmektedir. Eğitim faktörü kesici delici alet yaralanmalarında azaltmaya yönelik en önemli faktörlerden birisidir. Hastanelerde buna yönelik faaliyetlerin artırılması ve sonuçların değerlendirilmesi gerekir. Özellikle hastanede yıllardır görev alan ve deneyimli kabul edilen 35 yaş üstü grubun bu konudaki farkındalığının hem eğitim hem de organizasyonel çalışmalarla artırılması gerekmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi cerrahi ve acil birimlerin daha yüksek oranda kesici delici alet yaralanmasına maruz kaldığı araştırmamızda da elde edilen önemli bir sonuçtur. İzlenecek önlemeye yönelik adımlarda da belirtildiği gibi cerrahi ve acil birimler gereksinimler konusunda daha öncelikli pozisyonadadır. Hastanede buna yönelik organizasyonel faaliyet yürütülmelidir.

Hemşireler hasta ile doğrudan teması yüksek olan ve bu nedenle yaralanmaya en fazla maruz kalan meslek grubudur. Araştırmamızda hemşirelerden sonra asistan hekim grubunun yaralanmaya ikinci sırada maruz kaldığı görülmektedir. Kesici delici yaralanmalarına yönelik düzeltici ve önleyici faaliyetlerin bu gruplar üzerinde yoğunlaştırılması çalışan güvenliği açısından önem taşır.

Son olarak yaralanmaların bildirimini ile ilgili sonuçlara bakıldığında hemşire ve şirket personeli (temizlik) grubunun bildirim önemi konusunda farkındalık düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Hekim grubundaki farkındalığın düşük olması kesici delici alet yaralanmalarının oranında bazı farklı sonuçlar elde edilmesine neden olabilir. Bu nedenle hekim grubunun da kesici delici alet yaralanmalarına yüksek oranda maruz kalabileceği göz ardı edilmemelidir.

3. SONUÇ

Sonuç olarak; sağlık çalışanları için kesici delici alet yaralanmaları önemli bir çalışan güvenliği tehdididir. Sağlık kuruluşunun etkili bir çalışan güvenliği politikası oluşturması için kesici delici alet yaralanmaları oranını azaltması beklenir. Bu riskleri en aza indirmek öncelikle sağlık çalışanlarının kesici delici alet yaralanmaları ile ilgili eğitim almasına, aldıkları eğitime uygun davranmasına (meslek grubu, çalışma yılı, çalıştığı birim ayrımı olmadan) ve kurumun konu ile ilgili etkili bir organizasyonel yapı oluşturmasına bağlıdır. Tüm bu önlemlere yönelik olarak da çalışan güvenliği politikalarının çalışanların katılımını artırmaya etkisi olmalıdır.

KAYNAKLAR

<http://www.cdc.gov/Sharpssafety/pdf/proceedings.pdf> (05.01.2009).

"Sharps/ Needle Stick/ Splash InjuriesGuidelines/Statement" School of Nursing, University of Ballarat, Australia (<http://www.ballarat.edu.au/ard/nursing/policy.shtml>- (05.01.2009).

http://www.cdc.gov/Sharpssafety/wk_info.html#0about (05.01.2009).

Köktürk, M., Kurşun, Ş., Yavuz, M., Dramalı, A.: "Hastanede Çalışan Sağlık Personelinde Kesici Delici Alet Yaralanmalarının İncelenmesi", ss:305-316, 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 22-26 Ekim 2003, İzmir.

Stoker R.: "Needlestick Injury prevention", Online Journal of Issues in Nursing. Vol.9 No:3,pp113.<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/InjuryPrevention.aspx> (05.01.2009).

HİZMET KALİTE STANDARTLARI VE İLAÇ UYGULAMALARINDA HASTA GÜVENLİĞİ BOYUTU

Songül Yorgun¹¹, Zeynep Baysal¹², Serpil Özdener¹³, Sema Umur¹⁴

Özet

Bu çalışma Hizmet Kalitesi Standartları doğrultusunda hasta güvenliği kapsamında yer alan ve temel konulardan birisi olan ilaç uygulamalarını içermektedir. Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi olarak hasta güvenliği dahilinde ilaç uygulamalarına ilişkin yapılan uygulamaları kapsamaktadır. Hasta Güvenliği çerçevesinde ilaç güvenliği, etkin iletişim, kimliklendirme süreçleri ile işler hale getirilmesi amacıyla başlatılan çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışma ile ilaç güvenliğine ilişkin uygulamalar ve raporlamaların işler hale getirilmesi amaçlanmıştır. Bu konuda ilaç uygulamalarına yönelik, iletişime yönelik, yüksek riskli ilaç kullanımını içeren uygulamalar başlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, İlaç Güvenliği, İlaç Hataları

Abstract

This study covers medicine application which is a part of patient safety regulations of Service Quality Standards and is itself one of the basic matters. The study contains the application of medicine in Bolu İzzet Baysal State Hospital within patient safety regulations. Medicine safety, effective communication and how this communication is to become more active through identification processes are included in this study. The aim here is to make application and reports of medicine safety more functioning. Regarding the matter, new regulations such as medicine application, communication and application of medicine with high risks have begun.

Key Words: Patient Safety, Medicine Safety, Mistakes Regarding Medicine

1. GİRİŞ

İlaç hataları "sağlık çalışanları, hasta ya da bireyin kontrolünderken, ilaçların uygun olmayan kullanımı ya da hastaya zarar vermesine yol açabilen önlenebilir herhangi bir olay" olarak tanımlanmıştır(FDA, 2008). Kanada'da yapılan bir çalışmada adverse olayların akut hasta kabullerinde %7,5 oranında meydana geldiğini ortaya koymuştur. Bunların en genel nedeni de ilaç hataları olarak saptanmıştır (Fijn vd., 2002:53).

11 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, syorgun58@hotmail.com

12 Bolu İl Sağlık Müdürlüğü, serpilozdener@hotmail.com

13 Bolu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, baysal_zeynep@hotmail.com

14 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, semamur@hotmail.com

FDA 1993'ten 1998'e kadar olan sürede 5366 hatalı ilaç uygulaması tespit etmiştir. Bunların %78'i ciddi hasar veya ölümlü sonuçlanmıştır. Reçete hataları % 35, reçete hazırlama hataları % 30, idari hatalar % 35 olmak üzere hatalar üç kategoride toplanmıştır(Lesar TS vd.,1997:157). Haziran 1995- 30 Eylül 2008 itibariyle sentinel olay olarak bildirilen 5437 vakadan 481'i ilaç hatasıdır. Toplam olayların %8.8'ını oluşturmaktadır ve 4. sıradadır (hastaguvenligimiz.com, 2008).

Türkiye'de bu konuda fazla çalışma yapılmamış olmakla birlikte, Türkinaz Aştı ve arkadaşları tarafından yapılan "Hemşirelikte Hatalı Uygulamalar" çalışmada ilaç hataları 2. önemli sıradadır(T.Aştı vd., 2000:25). Bu veriler hasta güvenliğinde ilaç uygulama hatalarının önemini belirtmektedir.

JCI Hastaneler için Akreditasyon Standartlarında yer alan Uluslar arası Hasta Güvenliği Hedefleri altı hedef olarak belirlenmiştir ve bu hedeflerden 3. hedef olarak "Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Geliştirilmesi" olarak belirlemiştir. Yüksek riskli ilaçlar; hatalı kullanıldıklarında hasta üzerinde geri dönüşsüz veya kalıcı olumsuz etki yaratan ilaç ve sıvılardır.

İlaçlar hasta tedavi planının bir parçası olduğunda, hasta güvenliğinin garanti edilmesi için uygun yönetim gerekli olmaktadır. Sıklıkla bahsedilen bir güvenlik konusu da konsantre elektrolitlerin kasıtsız olarak verilmesidir. Bu meydana gelen hataları azaltmak ya da ortadan kaldırmak için en etkin yol, konsantre elektrolitleri hasta bakım ünitelerinden eczaneye kaldırmaktır. Kuruluş, konsantre elektrolitlerin hasta bakım alanlarında bulunması sebebi ile yanlış uygulamaların meydana gelmesini önleyecek, işbirliği içerisinde bir politika ve/veya prosedür geliştirir (JCI, 2008: 31-35).

1.1. Amaç

Hasta güvenliğinin önemli bir parçası olan ilaç güvenliğinin EK-1 Hizmet Kalitesi Standartları ışığı altında hastanemizde uygulanması, varsa hataların ve nedenlerini tespiti, raporlamanın yapılması, izlenebilirliğinin sağlanmasıdır. Kurumumuzda İlaç güvenliğinde etkin iletişim ve kimlik doğrulamalarının her aşamada yapılmasını amaçlanmıştır.

2.YÖNTEM

EK-1 Hizmet Kalitesi Standartlarının hasta güvenliği ve ilaç yönetimi ölçütlerinden 35.4, 35.7, 35.8, 39.1, 39.2, 39.3, 39.4, 39.5. maddeler üzerinde yapılan çalışmalar sayesinde hastanemizde oluşturulan ilaç güvenliği kültürünün oluşturulmasının anlatılmasıdır.

2.1. Bulgular

Hasta Güvenliği çerçevesinde ilaç güvenliği, etkin iletişim, kimliklendirme süreçleri ile işler hale getirilmesi amacıyla, hastanemiz kalite ekibi tarafından ilgili birimlerin

desteği ile ilaç uygulamalarına yönelik; İlaç Hatalarının nlenmesi ve Raporlanması Prosedürü, Sözel İlaç Order Uygulama Prosedürü, Güvenli İlaç Uygulama Talimatı, Narkotik İlaç İstek, Narkotik İlaç Devir Teslim, Antineoplastik İlaç Güvenli Kullanım Standartları Rehberi, İlaç-Besin Etkileşimleri, İlaç-İlaç Etkileşimleri, Benzer İsimli İlaç, Pediatrik İlaç Doz, Yüksek Riskli İlaçlar Listeleri, hastanın kullanacağı ilaçların anlatıldığı Taburcu Sonrası İzlem Formu, oluşturulmuştur.

İletişime yönelik; Sözel İstem Formu, Ramakkala Olay Bildirim Formları, İlaç Hatası Rapor, Beklenmedik Olay Formları, Kullanılmayacak Kısaltmalar listeleri yer almaktadır. alışmaları destekleyici; Hasta ve alışan Güvenliği Planı, Hasta ve alışan Güvenliği Prosedürü bu oluşturulmuştur. Dokümanlar sayesinde hastanemizde iletişim zayıflığı, el yazısının yanlış okunması, ilaç adının karıştırılması, çalışanın bilgisinin olmaması ve hastanın ilacı nasıl kullanacağını anlamaması gibi ilaç hatalarına neden olan sebepleri ortadan kaldırmak ve hastanemizdeki ilaç hatalarının bildirilmesini sağlamaktır. Bu bağlamda tüm hastane personeline eğitim verilmiş ve eğitimler devam etmektedir.

Yüksek riskli ilaç kullanımına ilişkin; uluslararası hasta güvenliği hedefleri içerisinde yer alan "Yüksek-ikaz Gerektiren İlaçların Güvenliğini Geliştirmek" amacıyla hastanede bulunan yüksek riskli ilaçlar tanımlanarak "Yüksek Riskli İlaçlar Listesi" hazırlanmış, bu konuda eğitimler vermeye başlanmış ve yüksek riskli ilaçların uyarıcı Şekilde etiketleme çalışmaları başlanmıştır. Bu ilaçların bulunabileceği alanlar gözden geçirilerek kullanımının kontrol altına alınması sağlanmıştır. Bu çalışmayı pekiştirmek amacıyla "Güvenli İlaç Uygulama Talimatı" geliştirilmiştir.

2.2. Sınırlılıklar

Yerleşik uygulamaların değiştirilmeye çalışılması, çalışanların çok fazla doküman ve form bazlı çalışmalarının istenmesinden dolayı az da olsa tepki ile karşılaşılmıştır.

3. SONUÇ

Sağlık hizmeti veren tüm kamu kuruluşlarında hasta güvenliği çalışmalarının artırılması gerekmektedir. Hasta güvenliğinin önemli bir parçası olan ilaç güvenliği kültürü oluşturarak, buna bağlı hatalı uygulamaların engellenmesi ve varsa hatalarında tespiti ve bunların kayıt altına alınması Şarttır. İİ Sağlık Müdürlüğü Aralık dönemi denetimleri 16-23 Aralık 2008'de her iki ünitemizde yapılmış ve ilaç güvenliği içeren maddelerin değerlendirilmesinde herhangi bir sorun ile karşılaşılmamıştır.

KAYNAKLAR

<http://www.fda.gov/CDER/drug/MedErrors/default.html>(14.3.2008).

Fijn R, Van den Bemt PMLA, ChowM et al (2002.), "Hospital prescribing errors by hospital pharmacy staff", **Br J Clin Pharmacol**, 53:326-31.

Lesar TS, Lomaestro BM, Pohl H (1997), "Medication-prescribing errors in a teaching

hospitala 9-year experience", **Arch Intern Med**, 157: 1569-76.

<http://www.hastaguvenligimiz.com/senistatistik.html> (26.1.2009).

T.Aştı, R. Acaroğlu (2000), "Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar", **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 4 (2):22-27.

Joint Commission International Accreditation Standards Hospitals, 3rd January 2008: 31-35.

HİZMET KALİTESİ STANDARTLARINA GEÇİŞTE HASTA GÜVENLİĞİ FARKINDALIĞI VE UYGULAMALARI "BOLU İZZET BAYSAL DEVLET HASTANESİ"

Songül Yorgun¹⁵, Murat Kayabaş¹⁶, Murat Yapıcı¹⁷

Özet

Günümüzde sağlık hizmetlerinde kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği konusunda yapılan çalışmaları ifade etmek amacıyla yapılan bu çalışma 1 Eylül 2008 tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme denetimlerinin, 1 Eylül 2008 tarihi itibari ile Hizmet Kalitesi Standartları olarak yapılan denetimlere geçişte hasta güvenliği konusunda yapılan uygulamaları tanımlamak için yapılmıştır. Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme kriterleri Hizmet Kalitesi Standartları ile daha detaylandırılmış ve Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri ile örtüşür hale gelmiştir. Hasta Güvenliği uygulamaları hastanemizde devam etmektedir. Bu konuda daha çok yapılacak eğitimlerimiz ve çalışmalarımız olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Eğitim, Kalite Standartları

Abstract

Nowadays, one of the most important parts of institution culture of health services is patient safety. This study was conducted to express the practices and workings for patient safety. The study defines the practices which were done in the matter of patient safety when transitioning from Evaluation of Infrastructure and Process done by City Health Authority until September 1, 2008 to Service Quality Standards starting from September 1, 2008. Evaluation of Infrastructure and Process was added more detail and depth with Service Quality Standards and became compatible with the International Patient Safety Goals. Patient Safety practices still continue in our hospital and there are yet to be more education programs regarding this matter.

Key Words: Patient Safety, Education, Quality Standards

15 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, syorgun58@hotmail.com

16 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

17 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

1. GİRİŞ

Günümüz de sağlık hizmetlerinde kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği "Sağlık bakım hizmetlerinde kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır" (kalder.org.tr, 2006). Diğer bir yaklaşımla hasta güvenliği; sağlık hizmeti kapsamında tıbbi bakım sonucunda hasta ve yakınlarını olumsuz yönde etkileyecek hataların/olayların olmaması için sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemler şeklinde tanımlanmıştır (NPSF, 2003).

Institute of Medicine tarafından 1999'da yayınlanan rapora göre her yıl tıbbi hatalara bağlı olarak 44.000 - 98.000 insanın öldüğü belirtilmiştir. Ayrıca yine aynı raporda tıbbi hataların ABD'de ölüme yol açan faktörler arasında motorlu araç kazalarının önünde ve 8. sırada yer aldığı vurgulanmıştır (IOM, 1999). Sağlık Hizmetleri gibi teknolojik, bilimsel ve insan kaynakları açısından sürekli gelişen bir alanda hizmet alan ve hizmet verenlerin güvenliği konusunun sürekli gözden geçirilmesi ve iyileştirmelerinin yapılması sağlık kurumunun yegâne görevlerindedir (Hizmet Kalite Standartları Rehberi).

JCI hastaneler için akreditasyon standartlarında yer alan uluslararası hasta güvenliği hedefleri altı hedef olarak belirlenmiştir (JCI, 2008: 31). Bu hedefler;

- | | |
|---------|---|
| Hedef 1 | Hasta Kimliğinin Doğrulanması |
| Hedef 2 | Etkin İletişimin Geliştirilmesi |
| Hedef 3 | Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Geliştirilmesi |
| Hedef 4 | Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması |
| Hedef 5 | Sağlık Bakım İlişkili Enfeksiyon Riskini Azaltmak |
| Hedef 6 | Düşme Kaynaklı Hastanın Zarar Görme Riskini Azaltmaktır. |

1.1 Amaç

Hastanemizdeki hasta güvenliği uygulamalarını, istenmeyen olaylara ilişkin hasta güvenliği çalışmalarını tanımlamak, analiz etmek ve hasta güvenliğinde istenmeyen olayları önlemek üzere sisteme dayalı uygulamalar geliştirmektir. Bunun yanı sıra, sağlık bakım çalışanlarında hasta güvenlik kültürüne ilişkin farkındalığı belirlemek ve hasta güvenliğine yönelik uygulamaların etkinliğini sağlamak ve Ek-2 Alt Yapı ve Süreç Değerlendirmesinden Ek-1 Hizmet Kalitesi Standartlarına Geçişte yapılan değişikliklerin hastanemizde uygulanması amaçlanmıştır.

1.2 Önemi

Hasta güvenliği, gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde özel dikkat gerektiren bir durumdur. Hastanemizde hasta güvenliğine ilişkin sorunların anlaşılması, saptanması, bu konuda uygulamalar geliştirilmesi, sınırlı kaynakların etkili bir şekilde kullanılması için hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi gerekmektedir. Ek-1 Hizmet Kalitesi Standartları ile Uluslararası Hasta Güvenlik Hedeflerinin pekiştirilerek hasta güvenliği uygulamaları sisteminin oluşturulması, hatalar konusunda farkındalık yaratmak gerekmektedir.

2. YÖNTEM

Sağlık Bakanlığı EK-2 Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Ölçütlerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği başlığında Hasta Güvenliği ile uyumlu 73, 74, 75, 76, 77,78,79,80,81,82 maddeler yer almaktadır. Bununla birlikte EK-1 Hizmet Kalitesi Standartları Rehberinde hasta güvenliği ile uyumlu 9.8,9.9,12.10,12.11,13.7,26.2 ,26.12,26.15,27.8,27.9,27.34,28.16, 28.17,28.18,33.3,35,35.1,35.5,36.2,36.3,40 .1,40.2,40.4,40.5,64.3 maddeleri içerik olarak hasta güvenliği ile uyumlu olduğu görülmektedir.

2.1 Bulgular

Ölçütler çerçevesinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Komisyonu, görev tanımı, Hasta ve Çalışan Güvenliğini içeren talimat oluşturuldu. Konu ile ilgili seminer ve hizmet içi eğitimler yapıldı. Hasta güvenliği talimatını oluşturmada Joint Commission International (JCI) standartlarından büyük ölçüde yararlanıldı.

İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Birimi ile Hasta Güvenliği uygulamalarında farklı hastanelerde araştırma gezileri yapıldı. 2008 Uluslararası Hasta Güvenlik Hedefleri ile Hasta Güvenliği konusu tekrar gözden geçirildi. Oryantasyon eğitimlerinde ve hizmet içi eğitimlerde hasta güvenliği konuları ele alındı.

Ek-1 Hizmet Kalitesi Standartları ile Sözel İlaç Order Uygulama Prosedürü, Hasta Düşmelerini Önleme Prosedürü, Mavi Kod Uygulama Prosedürü, Yanlış Taraf Cerrahisini Engelleme Prosedürü, İlaç Hatalarının Önlenmesi ve Raporlanması Prosedürü, Olay Bildirim Formu, Sözel İstem Formu, İlaç Hatası Rapor Formu, Beklenmedik Olay Formu, Ramakkala Olay Bildirim Formu, Oryantasyon Rehberi, Antineoplastik İlaç Güvenli Kullanım Standartları, İlaç - Besin Etkileşimleri Listesi, İlaç-İlaç Etkileşim Listesi, Benzer İsimli İlaç Listesi, Pediatrik İlaç Doz Listesi, Kullanılmayacak Kısaltmalar Listesi, Yüksek Riskli İlaçlar Listesi, Hasta Bilgi Güvenliği Talimatı, Güvenli İlaç Uygulama Talimatı, Kan Transfüzyon Uygulama Talimatı, Kan Transfüzyon Takip Formu, Kullanımı Kontrole Tabi İlaç Talimatı, Eczane İlaç Hazırlama ve Nakil Talimatı, İlaç İade Talimatı, Hasta ve Çalışan Güvenliği Planı, Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Planı oluşturulmuştur. Hasta bilgilendirilmesi doğrultusunda 180 farklı onam yapılmış ve yapılmaya devam edilmektedir. Yapılanların yalnızca yazıda kalmaması amacıyla Hasta Güvenliği indikatörler aracılığı ile izlenebilirliği ve gerekli

önleyici faaliyetlerin yapılması planlanmaktadır. Yapılanların kontrolünü sağlamak amacıyla Hemşire Hizmet Kontrol Formlarımız tekrar gözden geçirilmiştir.

3. SONUÇ

Hasta Güvenliği uygulamaları hastanemizde devam etmektedir. Bu konuda daha çok yapılacak eğitimlerimiz ve çalışmalarımız olacaktır.

KAYNAKLAR

[http://www.kalder.org.tr/genel/15kongre/sunumlar/ozlem_yildirim.ppt,\(22.11.2006\)](http://www.kalder.org.tr/genel/15kongre/sunumlar/ozlem_yildirim.ppt,(22.11.2006))

<http://www.performans.saglik.gov.tr/>

Joint Commission International Accreditation Standards Hospitals, 3rd January 2008: 31-35

National Patient Safety Foundation, July 2003, www.npsf.org/

Institute of Medicine (IOM) 1999, <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MAHREMİYETİ: HASTA SAĞLIK BİLGİLERİNİN PAYLAŞIMI

Uz. Dr. Ramazan Canural¹⁸, Uz. Dr. Nalan Gökalp¹⁹,
Gülseren Ekici²⁰, Nevin Şahin²¹

Özet

Bu çalışmada hastanemizde yatan hastaların tetkik ve tedavi sırasında elde edilen bilgilerinin sağlık çalışanı dışında 3. kişilerle paylaşımındaki sorunların giderilmesi, hukuki açıdan hekim ve hastaların zor durumda kalmalarının önlenmesi amaçlandı.

Hastanemizde yatan hastaların birinci derece yakınları ve akrabaları hastalarının sağlık durumları ile ilgili bilgi almak istemektedirler. Ancak hasta ile ilgili bilgi almak isteyenlerin bu bilgiyi almasını hastanın uygun görüp görmediği sorulmadığından ileride sağlık çalışanı ile ilgili hukuki sorunların ortaya çıkabileceği düşünüldü. Bu konuda önleyici faaliyet planlandı.

Hasta yatışı sırasında yatış kâğıdına hastanın kendi el yazısı ile 'hastalığım hakkında bilgi verilebilecek kişiler aşağıda yazılmıştır.' ibaresinin altına hastalığı ile ilgili bilgi almasında sakınca olmayan yakınlarının isim ve soyadlarını yazmaları istenmektedir. Bu şekilde hem hasta mahremiyeti sağlanmış, hem de hekimlerin ve hemşirelerin hukuki açıdan zor duruma düşmeleri engellenmiş oldu. Aynı forma 'hastalığımla ilgili kararlarda aşağıda ismi ve soy ismi yazılı yakınım imza atmaya yetkilidir' yazısı ile hasta uygun gördüğü takdirde yakınının hasta onamlarına imza atabileceğini ifade edebilir.

Bilinci kapalı hastalar kapsam dışı tutulmuştur. Hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde bu yazının velisi veya vasisi tarafından yazılması istenmektedir. Hastanemizde bu yöntem 15 11 2008 tarihinden itibaren uygulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Bilgileri, Hasta Mahremiyeti

Abstract

In this study it was aimed to make disappear the problems in the sharing with the third persons except the health staffs and to prevent the doctors and the patients to undergo a difficulty from the legal point of view.

18 Denizli Devlet Hastanesi

19 Denizli Devlet Hastanesi/ nngokalp@mynet.com

20 Denizli Devlet Hastanesi

21 Denizli Devlet Hastanesi

Their first degree close relatives and relatives of the patients who are in our hospital want to receive information about the health situations of their patients. It was thought that legal question will be able to appear about the health staffs in the future. Because it isn't asked if the patient sees fit to one who to receive this information to receive this information or not. The preventive activity was planned about this.

While the patient lie it is asked for the patients to write on the lie paper the names 'and the surnames' of their relatives who don't matter to receive information about their illness under the sentence "The Persons who can be informed have been written below" by their own handwritings. In this way Both the patient privacy provided and it was prevented the doctors and the nurses to be in a difficult position from the legal point of view. At the same form The pations can express that the patient relative can sign the patient approvals by the sentence "My relative whose name and whose surname is written below is authorized in the decisions about my illness". In case the patient to thinks fit.

The blackout of consciousness patients were put out operation .This writing is requested to be written by the parent guardian or curator when the patient is child no compesmentis or interdicted. This method is used from 15.11.2008 in our hospital.

Key Words; Health Information's, Patient Privation

1. GİRİŞ

Bu çalışmada;

- Hastanın özel hayatının gizliliği ilkesi kapsamında hasta bilgilerinin güvenliğini sağlamak
- Art niyetli kişilerin hasta ile ilgili bilgi almasını önlemek
- Hastanemizde yatan hastaların tetkik ve tedavi sırasında elde edilen bilgilerinin sağlık çalışanı dışında üçüncü şahıslarla paylaşımındaki sorunların giderilmesi, hukuki açıdan hekim ve hastaların zor durumda kalmalarının önlenmesi amaçlanmıştır.

Tüm hastalar mahremiyet hakkına sahiptir ve kişisel bilgilerinin gizliliğinin tüm sağlık çalışanları tarafından titizlikle korunacağına dair beklentileri vardır.

Hastanemiz 716 yataklı bir tedavi kurumudur. 2008 yılında yatak doluluk oranımız ortalama % 70 civarında, yıllık yatan hasta sayımız 50 478'dir. Yatan hastaların birinci derece yakınları, akrabaları ve tanıdıkları hastalarının sağlık durumları ile ilgili bilgi almak istemektedirler. Hastanemizde önemli bir bulaşıcı hastalık vb gibi

durumlar dışında hekim ve hemşireler tarafından iyi niyetle hasta yakınlarına sağlık durumları ile ilgili bilgi verilmekteydi. Ancak hasta ile ilgili bilgi almak isteyen bu bilgiyi almasını hastanın uygun görüp görmediği sorulmadığından hasta ile ilgili veya ileride sağlık çalışanı ile ilgili hukuki sorunların ortaya çıkabileceği düşünüldü. Bu konuda önleyici faaliyet planlandı.

2. YÖNTEM

Bilgi Edinme Hakkı Kanunu'nun özel hayatın gizliliği ile ilgili 21. maddesinde, "Kişinin izin verdiği hâller saklı kalmak üzere, özel hayatın gizliliği kapsamında, açıklanması hâlinde kişinin sağlık bilgileri ile özel ve aile hayatına, şeref ve haysiyetine, meslekî ve ekonomik değerlerine haksız müdahale oluşturacak bilgi veya belgeler, bilgi edinme hakkı kapsamı dışındadır. Kamu yararının gerektirdiği hâllerde, kişisel bilgi veya belgeler, kurum ve kuruluşlar tarafından, ilgili kişiye en az yedi gün önceden haber verilerek yazılı rızası alınmak koşuluyla açıklanabilir" denilmektedir.

Hasta hakları Madde 20'de 'İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir' denilmektedir.

Hasta hakları Madde 23'de 'Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.' denilmektedir.

Hasta hakları Madde 15'de 'Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenebilir' denilmektedir.

Sağlık Çalışanları İçin Sağlık Hizmetinde Gizliliğe ve Mahremiyete İlişkin Avrupa Rehber Kurallarında; Avrupa Standartları, birincil olarak etik standartları olup, sağlık çalışanlarının gizli bilgilerin korunması, kullanımı ve açıklanmasına ilişkin kararlarını verdikleri yasal bağlam içerisinde geliştirilmiştir. Sağlık çalışanları sağlık hizmetindeki gizliliğe ilişkin aşağıdaki üç ilkeye saygı göstermelidir.

Bireylerin sağlık bilgilerinin gizliliğine ve mahremiyetine ilişkin temel hakları bulunmaktadır. Bireylerin onam vermek, onam vermemek veya onamlarını geri çekmek yoluyla kendi sağlık bilgilerine erişimi ve bu bilgilerin açıklanmasını kontrol etme hakkı vardır. Gizli bilgilerin onama dayalı olmadan açıklanması söz konusu olduğunda sağlık çalışanları bunun gerekliliği, orantınlığı ve beraberindeki riskler konularında dikkatli olmalıdır.

Hasta yatışı sırasında yatış kâğıdına hastanın kendi el yazısı ile 'hastalığım hakkında bilgi verilebilecek kişiler aşağıda yazılmıştır.'ibaresinin altına hastalığı ile ilgili bilgi almasında sakınca olmayan yakınlarının isim ve soyadlarını ve yakınlık derecelerini yazmaları istenmektedir. Bu şekilde hem hasta mahremiyeti sağlanmış, hem de hekimlerin ve hemşirelerin hukuki açıdan zor duruma düşmeleri engellenmiş oldu.

2.1. Çalışmanın Planlanması

06.11.2008 tarihinde hasta hakları kurulunda; bir fizik tedavi uzman hekiminin klinikte yatan hastasının tanısını (romatizma) hasta yakını olarak düşündüğü hastanın işverenine söylemesi iddiası ile ilgili başvuru görüşüldü. Bu dosyada hasta hakları kurulunun 'yatışı yapılacak hastalarda yatış sırasında hastalığı ile ilgili bilgi verilebilecek kişilerin isimleri alınıp hastaya imzalatılması' önerisi üzerine çalışma başlatıldı.

Konu kurum kalite ve performans ekibinde görüşüldü. Çözüm olarak hasta yatış formuna 'hastalığım hakkında bilgi verilebilecek kişiler aşağıda yazılmıştır.' ibaresinin altına hastalığı ile ilgili bilgi almasında sakınca olmayan yakınlarının isim, soyadlarını ve yakınlık derecelerini yazmaları önerildi. Hasta yatış formunun 15.11.2008 tarihinden itibaren yapılan revizyonu ile bilgi işlem den tüm birimlere dağılımı sağlandı.

Sağlık Çalışanları İçin Sağlık Hizmetinde Gizliliğe ve Mahremiyete ilişkin Avrupa Rehber Kurallarında Sağlık hizmeti çalışanın hasta gizliliğini korumaya ilişkin yükümlülüğü nedeniyle, sağlık çalışanları kurumlarında ve hizmetlere aracılık eden kurumlarda hasta bilgilerinin güvenliğinin sağlanması için gerekli politikaların ve protokollerin bulunmasını ve bunların uygulamada işlerlik kazanmasını sağlamak için çaba sarf etmelidir. Denilmektedir. Çalışma ile bu yönde de kazanım sağlanmış oldu.

2.3. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bilinci kapalı hastalar kapsam dışı tutulmuştur. Hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde bu yazının velisi veya vasisi tarafından yazılması istenmektedir.

Hasta hakları Madde 23'de 'Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir' denilmektedir. Bu nedenle bu gibi bilgiler gizli tutulmaktadır.

2.4. Uygulama

2.4.1 Acil Durumlar

Acil durumlarda hastalara ait gizli bilgilerin kullanımı veya açıklanması söz konusu olabilir, ancak acil durumla başa çıkabilmek için sadece asgari düzeyde kalan gerekli bilgi kullanılmalı veya açıklanmalıdır.

2.4.2 Ölümünden sonra bilgilerin açıklanması

Hastanın ölümünden sonra hastaya ait bilgilerin gizliliği korunmalıdır.

Karar verme yetisi olan bir hastanın ölümünden önce gizliliğin korunması yönünde açıkça bir talebi olduğu durumda, bu talebe saygı gösterilmesi gerekir.

2.5. Maliyet Analizi

Bu çalışmada hasta veya hastanın vasisi-velisinden istenen bilgiler hasta yatış formuna eklenerek sıfır maliyetle sisteme dâhil edilmiştir.

3. SONUÇ

Bu çalışmada hasta veya hastanın vasisi-velisinden istenen bilgiler hasta yatış formuna eklendi. Böylece çalışmanın tüm hastaneye yayılımı ve bilgi koordinasyonu sağlandı. Ayrıca yönetimin gözden geçirme toplantısında gündem maddesi olarak tüm çalışanlara duyuruldu. Çalışanlardan olumlu geri bildirimler alındı.

Mevcut yatış formuna dahil edildiğinden formun sisteme uyumunda sorun yaşanmamıştır. Bu formla toplam kalite yönetimi, hasta hakları ve çalışan güvenliği açısından hasta-sağlık çalışanı ilişkisi güvenceye alınmıştır. Kliniklerden gelen veriler gözden geçirilerek formda 1 kez revizyon yapıldı.

Hastanemizde bu yöntem 15 11 2008 tarihinden itibaren uygulanmaktadır. Rasgele örnekleme ile alınan 200 yatan hastanın % 39'unun 3 isim, % 38'inin 1 isim, % 19'unun 2 isim yazdığı belirlendi. Hastaların belirttiği isimlerde; % 74'ünün 1. derece yakınları olduğu, % 19'unun 1. derece yakınları dışında isimler verdiği, % 6'sında sadece kendi ismini verdiği saptanmıştır. Alınan örneklem grubunda 4 veya daha fazla yakınının adını yazan hastaya rastlanmadı.

KAYNAKLAR

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği

Bilgi Edinme Hakkı Kanunu (Kanun No. 4982 Kabul Tarihi: 9.10.2003)

Sağlık Çalışanları İçin Sağlık Hizmetinde Gizliliğe ve Mahremiyete İlişkin Avrupa Rehber Kuralları (Mayıs 2006), www.eurosocap.org

THE EFFECT OF NURSING AND MIDWIFERY STUDENTS TO PATIENT SAFETY

Yrd. Doç. Dr. Musa Özata²², Yrd. Doç. Dr. Şebnem Aslan²³

Abstract

The aim of this study is to designate whether nursing and midwifery students cause an event which endanger the patient safety throughout their education period. The other aim is to determine whether the hospital laborers endanger the patient safety based on the observations of nursing and midwifery students. Datas were collected from 40 students, graduated from the nursing and midwifery department of Konya Health H.S. in 2007 – 2008 education term, with focus group interview method.

9 of the participants claimed nursing and midwifery students do not endanger the patient safety, but 31 claimed that nursing and midwifery students endanger the patient safety. To the question; 'Have you ever caused an event that endangers patient life?' 22 students gave the answer, 'yes' and 16 gave the answer, 'no'. To the question 'Have you ever witnessed an event caused by the hopital laborers that endangers patient safety?' 26 students gave the answer 'yes' and 14 students gave the answer 'no'. Frequently made mistakes were stated as working unsterilised and medicine mistakes (wrong dosage, wrong medicine, wrong place).

Key Words: Patient Safety, Nursing, Patient, Nursing and Midwifery Students

Özet

Bu çalışma Konya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Ebelik Bölümlerinden mezun olan öğrencilerin, eğitimleri süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak uygulamalarda bulunup bulunmadıklarının ve en çok hangi hatalara yol açtıklarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca öğrencilerin, hasta güvenliği bağlamında sağlık personeli ile ilgili gözlemleri değerlendirilmiştir. Veriler, Konya Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik ve Ebelik bölümlerinden 2007-2008 eğitim öğretim yılında mezun olan 40 öğrenciden, odak grup görüşmesi tekniği ile toplanmıştır.

Araştırmaya katılanların 9'u genel olarak öğrencilerin hasta güvenliğini tehlikeye düşürmediğini, 31'i ise tehlikeye düşürdüğünü belirtmiştir. "Hastanın hayatını tehlikeye sokacak en az bir olaya sebep oldunuz mu?" sorusuna katılımcıların 22'si evet, 16'sı hayır cevabını; "Hastane çalışanlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir olayını gördünüz mü?" sorusuna ise 26'sı evet, 14'ü hayır cevabını vermiştir.

22 Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, musaozata@gmail.com

23 Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu, sebnemas@gmail.com

Sıklıkla yapılan yanlış uygulamalardan başında sterilizasyon kurallarına uymama ve ilaç hataları (yanlış doz, yanlış ilaç ve yanlış yerden ilaç uygulama) gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hemşireler, Hastalar, Hemşirelik ve Ebelik Öğrencileri

1. INTRODUCTION

Today's health-care context is highly complex. Care is often delivered in a pressurized and fast-moving environment, involving a vast array of technology and, daily, many individual decisions and judgements by health-care professional staff. In such circumstances things can and do go wrong. Sometimes unintentional harm comes to a patient during a clinical procedure or as a result of a clinical decision (WHO, 2004). Harm implies impairment of structure or function of the body and/or any deleterious effect arising therefrom. Harm includes disease, injury, suffering, disability and death and may thus be physical, social or psychological (ICPS, 2007).

Harm is seen as a result of adverse medical events and medical errors. Medical errors, as injuries to patients that arise from mistakes and accidents during medical treatment are called, can be result of human errors, technological errors, or a system that failed to detect these mishaps and prevent them (Bernstein et al., 2003). Medical errors can be grouped into four general categories: diagnostic errors, treatment errors, preventive care errors, and other errors including those involving failure, such as communication failure, equipment failure, and health care system failure (El-Assaf et al., 2003).

In recent years, medical errors subject brought up safety term. Patient safety can be define "the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery" (Sorra and Nieva, 2004). Several reports and surveys have clearly demonstrated that adverse events and errors pose serious threats to patient safety (Kyrkjebøa and Hage, 2005). For example according to IOM report 2006, at least 1.5 million preventable medication errors occur each year in the USA. The report indicates that, on average, a hospitalized patient is subjected to more than one medication error each day (Bootman et al., 2006). In the United Kingdom (UK), between 0.3 and 1.4 million patients in the National Health Service hospital sectors are affected by adverse events each year, resulting in £2 billion in inpatient costs (U.K. Department of Health, 2000). The Hospitals for Europe's Working Party on Quality Care in Hospitals estimated, in 2000, that every tenth patient in hospitals in Europe suffers from preventable harm and adverse effects related to his or her care (SCH of Hospitals, 2000). At any given time, 1.4 million people worldwide are estimated to be suffering from an infection acquired in a health facility. The risk of acquiring health care-associated infections in developing countries is 2–20 times higher than in developed countries (WHO, 2005).

Errors also are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals. Patients who experience a long hospital stay or disability as a result of errors pay with physical and psychological discomfort (IOM, 1999). An adverse event can have profound consequences on healthcare workers, particularly if one individual is seen as primarily responsible for the mishap. After making a mistake, caregivers may experience shame, guilt, and depression; litigation and complaints impose an additional burden. Workers may become very anxious about carrying out their clinical activities, seek out a specialty with less direct patient contact, or abandon clinical work entirely (Fonseka, 1996; Wong and Beglaryan, 2004).

Patient safety is not only an important subject for health workers, it also has a big importance for nurses. Because nurses have direct responsibilities in patient care and their wrong practices may endanger the patient safety. The conditions nurses work in, encountering critical patients, stress, negative working conditions and mandatory procedures, make the errors probable. A patient safety survey validated that nurses play a central role in patient safety (McKesson, 2003). Recent studies have proven the link between nurse staffing levels and patient outcomes, including patient deaths (Aiken et al., 2002). Medication errors directly related to nursing practice usually involve inappropriate medication dosage, overlooked allergies, giving the wrong drug, and incorrect administration site (Maddox et al., 2001). In a study conducted with 393 full-time staff nurses at one hospital, 30% of the nurses reported making at least one error and 33% reported at least one near error during a 28-day period of data collection (Balas et al., 2004).

In literature, there are many studies on the effects of nurses on patient safety, but the studies on the effects of nursing students on patient safety is not enough. Especially in our country, it is conspicuous that there is not any study on that subject. However, in our country, nursing students, sometimes in the care of their lecturers and clinic staff and sometimes with having direct responsibilities, complete their education. It is probable that students may take responsibilities which may endanger patient safety during their clinical education. Adverse events are common during students' clinical experiences. A recent analysis of 1,305 medication errors by nursing students over a five-year period showed that the most common medication errors were those of omission and giving the wrong dose of a drug. Errors were primarily attributed to students' performance deficits with significant contributing factors identified as inexperience and distractions (Wolf et al., 2006). Calculation of medication dosages has been identified as a deficit for many nursing students (Poliforini et al., 2003; Durham and Alden, 2008).

In this study; whether nursing students cause an event which endangers the patient safety throughout their education period or not and the mostly done errors are determined. Separately, the observations of nursing students related to patient safety care of health personnel are evaluated.

2. METHOD

The investigation was done with total 40 of 60 students, graduated from the nursing and midwifery department of Konya Health H.S. in 2007 – 2008 education term, with focus group interview method. Before the interview, the participants are acknowledged about medical errors and patient safety and by this way the borders of the subject is designated. During the interview, researchers took notes and at the end, the notes are analysed and results are found.

Focus group interview, structured with a moderator and 5-10 groups, is an investigation technique which aim to obtain information about a particular topic and analyse them. We have used focus group interviews method in this study, because this is a qualitative method where complex themes can be the topic for analysis and discussion. In addition focus group interviews have previously been shown to be an appropriate method to evaluate attitudes, knowledge and experiences in the health-care area (Kitzinger, 1995;Berlanda et al., 2008). A focus group study is a carefully planned series of discussions where one acquires knowledge concerning a defined problem in an environment of acceptance and support. The goal of a focus group is to listen and gather information (Kreuger and Casey, 2000; Berlanda et al., 2008).

3. FINDINGS

Total 40 students participated this investigation. 9 of the participants claimed nursing and midwifery students do not endanger the patient safety, but 31 claimed that nursing and midwifery students endanger the patient safety. To the question; 'Have you ever caused an event that endangers patient life?' 22 students gave the answer, 'yes' and 16 gave the answer, 'no'. To the question 'Have you ever witnessed an event caused by the hospital laborers that endangers patient safety?' 26 students gave the answer 'yes' and 14 students gave the answer 'no'. To the question; 'Is there any record or alert system to detect the medical errors in the hospital you trained?' All the participants gave the answer 'no'. To the question; 'what are the causes of students' medical errors?', lack of experience, lack of knowledge, incompetency in following the students by responsible lecturers and nurses, incompetency of audit system, students' directly doing the work because of insufficient personnel and stres, are given answers.

Writing wrong medicine (3 students) , mixing IV-IM and giving the drug wrongly (6 students), using expired medicine (1 student) wrong medicine treatment (2 students), not closing the intrakey head piece and cause hemorrhage (1 student) , applying netergine + sympathomoma before plasenta taken out which has to be done after (1 student), giving liquid to patient before deaerating (1 student), sleeping at night duty and not following the patient who is connect to ventilator had caused the patient pertaining to life (1 student), taking the blood pressure in the arm which taking serum (1 student), giving drug from the artery instead of vein (5 students), giving the liquid directly instead of mixing it with diazepam (1 student), are seen.

When the observations of students on health personnel endangering the patient safety are classified; 5 students witnessed using medicine in wrong dosage, 10 students claimed working unsterilised, 1 student witnessed the treatment of wrong patient, 1 student witnessed the emergency service technician giving insulin to all the patient in emergency service, 1 student witnessed giving dextrose to a diabetic, 6 students said medicine in flacron is not used completely and insufficient dosage was given to the patient, 4 students said medicines are not given in a periodically (especially at night duty) and 1 student said that one patient fell down because of bedside. 3 students said they witnessed errors which caused patient deaths. The stories of the deaths are;

- In neurology intensive care, one monitored patient was off from monitor by an emergency medical technician. The patient could not be observed and the decrease in heart beat and breath did not realized so the patient died.
- Nurse gave potassium chloride to the patient as I.V. and patient died. An inquiry instituted to the nurse.
- In pregnancy service, a baby died because of blanketing its face by its mother. The guilty one is said to be the mother but the nurses have to control both the patients and the babies.
- The sentence of a student really attracts attention, 'in fact, health personnel causes many errors, I can not decide which one to tell'.

4. RESULTS AND DISCUSSION

It can be concluded that both the students and health personnel cause medical errors which endanger the patient safety. In clinical practices students generally cause medicine errors (wrong medicine, wrong dosage, wrong method) while personnel causes more serious errors. The main mistakes of personnel can be classified; causing infection because of working unsterilized, medicine errors, doing well the patient following. The students designate that 3 patients died because of working unsterilized, medicine errors and not doing the patients following well. The students' designate that 3 patients died because of personnel shows that there is a serious problem that has to emphasize. Separately, another subject what attracts attention is lack of patient safety culture and lack of a system that modify the mistakes and prevents similar mistakes.

Making errors is in the nature of human and removing is really hard. But, working conditions can be changed and the faults can be diminished. As it is seen, students practice at clinics during their education and they cause medical errors because of both lack of experience and knowledge. The effects of errors which endanger the patient safety can be diminished by revising syllable and taking some precautions. It will be useful to rearrange the syllable in order to increase knowledge and

experience of the students and diminish errors by this way ensuring the patient safety and quality. Separately, during the student's education, drug management, the mostly done error, must be studied in detail. Usage of information can be used effectively in diminishing the errors. For example, by using simulator body anatomic models and computer basic education systems, medical errors can become less.

In diminishing the medical errors, Health Ministry and hospital managements has to be the responsible. In all over the world, both Health Ministries and hospital managements take precautions to prevent medical errors but in our country ignoring and not taking precautions are thought-provoking. For that reason, Health Ministry must evolve a plan in order to diminish the errors. Hospital managements, in order to constitute patient safety culture, have to form systematic registration and follow system and have to make conscious.

REFERENCES

Aiken L., Clarke S., Sloane D., Sochalski J. & Silber J. (2002) **"Hospital Nurse Staffing And Patient Mortality, Nurse Burnout, And Job Dissatisfaction"**. *JAMA*. (288):1987–1993.

Al-Assaf, A.F., Bumpus, L.J., Carter, D., & Dixon, S.B. (2003). **"Preventing Errors in Healthcare: A Call For Action"**. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 81(3): 5-12.

Balas, M.C., Scott, L.D., & Rogers, A.E. (2004). **"The Prevalence And Nature Of Errors And Near Errors Reported By Hospital Staff Nurses"**. *Applied Nursing Research* (17):224–230.

Berlanda A., Natvig G.K. & Gundersen D. (2008) **"Patient Safety And Job-Related Stress: A Focus Group Study"**. *Intensive and Critical Care Nursing* (24): 90–97.

Bernstein, M., Hebert, P.C., et al. (2003) **"Patient Safety in Neurosurgery: Detection of Errors, Prevention of Errors, and Disclosure of Errors"**. *Neurosurgery Quarterly* 13(2):125–137.

Bootman J.L., Cronenwett L.R., Bates D.W., et al. (2006) *Preventing Medication Errors*. Washington, DC: National Academies Press, 2006.

Durham C.F. & Alden K.R. (2008) **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses**, www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf

Fonseka, C. (1996). **"To err was fatal"**. *British Medical Journal* 313(7072): 1640.

ICPS (2007) **The Conceptual Framework For The International Classification For Patient Safety** Version 1.0 For Use in Field Testing 2007–2008. www.who.int/entity/patientsafety/taxonomy/WHO_Report_of_Drafting_Group_Geneva_14-15_May_2008.pdf

IOM (1999) "Institute Of Medicine". **To Err is Human: Building A Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press.

Kitzinger J. (1995) **"Introducing Focus Groups"**. BMJ (311):299–302.

Kreuger A. & Casey M. (2000) Focus Groups-3rd Edition. **A Practical Guide For Applied Research**. Thousand Oaks-London-New Delhi: Sage Publications, Inc; 2000.

Kyrkjebø JM. & Hage I. (2005) **"What We Know And What They Do: Nursing Students' Experiences Of Improvement Knowledge In Clinical Practice"**. Nurse Education Today (25): 167–175.

Maddox P., Wakefield M., Bull J. (2001) "Patient Safety And The Need For Professional And Educational Change". Nurs Outlook. 49(1):8–13.

McKesson (2003) **"McKesson Corporation HIMSS Patient Safety Survey"**, <http://infosolutions.mckesson.com/himsspatient/PatientSafetyFinalReport8252003.pdf>, accessed Feb. 2. 2004.

Polifroni, E.C., McNulty, J., & Allchin, L. (2003) "Medication Errors: More Than A System Issue". J. Nurs Education (42):455–464.

SCH of Hospitals (2000) Standing Committee of the Hospitals of the EU. **The Quality of Health Care/Hospital Activities: Report By The Working Party on Quality Care in Hospitals of The Subcommittee on Coordination**. September 2000.

Sorra JS. & Nieva VF. (2004) **"Hospital Survey on Patient Safety Culture"**. **AHRQ Publication**. No. 04–0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2004.

U.K. Department of Health (2000) **An Organization With A Memory**. London: Stationery Office; 2000.

WHO (2004) **World Alliance For Patient Safety Forward Programme** 2005.

WHO (2005) **World Alliance for Patient Safety, Global Patient Safety Challenge 2005–2006: Clean Care is Safer Care**. Geneva: World Health Organization, 2005.

Wolf ZR, Hicks R, Serembus JF.(2006) "Characteristics Of Medication Errors Made By Students During The Administration Phase: A Descriptive Study". Journal Professional Nursing 22(1):39–51.

Wong J. & Beglaryan H.(2004) **Strategies for Hospitalsto Improve Patient Safety: A Review of the Research**, http://www.caphc.org/documents_programs/patient_safety/patient_safety_2004.pdf

SANDIKLI DEVLET HASTANESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARIN EL HİJYENİ KONUSUNDAKİ BİLGİ GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Ahmet Atasoy²⁴

Özet

Araştırma Sandıklı Devlet Hastanesinde çalışan 110 sağlık çalışanının bilgi gereksinimlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışmada çalışanlara tanımlayıcı özelliklerini belirleyen 10, bilgi düzeyini ölçen 16 olmak üzere 26 sorudan oluşan anket formu uygulanarak veriler toplandı ve SPSS 11.5 paket programında değerlendirildi.

Çalışmada bilgi düzeyini ölçen 16 sorunun % 70'ini doğru bilenler bilgi düzeyi yeterli kabul edildi. Çalışanların % 53.6'si hemşire, % 40.9'u 31-35 yaş grubunda, % 64.5'i kadın, % 50'si ön lisans eğitim almış, Çalışanların % 90'ının el hijyeni uyguladığı, tespit edildi. Çalışanların % 50.9'u önceden el hijyeni konusunda eğitim almıştı.

Sağlık çalışanların % 40,9'unun bilgi düzeyi yeterli olduğu belirlendi. Çalışanların cinsiyet, medeni durumuna göre bilgi düzeyinin yeterliliği karşılaştırıldığında anlamlı bir farkın olduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Sağlık çalışanların unvan, çalıştığı ünite, hizmet yılı, eğitim durumu, el hijyeni uygulama durumu, el hijyeni eğitimi alma durumuna göre bilgi düzeylerinin yeterliliği karşılaştırıldığında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).

Sonuç olarak el hijyeninin hastane enfeksiyonlarını önlemede etkisi ve önemi göz önüne alınarak, çalışanların el hijyeni konularında eğitilmelerinin ve periyodik gözlemlerin tekrarlanması uygun olacağı düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Hastane Enfeksiyonu, El Hijyeni

Abstract

This descriptive study was carried out to define the hand hygiene related knowledge needs of 110 health workers in Sandıklı State Hospital. The data were collected by application of a questionnaire which consists of 10 questions about the descriptive characteristics, and 16 questions about the knowledge levels of health workers. The SPSS 11.5 package program was used to evaluate the data.

²⁴ Sandıklı Devlet Hastanesi, 1959ahmet@gmail.com

In this study, the knowledge levels of those who gave the correct answers to 70% of the knowledge questions were accepted as sufficient. Of the health workers 53.6 % are nurses, 40.9 % are in 31-35 age group, 64.5 % are female, 50 % have pre-graduate education, 90 % are practising the hand hygiene, and 50.9 % had training on the hand hygiene before.

According to the results, only 40.9 % of the health workers have sufficient knowledge levels. The difference in the comparisons of the knowledge sufficiency levels of health workers in terms of marital status was found to be statistically significant ($p < 0.05$). No significant difference was detected among the sufficient knowledge levels of health workers by profession, department, service years, education, adoption of hand hygiene, training on hand hygiene ($p > 0,05$).

In conclusion, it is highly recommendable to carry out training programs and consistent periodical supervisions for the health workers by considering the effect and importance of hand hygiene in preventing nosocomial infections.

Key Words: Nosocomial Infection, Hand Hygiene

1. GİRİŞ

Hastane enfeksiyonları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı problemidir. Hastaneye yatan hastaların %5 - 15'inde hastane enfeksiyonu gelişebilmektedir. Ülkemizde hastane enfeksiyonların görülme sıklığı % 1.0- 16.5 arasında değişmektedir.

Hastane enfeksiyonları Ülkemizde yatış süresinde ortalama 10- 20 gün uzamasına, 1500 dolar/ hasta başına maliyet artışına neden olmaktadır. Hastane enfeksiyonlarına bağlı mortalite oranı % 16 -28.5 arasında değişmektedir. (rshm.gov.tr, 2008), (Yalçın, 2008: 17), (Meriç, 2008).

Hastane enfeksiyonlarının yaklaşık % 30- 40'ı önlenbilir (Meriç, 2008; Albay, 2005: 41). 40 yıl içinde yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerinde çalışanların kontamine ellerinin, sağlık hizmetiyle ilişkili patojenlerin bulaşmasında önemli rol oynadığını göstermiştir (performans.saglik.gov.tr, 2008). Hastane enfeksiyonlarının % 20- 40'ında kaynağın veya bulaş yolunun eller olduğu gösterilmiştir (Gencer 2008: 71). Hastane enfeksiyonların önlenmesinde, hasta ve çalışanın sağlığının korunmasında sağlık bakım verenlerin el hijyeni konusundaki bilgi düzeyi ve uygulamaları oldukça önemlidir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Sandıklı Devlet Hastanesindeki sağlık çalışanları el hijyeni konusundaki bilgi gereksinimlerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır

2.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Sandıklı Devlet Hastanesinde çalışan 30 hekim, 68 hemşire-ebe, 38 sağlık memuru (Toplum sağlığı, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, acil tıp teknisyeni, anestezi teknisyeni) 6 diğer sağlık personeli olmak üzere 142 sağlık personeli oluşturmaktadır.

Araştırmayı kabul etmeme, izin ve rapor nedeniyle 32 sağlık personeline ulaşılamamıştır. Katılım oranı % 77.46'dır. Araştırmanın örneklemini 110 sağlık personeli oluşturmaktadır.

2.3. Verilerin Toplanması

Çalışmada, çalışanlara tanımlayıcı özelliklerini belirleyen 10, bilgi düzeyini ölçen 16 olmak üzere 26 sorudan oluşan anket formu 10.09.2208- 20.09.2008 tarihleri arasında uygulanarak veriler toplanmıştır.

Anket formundaki tanımlayıcı özellikler tarafımızdan geliştirildi Bilgi düzeyini ölçen sorular Dünya Sağlık Örgütü'nün Çok Modelli El Hijyeni Geliştirme Stratejisi için Uygulama Kılavuzundaki Sağlık hizmeti çalışanları için el hijyeni bilgi testindeki sorulardan alınmıştır (performans.saglik.gov.tr, 2008).

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi Statistical Package For The Social Sciences (SPSS 11.5) paket programı kullanılarak bilgisayarda yapılmış, sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi yüzdelik değerler olarak verilmiştir.

Araştırmada kullanılan bağımlı değişken bilgi düzeyinin yeterliliğidir. Bağımsız değişkenler; unvan, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi ve çalışılan ünitedir

Çalışmada bilgi düzeyini ölçen 16 sorunun % 70 (11)'ini doğru bilenler bilgi düzeyi yeterli kabul edildi.

3. BULGULAR

Araştırma grubunun % 53.6' ü hemşirelerden oluşmakta, % 50.0'inin önlisans düzeyinde eğitim aldığı, % 21.8'sinin acil serviste çalıştığı tespit edilmiştir. Grubun % 40.9'u 31-35 yaş grubunda, % 36.5'unun hizmet süresi 15 yıl üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık çalışanların sosyodemografik özellikleri

	Sayı	%
Unvan (n=110)		
Hekim	17	15.5
Hemşire	59	53.6
Sağlık Memuru	34	30.9
Yaş (n=110)		
2	2	1.8
1	21	19.1
-	45	
2	19	40.9
3	17.3	
5	20.9	
0		
5		
36-40		
40+		
Cinsiyet (n=110)		
Kadın	71	64.5
Erkek	39	35.5
Medeni Hal (n=110)		
Evlü	95	86.4
Bekar	15	13.6
Eğitim Durumu (n=110)		
Lise	27	24.5
Önlisans	55	50.0
Lisans	10	9.1
Yüksek lisans	18	16.4
Hizmet Süresi (n=110)		
0-5 yıl	14	12.8
6-10 yıl	27	24.5
11-15 yıl	29	26.4
15+ yıl	40	36.5

Çalışılan Servis (n=110)		
		9.1
Dahiliye Servisi	10	10.9
	12	10.0
Cerrahi servisi	11	21.8
	24	8.2
Doğum Servisi	9	11.8
	13	10.0
Acil Servis	11	18.2
	20	
Çocuk servisi		
Ameliyathane		
Poliklinik		
Laboratuvar		

Tüm sağlık personelinde el yıkama oranı % 90.9 olarak belirlendi. Hekim, hemşire ve sağlık memuru grubunda el yıkama alışkanlıkları sırası ile Hekimlerde % 88.2, hemşirelerde % 96.6 ve sağlık memurlarında % 82.4 olarak saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Meslek gruplarına göre el hijyeni uygulama durumları

	Hekim		Hemşire		Sağlık Memuru		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
El hijyeni uyguluyor	15	88.2	57	96.6	28	82.4	100	90.9
El hijyeni uygulamıyor	2	11.2	2	3.4	6	17.6	10	9.1
Toplam	17	100.0	59	100.0	34	100.0	110	100.0

Sağlık personelinin el hijyeni eğitim alma durumları incelendiğinde eğitim alma oranı tüm sağlık personelinde % 50.9 olarak tespit edildi. Hekim, hemşire ve sağlık memuru grubunun el hijyeni eğitim alma oranları sırası ile hekimlerde % 35.2, hemşirelerde % 66.1 ve sağlık memurlarında % 32.3 olarak tespit edildi (Tablo3).

Tablo 3. Meslek gruplarına göre el hijyeni eğitimi alma durumu

	Hekim		Hemşire		Sağlık Memuru		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Almış	6	35.3	39	66.1	11	32.3	56	50.9
Eğitim Almamış	11	64,7	20	33,9	23	67,6	54	49,1
Toplam	17	100.0	59	100.0	34	100.0	110	100.0

$$\chi^2 = 1.095$$

$$p=0.295$$

Sağlık çalışanlarınca en fazla verilen doğru yanıt % 93.6 ile el ovucu her iki elin tüm yüzeyini kaplamalıdır. En az verine doğru yanıt ise % 26.4 ile ellerinizi ovduktan sonra havlu ile kurulayabilirsiniz (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık çalışanların bilgi düzeyini belirleyen sorunların doğru yanıt verilme dağılımı

Verilen doğru yanıtlar	Sayı	%
1. Bir sağlık ortamında hastalar arasında potansiyel olarak Zararlı mikropların çapraz dolaşımının ana rotası hangisidir ? (Temiz olmadığı zaman sağlık bakım çalışanın elleri)	32	29.1
2. Sağlık bakımıyla bağlantılı enfeksiyonlardan sorumlu mikropların en yaygın kaynağı nedir ? (Hastanın üzerine veya bünyesinde mevcut olan mikroplardır)	47	42.7
3. Alkol bazlı el ovucunun ellerinizdeki mikropların çoğunu öldürmesi için gerekli süre ne kadardır ? (30 saniye)	41	37.3
4. Alkol esaslı el ovucu ile el hijyeni tekniğiyle ilgili aşağıdaki cümlelerden hangileri doğrudur ?		
El ovucu her iki elin tüm yüzeyini kaplamalıdır (D)	103	93.6
Bakımdan önce eller kuru olmalıdır (D)	71	64.5
Ellerinizi ovduktan sonra bir havlu ile kurulayabilirsiniz (Y)	29	26.4
5. El kolonizasyonu olasılığı ile ilintili olarak aşağıdakilerden hangilerinden kaçınmak gereklidir?		
Mücevher takmak (D)	69	62.7
Hasarlı deri (D)	77	70.0
Yapay tırnaklar, ojeli tırnaklar (D)	60	54.5
Düzenli el kremi kullanımı (D)	48	43.6
6 . Aşağıdaki durumlarda ne tür el hijyeni yöntemleri gerekir?		
Hasta kaydına yazmadan önce (Hiçbir şey)		71.8
Hastaya dokunmadan önce (El yıkama- Ovma)	79	88.2
Öğle yemeğinden sonra hasta odasına varınca (Hiçbir şey)		63.6
Bir enjeksiyon yapmadan önce (Hiçbir şey)	77	44.5
Ördeği (pisua) boşaltmadan önce (Hiçbir şey)	70	40.0
Bir hasta odasının kapısını açarken (Hiçbir şey)	49	
	44	

D; Doğru, Y; Yanlış 4, 5 ve 6. sorulardaki şıklar ankette her bir soru olarak sorulmuştur.

Doğru yanıt ortalamaların bağımsız değişkenlere göre dağılımı incelendiğinde; en fazla doğru yanıt ortalaması kadın grubunda 9.64 ± 2.88 , bekar grubunda 10.9 ± 2.96 , yüksek lisans grubunda 9.55 ± 2.28 , doğum servisi grubunda 10.90 ± 2.94 , el hijyeni uygulayan grupta 9.62 ± 2.88 , daha önceden el hijyeni eğitimi alan grupta 9.39 ± 2.73 , kırk yaş üzeri grupta 10.56 ± 2.98 , hizmet yılı 15 yıl ve üzeri olan grupta 9.50 ± 3.03 olarak tespit edildi (Tablo 5)

Tablo 5. Doğru yanıt ortalamaların bağımsız değişkenlere göre dağılımı

		Mean \pm sd
Meslek	Hekim	9.29 ± 2.22
	Hemşire	9.61 ± 3.05
	Sağlık Memuru	8.88 ± 2.22
Medeni Hal	Evli	9.08 ± 2.58
	Bekar	10.9 ± 2.96
Eğitim Durumu	Lise	9.40 ± 3.01
	Ön Lisans	9.20 ± 2.80
	Lisans	9.50 ± 2.12
	Yüksek Lisans	9.55 ± 2.28
Hizmet Yılı	0-5	9.42 ± 2.50
	6-10	9.00 ± 2.51
	11-15	9.37 ± 2.56
	15 + yıl	9.50 ± 3.03
Çalıştığı Ünite	Dahiliye servisi	8.20 ± 2.48
	Cerrahi servisi	9.66 ± 2.18
	Acil Servis	9.62 ± 2.74
	Doğum servisi	10.90 ± 2.94
	Çocuk Servisi	9.88 ± 3.29
	Ameliyathane	8.07 ± 3.06
	Poliklinikler	8.54 ± 2.58
Daha önce Eğitim Alma durumu	Laboratuvar	9.50 ± 2.11
	Eğitim almış	9.39 ± 2.88
Cinsiyet	Eğitim almamış	9.03 ± 2.48
	Kadın	9.64 ± 2.88
	Erkek	8.76 ± 2.24

Çalışmada bilgi düzeyini ölçen 16 sorunun % 70 (11) 'ini doğru bilenler bilgi düzeyi yeterli kabul edildi. Sağlık çalışanların % 40,9'unun bilgi düzeyi yeterli olduğu belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6. Bilgi düzeyi yeterlilik durumu

	Sayı	%
Bilgi düzeyi Yeterli	45	40.90
Bilgi düzeyi yetersiz	65	59.10
Toplam	110	100.00

Çalışanların cinsiyet, medeni durumuna göre bilgi düzeyinin yeterliliği karşılaştırıldığında anlamlı bir farkın olduğu tespit edildi ($p < 0.05$) (Tablo 7).

Sağlık çalışanların unvan, çalıştığı ünite, hizmet yılı, eğitim durumu, el hijyeni uygulama durumu, el hijyeni eğitimi alma durumuna göre bilgi düzeylerinin yeterliliği karşılaştırıldığında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7 Bağımsız Değişkenlere Göre Bilgi Düzeyi Yeterli Olanların Durumu

		n	%	χ^2	P
Meslek	Hekim	6	35.3	1.325	0.250
	Hemsire	30	50.8		
	Sağlık Memuru	9	26.5		
Yaş	21-25	1	50.0	2.232	0.135
	26-30	7	33.3		
	31-35	18	40.0		
	36-40	5	26.3		
	40+	14	62.5		
Medeni Hal	Evli	35	36.8	4723	0.030
	Bekar	10	66.7		
Eğitim Durumu	Lise	11	40.7	0.58	0.809
	Ön Lisans	22	40.0		
	Lisans	4	40.0		
	Yüksek Lisans	8	44.4		
Hizmet Yılı	0-5	5	25.4	.838	0.871
	6-10	10	37.0		
	11-15	11	37.9		
	15 + yıl	11	47.5		
Çalıştığı Ünite	Dahiliye servisi	2	20.0	0.542	0.462
	Cerrahi servisi	7	58.3		
	Acil Servis	11	45.8		
	Doğum servisi	8	72.7		
	Çocuk Servisi	3	33.3		
	Ameliyathane	5	38.5		
	Poliklinikler	3	27.3		
	Laboratuar	5	30.0		
Daha önce Eğitim Alma durumu	Eğitim almış	42	42.0	0.542	0.462
	Eğitim almamış	3	31.0		
Cinsiyet	Kadın	34	47.9	3.997	0.046
	Erkek	11	2.2		

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda araştırma kapsamını oluşturan sağlık personelinde;

- El hijyeni eğitim alma oranı düşük olduğu,
- Hastane enfeksiyonlarında el hijyeni konusu ile ilgili sorulara verilen cevaplarda düşük oranlarda doğru yanıt verme olduğu,
- Alkol bazlı el ovucuların kullanıma ilişkin bilgi eksikliği,
- El hijyeninin 5 adım kurallarında bilgi eksikliği olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda

- Hizmet içi eğitim planlarında el hijyeni konularının yer alması ve eğitimlerin tazelenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

http://www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/egitim/EKHems_sunumlar/4hastane_enf_onemi_tanimi. ppt#260,4,Hastane Enfeksiyonları Sonuçlar (24.12.2008)

Yalçın, Ata, (2008), Enfeksiyon hastalıkların Maliyet Analizi, Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi No 60, Ocak 2008, Cerrahpaşa Tıp fakültesi Sürekli Tıp eğitim Etkinlikleri, İstanbul

Meriç Meliha,(2008) Enfeksiyon Kontrol Komitelerinin Sağlık Hizmetleri ile İlişkili Enfeksiyon Kontrolündeki Rollerini, http://www.klimik.org.tr/BaharOkulu2008/pdfs/12Mart2008_M_Meric.pdf (24.12.2008)

Albay, Ali (2005) El antiseptiklerinde Cilt Koruyucu Maddeler, 4.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Sayfa 41-58)

Gencer, Serap (2008) Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolünün olmazsa olmazı el yıkama Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi No 60, Ocak 2008 Cerrahpaşa Tıp fakültesi Sürekli Tıp eğitim Etkinlikleri, sayfa: 71-78 İstanbul

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguvenlik/saglik_hizmetlerinde_el_hijyeni_konulu_dso_kilavuzu.pdf (24.12.2008)

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguvenlik/uygulama_kilavuzu_pdf (05.09.2008)

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HATA BİLDİRİMİ ALANINDA EĞİTİLMESİ VE TIBBİ HATALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Eylem Kaya Eroğlu²⁵, Yasin Berk²⁶, Ayşe Sibel Öksüz²⁷,
Nilüfer Keser²⁸, Uz. Dr. Ferzane Mercan²⁹

Özet

Gönüllü hastane raporlama sistemleri, tıbbi hatalar konusunda potansiyel olarak değerli kaynaklardır. Raporlar hata tipinin oluşumunu belirler ve hata çeşitliliğinin veritabanını sağlar. Bu çalışmanın amacı Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hata oranını belirlemektir.

Bu çalışmaya Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan doktor ve hemşireler katılmıştır. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Bildirimi Formu geliştirildi ve uluslar arası hasta güvenliği hedeflerine göre Şubat 2008 ve Haziran 2008 tarihleri arasında tıbbi hataların bildirilmesi istendi. Geri bildirimler hasta güvenliği komitemiz tarafından sınıflandırıldı ve retrospektif olarak analiz edildi.

Hata bildirim eğitiminden önce, katılımcılar tıbbi hata bildiriminde bulunmamışken, 5 aylık uygulama döneminde 21 tıbbi hata bildirmişlerdir. Hatalar çeşitli alanlarda rapor edilmiştir: ilaç hataları (%4.76), iletişim hataları (%4.76), düşmeler (%28.57), bakım süreci hataları(%28.57) ve yönetim hataları (%33.33).

Hata bildirim, hata oluşumu, koşulları ve hasta güvenliği uygulamaları alanında eğitim almak, klinisyenler ve uygulayıcılar için gerekli bir araçtır. Bu çalışma hastalar için sağlık bakımının nasıl daha güvenli olacağını öğrenmede birincil çok önemli bir basamaktır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hata Bildirimi, Eğitim

Abstract

Voluntary hospital reporting systems are potentially valuable sources of Information about medical errors. The reports establish the occurrence of that error type and provide a database of a variety of errors. The aim of this study to identify an error

25 Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, eylemeroglu@gmail.com

26 Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yasinberk@hotmail.com

27 Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, asibeloksuz@yahoo.com

28 Ankara Dışkapı Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nilkeser@yahoo.com

29 Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ferzanemercan@yahoo.com

rate in Ankara Dışkapı Children Education and Research Hospital.

Pediatricians and nurses working at Ankara Dışkapı Children Education and Research Hospital participated to the study. The Form of Reporting Event Threatening Patient Safety was developed and medical errors were wanted to reporting according to international patient safety goals between February 2008 to June 2008. The feedbacks was classified and analyzed retrospectively by our patient safety committee.

While study participants didn't report medical errors before learning about identifying errors, they reported 21 medical errors during the 5-month pilot test. Errors were reported in several domains: medication errors (4.76 percent), communication errors (4.76 percent), falls (28.57 percent), health care process errors (28.57 percent) and administrative errors (33.33 percent).

Training in error identification and error mechanisms, conditions, and practices of patient safety is the necessary tools for clinicians and practice staff. This study is an important primary step in learning how to ensure that health care is safer for patient.

Key Words: Patient Safety, Reporting Error, Training

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde en önemli unsurlardan biri olan hasta güvenliği, hastalara yardım ederken oluşabilecek zararlardan kaçınmak, kaza eseri yaralanmaları, hata olasılığını azaltmak ve önlemektir. Sağlık hizmetlerinin amacı tedavi ve bakım sağlayarak hastaların tedavisi, hastalıklardan korunması ve rehabilitasyonudur. Bu amaca ulaşırken artan teknoloji ile beraber sağlık alanındaki hızlı değişimler, karmaşık tedavi ve bakım prosedürleri, nitelikli sağlık çalışanı kaynağının azalması gibi nedenlerle hasta güvenliği sağlanamaz, hasta ve yakınları bazı istemeyen olaylarla karşı karşıya gelebilirler (whpa.org/factptsafety.htm).

Türkiye de tıbbi hataların raporlanması konusunda yeterli ve güvenilir veriler henüz olmadığından gelişmiş ülkelerden alınan örnekler konunun öneminin kavranmasında yol gösterici olacaktır.

Her yıl binlerce insan Amerikan sağlık sisteminin oldukça karmaşık ve yüksek riskli ortamında çalışan çalışan, zeki ve iyi niyetli hasta bakım profesyonelleri tarafından bakım almasına rağmen, tıbbi hatalardan yaralanmakta ve ölmektedir (Frush, 2008: 301). Amerika'daki İlaç Enstitüsünün 2000 yılında yayınladığı analiz raporuna göre Amerikan Sağlık sisteminde geniş oranda, ciddi hasta güvenliği problemleri bulunmaktadır. Rapor hastane kayıtlarının % 2.9-3.7'sinin önlenebilir tıbbi hatalardan oluştuğunu belirtmiştir. Bu verilerden yola çıkarak, Amerika'da yaklaşık yapılan 3 milyon tıbbi hatanın 44.000-98.000 arası hasta ölümleri ile son bulmaktadır. Bu yıllık ölüm oranı akciğer kanserinden, motorlu araçlarla kaza ve AIDS nedeniyle ölüm

oranını rahatlıkla aşmaktadır. (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000)

1.1. Hasta Güvenliği Kültürü

Hasta güvenliği konusundaki gelişmeler, medikal hataların yüksek sıklığını azaltmaya ihtiyaç duymaktadır ve sağlık bakım kurumlarının hepsinde güvenlik kültürünün kurulmasını içermelidir. Güvenlik kültürü dürüstlük, hata bildiriminde şeffaflık ve tıbbi hataların önlenmesine sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Medikal kültürün bu çeşidi hasta güvenliğinde gelişmelerin devam ettirilmesi için temel görev yapar ve medikal yanlış tedavi krizlerinden sürekli kurtulmayı sağlar (Dalton, Samaropoulos, Dalton, 2008: 153).

Güvenlik kültürü hasta güvenliğindeki yaygın eksiklikleri iyileştirmek için, önemli bir strateji olarak görülmektedir. Kültürün tanımı yaygın olarak, değerleri, tutumları, inançları, uygulamaları ve personelin davranışlarını ifade etmektedir. Güvenlik kültürü ölçmek için çok sayıda araç vardır. Fakat her envanter sınırlı geçerlilik ve güvenilirliği olan veriye sahip olup, kültürün tek alanını ölçmekte ve ortalama cevaplanma oranı zayıftan (%29) mükemmele doğru (%83) değişmektedir (Pronovost, Sexton, 2005: 231).

Hastanelerin olması gerektiği gibi güvenli olmadığı uluslararası olarak iyi bilinmektedir. Bu duruma çözüm bulmak için dünya genelinde sağlık bakım servisleri, hastaya zarar verme riski olan sonuçları ve bu riskleri kontrol etmek, önlemek için yapılacakları belirlemek için güçlü hasta güvenliği ve kaliteli bakım programlarını stratejik olarak uygulamaya dikkat etmektedirler (Johnstone, Kanitsaki, 2006: 383).

Pronovost ve arkadaşları İngiltere’de 2001 Haziran ve Ağustos ayları arasında hasta güvenliğini değerlendirmek için ayrı popülasyonlara 2 anket uygulamışlardır. Ölçekten biri (İklim Güvenliği Ölçeği) doktorlara, hemşirelere, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Bu ölçek hasta güvenliği için örgütsel bağlılık algısını değerlendirmiştir. Diğer ölçekte (Liderler için Strateji Ölçeği) güvenliğin örgüt için bir stratejik önceliğinin genişliğini değerlendirmek için, klinik ve yönetim liderlerine uygulanmıştır. Tamamlanan 395 ölçekten % 82’si departmanlardan ve % 86’sı da hemşirelerden gelmiştir. Hemşirelerin güvenlik algısı doktorlardan daha yüksek puandadır. Yöneticilere uygulanan ölçekte ise stratejik planlamalarının düşük puanda olduğu ve yönetimin güvenlik çalışmalarının daha da geliştirilmesi gerektiğini belirttikleri ortaya çıkmıştır (Pronovost, Holzmüller, Rosenstein, Kidwell, Haller, Feroli, Sexton, Rubin, 2003: 405).

Literatüre baktığımızda tıbbi hata bildirimlerinde doktorların katılımının az olmasından yakınılmaktadır. Raporlamadaki bariyerler genellikle, cezalandırılma korkusu, zaman kısıtlılığı, bildirim gerekliliği ve mekanizması hakkındaki belirsizliklerden kaynaklanmaktadır (Foster, Runa, Gadhia, DeMuis, 2008: 481).

Institute of Medicine’a göre Hasta güvenliği kültürünün bir kurumda yayılabilmesi için liderlerin rolü oldukça önemlidir. Bu nedenle yöneticiler (Akalin, 2004: 12):

- Hasta güvenliği konusunu sahiplenmeli,
- Konunun herkes tarafından sahiplenilmesi gerektiğini ilan etmeli,
- Yöneticiler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimi sağlamalı ve bunun sürekliliğini korumalı,
- Hasta güvenliğini tehdit eden durumları belirlemeli ve azaltılması için sorumlulukları devretmeli,
- Kaynak ayırmalı,
- Eğitimlerin sürekliliğini sağlamalıdır.

1.2. Tıbbi Hataların Raporlanması

Sağlık bakımını sağlayanlar tarafından, özel niteliklere dayanmış tıbbi hataların gönüllü raporlanması, hasta güvenliğini geliştirici önemli bir strateji olabilmektedir (Suresh , Horbar, Plsek, Gray, Edwards, Shiono, Ursprung, Nickerson, Lucey ve Goldmann, 2004: 1609).

Sağlık bakım profesyonelleri tarafından Specialty-based, gönüllü, isim belirtmeden internet üzerinden raporlama ile neonatal yoğun bakımda yaygın oranda tıbbi hatalar belirlenmiştir. Vermontta bulunan 54 hastanenin katılımıyla yapılan araştırmanın 17 ay süren ilk evresinde yapılandırılmamış form kullanılmış ve 522 hata bildirim yapılmıştır. 10 ay süren 2. evrede de yapılandırılmış form kullanılmış 708 hata bildirim yapılmıştır. En sık olay kategorileri yanlış tedavi, doz, zamanlama veya infüzyon oranıdır (beslenme ve kan ürünleri de dâhil; %47). Yönetimsel veya tedavi uygulama yöntemindeki hatalar %14, hastayı yanlış belirleme %11; diğer sistem hataları %9; tanı koymada hata ve gecikme %7; müdahale, test veya prosedür uygulama performansındaki hatalar ise %4'tür. En sık neden olan faktörler politika ve prosedürleri uygulamada başarısızlık (%47), ihmal (%27), iletişim problemleri (%22), tablolama ve dökümante etmede başarısızlık (%13), dikkatin dağılması (%12), acemilik(%10), etiketleme hataları (%10) ve zayıf ekip çalışması (%9)dur. 2 evrede de ciddi hasta yaralanmaları %2, küçük hasta yaralanmaları ise %25tir (Suresh , Horbar, Plsek, Gray, Edwards, Shiono, Ursprung, Nickerson, Lucey ve Goldmann, 2004: 1609).

Amerikan İlaç Enstitüsünün hasta güvenliği amaçlarına ulaşmada hastanelerin yavaş ilerleme göstermeleri üzerine, Longo D R ve arkadaşları Amerika'da 107 hastanede yaptıkları hasta güvenlik sistemlerinin hastanelere uygulanmasında hangi örgütsel özelliklerin etkili olduğunu araştırmışlar ve akredite olmuş hastanelerin istatistiksel olarak belirgin gelişme gösterdiklerini; akredite olmamış hastanelerde ise bu sonucun bulunmadığı belirtilmiştir (Longo, Hewett, Ge ve Schubert, 2007:188).

2. ÜLKEMİZDE HASTA GÜVENLİĞİ

Türkiye’de henüz yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi bulunmamaktadır. Bunun yanında uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilecek hastanelerde, standartlar gereğince, hastanın ve çalışanın güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Ancak kurumdan kuruma bildirim kültürünün birbirinden oldukça farklı olduğu, ortak bir yapıdan ziyade kurumsal çabalar gösterildiği göz ardı edilmemelidir. Hasta güvenliği bilincini yaymak, kültür geliştirmek için ise Türkiye’de son yıllarda hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi geliştirmeyi amaç edinen dernekler kurulmuştur.

Türkiye’deki devlet otoriteleri geçtiğimiz yıla kadar hasta güvenliğinden çok hasta şikâyetlerine ve haklarına eğilmiştir. 2006 yılında Hasta Güvenliği Arama toplantıları yapılarak devletin bu konuya olan ilgisini ortaya koymuşlardır. Aynı zamanda JCAHO ile Sağlık Bakanlığının yaptığı anlaşma neticesinde ise hastane standartlarının hayata geçirilmesi için çalışmalar başlamış, pilot hastanelerde eğitimler yapılmaya başlanmıştır.

Devlet ya da sivil toplum kuruluşları, yurtdışındaki iyi uygulama çalışmalarını temel alarak ulusal bir hasta güvenliği programı ve bildirim sistemi oluşturmalı; hasta güvenliğini öncelikli olarak iyileştirilmesi gereken alan kabul etmelidir.

2.1. Araştırmanın Yöntemi

Hasta güvenliği konusunda tıbbi hataların raporlanması çalışmalarımız Kasım 2007 yılında kalite iyileştirme ve hasta güvenliği komitesi tarafından oluşturulan olay/hata bildirim formuyla başladı. Gerek bu formun kullanımından kaynaklanan gerekse hasta güvenliği konusundaki eğitimlerin yetersizliğinden dolayı hiç hata bildirimini alınamadı. Daha sonra, Hasta Güvenliğini tehdit eden olaylar bildirim formu, çeşitli uzman görüşleri alınarak ve akredite olmuş özel ve üniversite hastanelerinin formları da incelenerek Şubat 2008 yılında oluşturuldu. Kalite İyileştirme Hasta ve Çalışan Güvenliği Komitemiz başta olmak üzere hemşirelerimize ve doktorlarımıza hasta güvenliği, tıbbi hatalar, hata bildiriminin önemi ve cezalandırıcı olmayan hata bildirim kültürünü yaygınlaşması için bir dizi eğitimler verildi.

Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olaylar Bildirim Formu hastane içerisinde kullanıcıların rahatça erişebileceği şekilde yerleştirildi. Bildirimler Performans ve Kalite Birimine elden ya da hastanedeki 5 değişik yerlerdeki dilek ve öneri kutularına bırakılmak suretiyle yapıldı.

Performans ve Kalite Birimi açtıkları dilek öneri kutularına gelen bildirimleri değerlendirmek için Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliğinin alt komitesi olan Hasta Güvenliği Değerlendirme Komitesini toplantıya çağırır. Toplantılarda isim, bölüm gibi belirleyici faktörlerden bağımsız olarak konu hakkında görüşler dinlenir ve gerekli düzeltici faaliyetler yapılarak başhekimlik bilgilendirilir.

Hastanemizde, uluslararası hasta güvenliği hedeflerine uygun olarak verilen eğitimlerden sonra Şubat 2008'den Haziran 2008'e kadar toplam 21 adet hata raporlanmıştır.

2.2. Bulgular

Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 150 doktor ve 154 hemşire evrenimizi oluşturmaktadır.

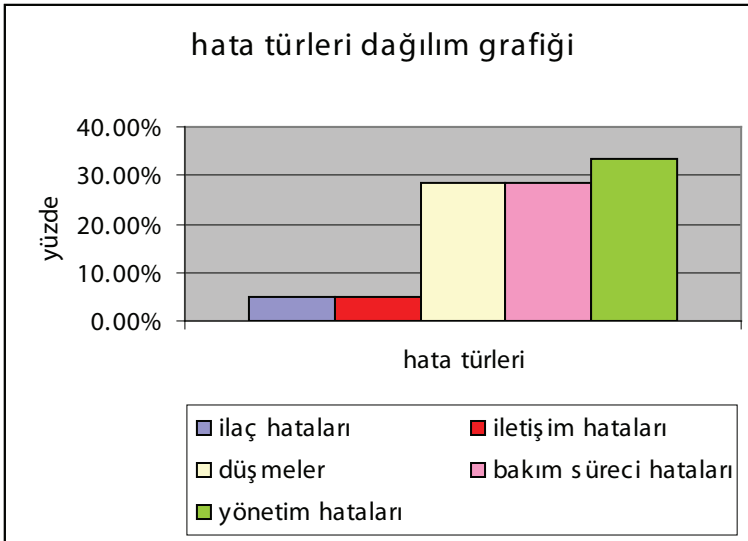
Hata bildirim eğitiminden önce, katılımcılar tıbbi hata bildiriminde bulunmamışken, 5 aylık uygulama döneminde 21 tıbbi hata bildirmişlerdir.

Veriler Rekrospektif olarak analiz edildiğinde; ilaç hataları (%4.76), iletişim hataları (%4.76), düşmeler (%28.57), bakım süreci hataları(%28.57) ve yönetim hataları (%33.33) şeklinde sınıflandırılmıştır (Tablo-1).

Tablo 1. Tıbbi hata türleri

İlaç hataları	İletişim hataları	Düşmeler	Bakım süreci hataları	Yönetim hataları
% 4.76	% 4.76	% 28.57	% 28.57	% 33.33

Grafik 1. Hata türleri dağılım grafiği



3. SONUÇ

Kamu hastanelerinde hasta güvenliği çalışmalarını geliştirmek için çalışanları desteklemek, raporlamayı teşvik etmek, yol gösterici ve kolaylaştırıcı olmak, hasta

ve hasta yakınlarına hasta güvenliği konularını öğreterek onlarla paylaşmak, oluşan ya da oluşabilecek hatalardan ders alıp önleyici çözümler üretmek, iyi uygulamaları paylaşmak gereklidir.

Güvelik kültürünün oluşturulması kamu hastanelerinde oldukça zor olmaktadır. Kurum çalışanlarında var olan olumsuz önyargıları yıkmak kolay değildir. Çalışanlar arasında hata raporlamalarının birbirlerini şikâyet etme mekanizması olarak kullanılabilmesi endişesi yaygındır. Bu durum hala kurumlarda yapılan tıbbi hataların üstünün kapatılmaya çalışılması refleksiyle karşılanmaktadır.

Bu kültürün gelişmesi için yeterli sayıda ve düzenli aralıklarla eğitimler verilmesi gerekmektedir. Sadece kurum çalışanlarına eğitim vermek yeterli değildir. Liderleri de eğitimlere dâhil etmek gerekmektedir. Liderlerin desteğini almadan yapılan bütün iyi niyetli çalışmalar zamanla birbirin şikâyet etme, suçluyu bulma ve cezalandırma süreçlerine dönüşecektir. Kurum güvenlik kültürünün oluşabilmesinde pasif etken gibi görülen hasta ve hasta yakınları takımın bir parçası oldukları ve daha fazla kalite talep etmeleri konusunda bilgilendirilmelidir.

Hastanemiz örneğinde de görüldüğü gibi verilen hasta güvenliği eğitimleri sonucunda güvenlik kültürünün oluşturulması ve yaygınlaştırması sağlanabiliyor. Bu sayede personelin davranışları, tutumları, inançları ve uygulamalarında olumlu değişiklikler gözlemlenebilir.

Eğitimlerin sadece farkındalık yaratma düzeyinde olması yeterli değildir. Eğitimler sırasında verilmesi gereken en önemli mesajlar;

- Tıbbi hataların varlığı, herkesin hata yapabileceği ya da hataya maruz kalabileceği,
- Bu konuda raporlama, değerlendirme ve düzeltici faaliyetleri içine alan bir sistemin çalışanların görüşlerini alarak oluşturulması,
- Hataların raporlanması, raporların toplanması ve değerlendirilmesinde dikkat edilecek gizlilik ilkesi,
- Önlenmesi veya düzeltilmesi için üst yönetimle paylaşım sonrası cezalandırıcı olmayan yaptırımlar şeklinde olmalıdır.

Güvenlik kültürünün oluşturulmasında eğitim tek başına yeterli değildir. Klinik riskleri değerlendirebilmesi için kurum kendine en uygun hata raporlama sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Gerek basit gerekse kapsamlı bir yapıya sahip olan herhangi bir raporlama sisteminin sahip olması gereken özellikleri;

- Açık ve net olarak tanımlanmış hedefler,
- Raporlama yapacak kişilerin net olarak tarif edilmiş olması,

- Rapordan hangi bilgilerin ve verilerin elde edileceği,
- Raporu almak ve verileri yönetmek için gerekli mekanizmalar,
- Analiz için gerekli uzmanlık bilgisi,
- Bildirilen olaya geri dönme veya cevap verme sorumluluğu,
- Raporlanan olayların sınıflandırılması için yöntem belirleme,
- Bulgulardan faydalanma için mekanizma oluşturma,
- Teknik yapı ve veri güvenliği,

Bir sistem kurulurken hangi olayların raporlanmasının istendiğine karar verilmelidir. Hastanın tedavisi ile ilgisi olmayan beklenmeyen ölümler ya da ortaya çıkan büyük fonksiyon kayıplarını sentinel olay olarak tanımlanır ve bu olaylar bildirimlerin kapsamına girer.

- Hastanın intihar etmesi,
- Çocuk ve bebek kaçırılması,
- Bebeğin yanlış aileye verilerek taburcu edilmesi,
- Sürekli ve ciddi fonksiyon kayıplarına yol açan yaralanmalar,
- Tedavi sırasında ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyonlar,
- Hastane içinde bir hasta veya çalışan tarafından tecavüz olayının yaşanması,
- Belirgin kan grubu uyumsuzluğu olduğu halde kan ve kan ürünlerinin verilmesi sonucunda hemolitik transfüzyon reaksiyonunun olması,
- Yanlış hasta ve/veya yanlış uzvun ameliyat edilmesi,

KAYNAKLAR

Akalın, H. Erdal (2004), "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?", **ANKEM Dergisi**, 18 (ek2), sayfa 12–13.

Dalton, George D, Samaropoulos, Xanthia F. ve Dalton, Augustine C, (2008), "Improvements in the safety of patient care can help end the medical malpractice crisis in the United States", **Health Policy**, 86, pp. 153–162.

Paul N. Foster, Runa Sidhu, Dhruv A. Gadhia ve Michele DeMuisis (2008), "Leveraging Computerized Sign-Out to Increase Error Reporting and Addressing Patient Safety in Graduate Medical Education", **J Gen Intern Med**, vol.23(4), pp. 478–481.

Frush, Karen S. (2008), "Fundamentals of a patient safety program", **Pediatr Radiol**, 2008 Sep, 23, pp. 301–449.

Johnstone Megan-Jane ve Kanitsaki Olga (2006), "Culture, language, and patient safety: Making the link", **Int J Qual Health Care**, vol.18(5), pp. 383–388.

Longo, Daniel R; Hewett, John E; Ge, Bin ve Schubert, Shari (2007), "Hospital patient safety: characteristics of best-performing hospitals", **J Healthc Manag**, Vol.52(3), pp. 188–204.

Pronovost, Peter; Holzmueller, Christine G; Rosenstein, Berly J; Kidwell, Rick P; Haller, Karen B; Feroli, Robert E; Sexton, Bryan J ve Rubin, Haya R (2003), "Evaluating of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center", **Quality and Safety in Health Care**, vol.12, pp.405–410.

Pronovost, Peter ve Sexton, Bryan (2005), "Assessing safety culture: guidelines and recommendations", **Quality and Safety in Health Care**, vol.14, pp. 231–233.

Suresh, Gautham; Horbar, Jeffrey D; Plsek, Paul; Gray, James; Edwards, William H; Shiono, Patricia H; Ursprung, Robert; Nickerson, Julianne; Lucey, Jerold F ve Goldmann, Donald (2004), "Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care", **Pediatrics**, Vol.113(6), pp.1609–1618.

Kohn Linda T, Corrigan Janet M, Donaldson Molla S, (2000), "To err is human: building a safer health care system" <http://www.nap.edu>, (2008)

<http://www.whpa.org/factptsafety.htm>, (2007)

HASTA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARININ VE HEMŞİRELERİN BU KONUDAKİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ

Fatma Çırpı³⁰, Yeliz Doğan Merih³¹, Meryem Yaşar Kocabey³²

Özet

Çalışmamız hastanemizde hemşirelik hizmetlerindeki hasta güvenliği uygulamalarını ve hemşirelerimizin bu konudaki görüşlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamız, 2008 yılı içerisinde bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülen hasta güvenliği uygulamalarına yönelik hemşirelerin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden 130 hemşire oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formunun hemşireler tarafından doldurulması ile toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 10.0 programı ile yüzdeler olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin, %74,6'sı hasta güvenliğini sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı olarak nitelendirmiş ve hasta güvenliği uygulamalarının gerekli (% 96.9) olduğunu ifade etmişlerdir.

Katılımcılar hasta güvenliği uygulamalarındaki rollerini, %66.9 oranıyla hasta güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamalarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyoneli olarak belirtmişlerdir.

Hemşirelerin hastanelerinde gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına baktığımızda, %53.8 oranıyla uygulamaların etkinliğini iyi olarak nitelendirmişler ve uygulamalara ait memnuniyetlerini ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda, ebe-hemşirelerin hastanelerinde gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamaları konusunda bilgi seviyelerinin yeterli olduğu, hasta güvenliği uygulamalarında rollerine yönelik farkındalıklarının bulunduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelik

30 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, fatma.cirpi@gmail.com

31 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yelizmrh@gmail.com

32 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, meryemkocabey@gmail.com

Abstract

Our this study is performed according to nurse services in applications of patients safe, and to determine our nurses opinions in this topic.

Our this study has been carried out as an descriptive issue for the applications of patients safe and to determine nurses opinions in one special branch education and research hospital in 2008. The research has been completed by 130 nurses who have been accepted to be models of this research. Dates collection was completed from the nurses filling the forms that have been prepared by the researchers. And these dates have been evaluated to in percentage with SPSS 10, 0 program.

74,6 % of the nurses and midwife who were taking as a research models determined the patient's safe as the whole precautions that is taken by the health services to prevent people from the harm that health services may give. And expressed that (96, 9 %) they are needed to put them in to practice.

Participants stated that about 66,9 % proportions of their roles in the patient's safe applications as the health professional who is determining the risks that are about patients safe, planning the applications that are aimed to prevent, carrying out and evaluating.

When we checked the nurse's points that were given by them to evaluate the patients safe practices in their hospitals, they are showing that 53, 8 % proportions determined the effective of the practices as good and they stated their pleasures about these practices.

In our studies it has been determined that midwife-nurses have enough knowledge about the patients practices that is taken place in their hospitals, also it has been determined that they are aware of their roles in patients safe practices.

Key Words: Patients Safe, Patient Safe Practices, Nursing

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri geliştikçe ve hastalar haklarını öğrendikçe sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kalite unsuru giderek öne çıkmaktadır. Bu öne çıkan konulardan en önemlilerinden birisi de hasta güvenliğidir. Bu kavram sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır (Hatırnaz, 2007: 36; Wendin, 2007: 46; Sezgin, 2007: 17).

Tıbbi hatalar veya hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde kalite programlarının önemli konularından birisidir. "Institute of Medicine" in raporuna göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 98,000 kişinin tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybettiği öne sürülmektedir. ABD'deki araştırmalar tıbbi hataların beşinci ölüm nedeni olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu sayı trafik kazası, göğüs kanseri veya AIDS'den ölenlerin sayısından daha fazladır. Bu sonuçlarda hasta güvenliğinin ne denli önemli bir kavram olduğunu ortaya koymaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de (DSÖ) tıbbi hataların önemli bir sağlık problemi olduğunu görünce 2004 yılında bir hasta güvenliği birimi oluşturmuştur ve böylelikle hasta güvenliğine yönelik uygulamalar daha sistematik halde yürütülmeye başlanmıştır (Patel, 2007: 28; Ahmedzadeh, 1997: 13; Vatanserver, 1999: 32; Zincir vd., 1999:13).

Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm personel, bir şekilde hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için, sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayırmalıdır. Bu kaynaklar arasında nitelikli sağlık personelinin varlığı önemli bir yere sahiptir. Nitelikli sağlık personeli içerisinde doktorundan hemşiresine tüm sağlık ekip üyeleri yer almaktadır (Vural, 1993: 8; Erdemir ve Elçioğlu, 2000: 43; Karan, 1999:28).

Hasta güvenliği, tüm sağlık ekip üyelerinde olduğu gibi temel hemşirelik bakımının da unsurlarındandır. ICN, hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğine inanmaktadır (Akbulut, 1998: 14; Özgirgin, 1996:14).

Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Bu bağlamda hastaların ve diğer ilgililerin risk ve riskin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirenin görevleri arasındadır (Fişek, 1989: 12; Emiroğlu, 1994: 3).

Riskin erken aşamada tespit edilmesi hasta yaralanmalarının önlenmesinde son derece önemli olup güven, dürüstlük, birlik, beraberlik ve hastalar ile sağlık bakım sistemindeki hizmet sağlayıcılar arasında açık iletişim kurulmasına bağlıdır. Bu bağlamda hemşirelik hizmetlerindeki hasta güvenliği uygulamaları bakımın önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Kunst ve Lemmink, 2000: 8; Mcglyn, 1997: 18).

Çalışmamız hemşirelik hizmetlerindeki hasta güvenliği kavramının önemini vurgulamak amacıyla hastanemizde hemşirelik hizmetlerindeki hasta güvenliği uygulamalarını ve hemşirelerimizin bu konudaki görüşlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. METARYAL ve METOT

Tanımlayıcı türde yürütülen çalışmanın evrenini, Ağustos-Ekim 2008 tarihleri arasında bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 278 hemşire oluşturmuştur. Anket uygulamasının yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu hemşirelerin ve çalışmaya katılmak istemeyen hemşirelerin olması nedeniyle 130 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından katılımcıların tanıtıcı özelliklerini ve hastanelerinde uygulanan hasta güvenliği uygulamalarına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla oluşturulan veri toplama formunun katılımcılar tarafından doldurulması ile toplanmıştır. Araştırma öncesinde kurum yöneticilerinden gerekli izinler alınmıştır. Elde edilen veriler SPSS 10.0 programı ile yüzdeler olarak değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların en çok karşılaşılan mesleki hatalara yönelik görüşleri

GÖRÜŞLER	SAYI	%
İlaç uygulama hataları	61	47.0
Hasta kimlik hataları	8	6.1
Kan tranfüzyon hataları	1	0.8
Hastane enfeksiyonları risk uygulamaları (el hijyenine dikkat etmeme vb.)	45	34.6
Bakım uygulama hataları	15	11.5
Toplam	130	100.0

Katılımcıların en çok karşılaşılan mesleki hatalara yönelik görüşlerine tablo 1'de yer verilmiştir. Değerlendirme sonucunda ilaç hatalarının (%47.0) ilk sırada ifade edildiği belirlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların hasta güvenliğine yönelik görüşleri

GÖRÜŞLER	SAYI	%
Hasta güvenliği; sağlık çalışanlarının hasta bakımı uygulamalarına destek olmak ve kolaylık sağlamak amacıyla yapılan uygulamaların tamamı	25	19.2
Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı	97	74.6

Hasta güvenliği; hastaların kendilerine zarar gelmemesi için aldıkları önlemlere sağlık çalışanları tarafından destek olunması	3	2.3
Diğer	5	3.8
Toplam	130	100.0

Katılımcılar hasta güvenliğini nasıl tanımlarsınız sorusuna, %74.6 oranıyla hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı olarak cevap vermişlerdir (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların hastanelerinde hasta güvenliğine yönelik uygulamalara ilişkin görüşleri

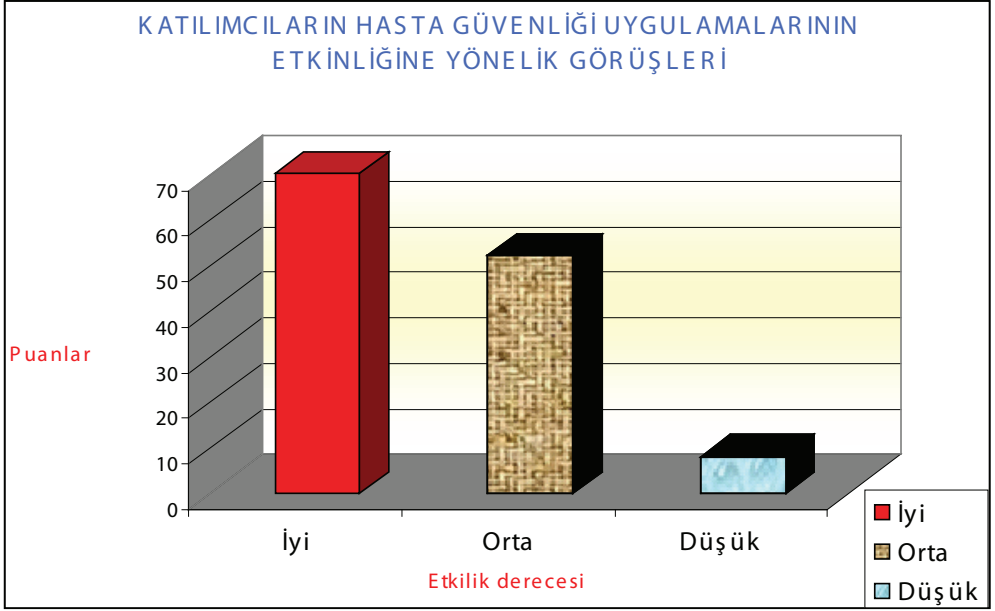
GÖRÜŞLER	SAYI	%
Hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalar	1	0.8
İlaç hatalarını önlemeye yönelik uygulamalar	6	4.6
Hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamalar	3	2.3
Hasta kimlik hatalarını önlemeye yönelik uygulamalar	2	1.5
Hepsi	118	90.8
Toplam	130	100.0

Tablo 4. Katılımcıların hasta güvenliği uygulamalarındaki rollerine yönelik görüşleri

GÖRÜŞLER	SAYI	%
Hasta güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamalarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren	87	66.9
Oluşturulmuş hasta güvenliği uygulamalarının gerçekleştirilmesine destek olan	43	33.1
Toplam	130	100.0

Katılımcıların hasta güvenliği uygulamalarında hemşirelerin rollerini; %66.9 oranıyla hasta güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamalarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyoneli olarak belirtmişlerdir (Tablo 4). Ayrıca hasta güvenliği uygulamalarının tamamının (%90,8) hemşireleri ilgilendirdiğini ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Grafik 1. Katılımcıların hasta güvenliği uygulamalarının etkinliğine yönelik görüşleri



Katılımcılar hastanelerinde uygulanan hasta güvenliği uygulamalarının etkinliğini %72,3 oranıyla iyi olarak nitelendirmişlerdir (Grafik 1).

4. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin %33,8'inin 26-31 yaş grubunda olduğu, %51,5'inin lise mezunu olduğu, %37,7'sinin meslekte 10 yıl ve üzeri süredir çalıştığı saptanmıştır.

Hemşirelerin uygulamalarda karşılaştıkları hatalar arasında %47,0 oranıyla ilaç uygulama hatalarını ilk sırada ifade etmeleri önemlidir (Tablo 1). Çünkü literatürler incelendiğinde ilaç uygulama hataları hemşirelerin karşılaştıkları hatalar arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

İngiltere'de 2001 yılında ilaç uygulama hatalarından yaklaşık 1200 kişinin öldüğü, bu durumun son on yıl içinde %500 oranında artış gösterdiği kaydedilmiştir (Acaroğlu ve Aştı, 1998: 18).

Barker ve ark., ABD'deki 36 hastanede yaptıkları araştırmada en sık görülen ilaç uygulama hatalarının, "İlacın yanlış zamanda uygulanması", "İlacın atlanması, uygulanmaması", "İlacın yanlış dozda uygulanması" ve "Order edilmeyen ilacın uygulanması" olduğunu tespit etmiştir (Barker vd., 2002: 162).

Gölcük Deniz Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde görülen parenteral ilaç

uygulama hatalarının, "İlaç uygulaması öncesinde el yıkanmaması", "Enjeksiyon bölgesinin antiseptik solüsyonla silinmemesi", "Order edilmeyen ilacın uygulanması" ve "Doğru dozun uygulanmaması" olduğu tespit edilmiştir (Sezgin, 2007: 15).

Çalışmamızda katılımcılar hatalı uygulama bildirimlerini ilk sırada %60 oranıyla olay bildirim formu doldurarak, 2. sırada ise %40 oranıyla servis sorumlu hemşirelerine bildirerek yaptıklarını ifade etmişlerdir. Hataların bildirimlerinin yapılması önlemeye yönelik uygulamaların başında gelmektedir. Özellikle bildirimler sırasında nedenlerinde ifade edilmesi bunların ortadan kaldırılarak hataların tekrarlanmasını önlemek açısından önemlidir.

Hastaneler bazında yürütülen kalite çalışmaları dahilinde hatalı uygulamaların bildirimlerine önemli derecede yer verilmektedir. Özellikle olay bildirim formlarının kullanılması ve bunun kurum kültürü haline getirilmesi gerekli görülmektedir. Araştırmamız sonucunda bildirimlerin büyük bir oranda olay bildirim formuyla yapıldığının ifade edilmesi istendik bir sonuçtur.

Katılımcıların hasta güvenliğinin tanımına yönelik görüşleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Örneklem gurubundaki hemşirelerin %74.6'sı hasta güvenliğini sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı olarak nitelendirmiş ve % 96.9 oranıyla güvenlik uygulamalarının gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Elde edilen sonuçlar hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarının önemi hakkındaki farkındalıklarının birer göstergesidir.

Katılımcıların hastanelerinde uygulanan hasta güvenliği uygulamalarına ait görüşleri tablo 3'de gösterilmiştir. Görüşler arasında tabloda yer alan tüm uygulamaların hemşireliğe ait olduğunu %90.8 oranıyla ifade etmişler ve hasta güvenliği uygulamalarında hemşirelerin aktif rollerini bir kez daha vurgulamışlardır.

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarındaki etkinliğini gösteren birçok çalışma vardır. Örneğin, Günlük hasta başına ek bir hemşire ilavesi ile 30 günlük ölüm oranında %50, hemşire bakım saatinde 0.25'lik ilave ile ölüm oranında %20 azalma sağlandığı saptanmıştır (Tombe, 2007: 15). Günlük hasta başına verilen hemşirelik bakım saatinde bir saatlik artış ile pnömöni vakalarında % 8.5; bakım saatinde %10'luk bir artışın sağlanması ile % 9.5 oranında azalmaya yol açtığı saptanmıştır. Hemşirelik bakım saatinde artış ile bası yaralarında azalmaya yol açtığı belirlenmiştir (Sezgin, 2007: 18). Cerrahi müdahale sonrası hasta başına sağlanan günlük tam hemşire bakım saati ile idrar yolu enfeksiyonları, pnömöni, tromboz ve akc. rahatsızlıkları riski arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçları efektif bir hemşirelik bakımı ile hasta güvenliğini tehdit edebilecek birçok komplikasyonların önlenebileceğini açıkça göstermektedir (Wolf, 1996: 68).

Hemşireler hasta güvenliğine yönelik konumlarını, %66.9 oranıyla hasta güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamalarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyoneli olarak belirtmişlerdir (Tablo 4). Hemşireler bakımının her alanında hasta güvenliği ile iç içe durumdadır. Bu bağlamda; hasta güvenliğinin

savunulması, risk ve riskin azaltılması istenmeyen olayların rapor edilmesi hemşirenin görevleri arasındadır (Kavuncubaşı ve Esatoğlu, 1998: 11). Sonuçlarımız literatürle uyumludur.

Katılımcıların hastanelerinde gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına baktığımızda, %53.8 oranıyla ilk sırada etkinliği iyi olarak nitelendirmişler ve %40 oranıyla ikinci sırada etkinliğin orta derecede olduğunu ve yeni uygulamaların yapılması gerektiğini ifade edilmişlerdir (Şekil 1).

Hasta güvenliğinde iyileşme sağlanması için hastaların karşılaşılabilecekleri risklerin azaltılmasına yönelik dikkatli bir şekilde tasarlanmış programlara ihtiyaç vardır. Yan etkilerin önlenmesi, gerçekleşme halinde hızlı bir şekilde anlaşılması, hasta ve yapılan tedavi üzerindeki olumsuz etkilerinin hızlı bir şekilde giderilmesi ve gelecekteki hastaların başına gelmesi muhtemel sorunların en aza indirilmesi çalışmaları için tamamlayıcı eylemlere gereksinim bulunmaktadır. Bireysel düzeyde sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık çalışanları açısından, bunların ekipler düzeyinde, kurumsal olarak ve nihai olarak sağlık sisteminde bir bütün olarak değişime gereksinim vardır. Ancak böylelikle hasta güvenliğini tehdit eden riskler tamamıyla önenebilir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda hemşirelerin hastanelerinde gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamaları konusunda bilgi seviyelerinin yeterli olduğu, hasta güvenliği uygulamalarında rollerine yönelik farkındalıklarının bulunduğu ve hasta güvenliği uygulamalarını etkin olarak nitelendirdikleri saptanmıştır.

Hasta güvenliği uygulamaları sağlık ekibinin tüm üyelerinin sorumluluğundadır ve bu sorumluluk tüm kurum çalışanlarının kabul ettiği, üstlendiği ve iyileştirmek için çalıştığı bir kurum kültürü olmalıdır.

Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için liderlerin bu konuyu sahiplenmesi gereklidir. Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi için, hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devredilmesi, hasta güvenliği için kaynak ayrılması ve tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitilmelerinin sağlanması gereklidir.

KAYNAKLAR

Acaroğlu, R. ve Aştı T. (1998), **İlaç Hatalarının Önlenmesinde Strateji Belirleme**, Ulusal Cerrahi Kongresi, İzmir.

Ahmedzadeh, A. (1997), **İş Sağlığı Ve İş Güvenliği**, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.Hatırnaz, G. (2007), **Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu Ve Hasta Hakları**, Seçkin Yayınevi,

İstanbul.

Akbulut, T.- Coşkun, N.- Abbasoğlu, A. (1998), **İşyeri Hekimliği Ders Notları**, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara.

Barker, KN.- Flynn EA.- Pepper GA.- Bates DW.- Mikeal RL (2002). "Medication Errors Observed İn 36 Health Care Facilities". **Arch Intern Med**, 162.

Emiroğlu, N. (1994), "İş Sağlığı Hemşireliği", **Türk Hemşireler Dergisi**, Cilt 44 No: 6 sayfa 35-38.

Erdemir, AD. ve Elçioğlu, ÖŞ. (2000), **Tıp Etiği Işığında Hasta Ve Hekim Hakları**, Ankara.
Fişek, A. (1989), "TTB İşçi Sağlığı Etkinlikleri", **Türk Tabipleri Birliği Haber Bülteni**, Sayı 17, sayfa 12-14.

Karan, İ. (1999), **Hastanelerde Fiziksel Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması**, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kavuncubaşı, Ş. ve Esatoğlu, A. (1998), "Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi", **Hemşirelik ve Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Toplam Kalite Yönetimi**, Erciyes Üniversitesi Yayınları, sayfa 11-12.

Kunst, P. ve Lemmink, J. (2000), "Quality Management And Business Performance İn Hospitals", **A Search For Success Parameters, Total Quality Management**, Vol. 11, No: 8.

Mcglynn, A. (1997), "Six Challenges İn Measuring The Quality Of Health Care", Health Affairs.

Özgirgin, K. (1996), "Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimine Geçiş Projesi", **5.Ulusal Kalite Kongresi Özgeçmişler ve Tebliğler 3**, Kalder, İstanbul.

Patel, V. (2007), "Tıbbi Hataların Yönetimi". Columbia University, Division Of Biomedical Informatics, **1. Hasta Güvenliği Kongre Kitabı**, Antalya.

Sezgin, B. (2007), **Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi**, İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tombe, D. (2007), "Hasta Güvenliğini Sağlamanın Karmaşıklığı: Karmaşıklığın İnsan Ve Sistem Boyutları". **1. Hasta Güvenliği Kongre Kitabı**, Antalya.

Vatansever, Ş. (1999), **Sağlık Kuruluşlarında İş Güvenliği ve Meslek Hastalıkları ve İ. Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İle S.S.K. İstanbul Hastanelerinde İş Güvenliği Ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bir Araştırma**, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Vural, G. (1993), **H.Ü. Sağ. Bil. Ens. Hasta Hakları**, Doktora Tezi, Ankara.

Wendin, R. (2007), "Hasta Güvenliği - Temel Bir Yetkinlik Mi Yoksa Sadece Bir Kavram Mı?", European Healthcare Practice Leader, Marsh, **1. Hasta Güvenliği Kongre Kitabı**,

Antalya.

Wolf, ZR.- Goldrick, T., - Flynn, ER.- Warwick, F. (1996), "Factors Associated With A Perceived Harmful Out-Come From Medication Errors A Pilot Study", **The Journal Of Continuing Education In Nursing**, 27(2):65-73.

Zincir, G.- Erdal, E.- Zincir, M. (1999), **Hekim Ve Hemşirelerin Hasta Hakları Konusunda Tutumlarının İncelenmesi**, 1. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, Kocaeli.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ VE HEMŞİRELER

Feray Gökdoğan³³, Songül Yorgun³⁴, Murat Yapıcı², Yasemin Yıldırım¹
Serpil Özdener², Nihal Mısırlıoğlu², Erdoğan Şentürk²

Özet

Bu çalışmanın amacı, hasta güvenliğine ilişkin hastanede başlatılan çalışmalarını izlemek, hemşirelerin bu uygulamalara ilişkin geri bildirimleri ile bakış açılarını değerlendirmektir. Analitikte bu çalışmanın İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi'ndeki (Merkezi ve Köroğlu ünitesi) 186 hemşire, örneklemini ise 104 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri, hasta güvenliğine ilişkin araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu aracılığıyla 6-15 Ekim 2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Hemşirelerin çoğunluğu 31-40 yaş grubunda (%60.6), önlisans mezunu (%61.5) olup, 1-5 yıl (%27.9) ve 11-15 yıl (%27.9) süreyle ve servis hemşiresi (%83.7) olarak, dahiliye (%33.7) ve cerrahi kliniklerinde (%23.1) çalışmaktadır. Bir mesaideki ve nöbetteki en fazla hasta sayısı acil serviste olup, bir nöbette aralıksız en uzun çalışma saatleri sırasıyla yoğun bakım, cerrahi ve dahiliye klinikleri, acil servis ve ameliyathane görülmektedir ($P < 0.001$). Hemşireler yaptıkları tıbbi hataları; order –ilaç- hataları (%24.0), iş yoğunluğu nedeniyle dikkatsizlik (%12.5), hasta kimliğinin kontrol edilmemesi (%9.6), iletişim eksikliği (%4.8), el hijyenine uymama (%4.8), hastane enfeksiyonların gelişmesi (%1.9), ünite ile personel niteliğinin uygun olmaması (%1.0) olarak bildirmiştir. Hemşirelerin tamamı (%100.0) hasta güvenliğine önemli katkılar sağlayacağını; %87.5'i hemşirelerin hataları önleyebileceğini ifade etmektedir. Hemşirelerin %64.4'ü kurumda hata oluştuğunda sorunun anlaşılmaya çalışıldığını, %14.4'ü ise cezalandırma/ suçlama davranışı gösterildiğini bildirmiştir. Hastane güvenliğine ilişkin hastanede başlatılan çalışmaların hemşirelere olumlu katkı sağladığı ve hasta güvenliğine ilişkin hizmetlerde hemşirelerin önemli bir temel oluşturabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hemşire, Tıbbi Hata

Abstract

The aim of this study is to monitor the workings in the hospital for patient safety and to assess the point of view and feedback of the nurses regarding these new workings. The analytical part of the study contains 186 nurses from Bolu İzzet Baysal State Hospital (Centre and Köroğlu Unit) and the exemplification includes 104 nurses. The data was collected in 6-15 October 2008 by a survey containing questions on patient safety by the researchers. The majority (60,6%) of the nurses were in the ages of 31-40 and 61,5% of them had associate's degree. 27,9% of them had been working for 1-5 years, whereas 27,9% had 11-15 years of

33 Abant İzzet Baysal Üniversitesi, gokdogan_f@ibu.edu.tr

34 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, songulyorgun@mynet.com

working experience. 83,7% of the nurses were service nurses; 33,7% worked in internal medicine department, whereas 23,1% of them worked in surgical clinics. The emergency unit had the most patients during a daily shift as well as a night shift. The longest working hours during a night shift was found in the following order; intensive care unit, surgical and internal medicine clinics, emergency unit and operations ($P<0,001$). The reasons for nurse mistakes were recorded as; order – medicine- mistakes (24,0%), carelessness due to work intensity (12,5%), not checking the patient ID properly (9,6%), lack of communication (4,8%), not following the hand hygiene rules (4,8%), spread of hospital infections (1,9%) and not having an appropriate unit or lacking vocational qualities (1,0%). All the nurses (100%) stated that they would contribute immensely to the patient safety and 87,5% claimed to prevent mistakes that nurses make. 64,4% of the nurses stated that when a mistake happens in the hospital, it was investigated and tried to be understood why it occurred, and 14,4% of them reported that accusations/punishments were present in case of a mistake. In conclusion, it was established that the workings for hospital safety had positive effects on nurses and the nurses themselves could be an important factor regarding the patient safety services.

Key Words: Patient Safety, Nurse, Medical Error

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Amacı

Günümüzde sağlık bakım hizmetleri giderek karmaşık hale gelmektedir. Sağlık bakım kurumlarında teknolojinin kullanımı ile birlikte hızla değişen çevrede sağlık bakım profesyonelleri tarafından birçok karar ve yargı baskı altında verilmektedir. Bu durum klinik karar ya da uygulamalarda yanlış ya da hataya ve sonuçta hastanın zarar görmesine yol açabilmektedir. Hastanın yaşadığı zarar ciddi yaralanmalara, hastanede kalış süresinin uzamasına, sakatlığa hatta kişinin ölümüne neden olabilmektedir (Thomas vd., 2000; WHO Alliance, 2004). Bu nedenle son yıllarda sağlık bakımında insan hataları çerçevesinde hasta güvenliği konularına dikkat giderek artmıştır. Sağlık hizmetlerinin kalite ve güvenlik göstergeleri olarak da hatalı olaylar kullanılmaktadır (British Association of Critical Care Nurses, 2006).

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ve diğerleri 1970 ve 1980'li yıllarda araştırma, klinik rehber ve makalelerinde hasta güvenliği ve iyatrojenik yaralanma gibi konulara yer vermişlerdir (Mills, 1977; Donabedian, 1980; Eichhorn, 1988). Bu çalışmalara karşın, 1991 yılında Harvard Tıbbi Uygulama Çalışması'nda hastanede önlenebilir tıbbi hata oranının beklenenden daha yüksek çıktığına ilişkin sonuçlar yayınlanıncaya kadar (Brennen vd., 1991; Leape vd., 1991), tıbbi ve sağlık bakım elemanları hasta güvenliğine yeterince ilgi göstermemiştir.

Sağlık hizmetleri alanında hasta güvenliği, bugün dünya genelinde öncelikli konu haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, gelişen

ve değişen sağlık gereksinimleri ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından riskleri de beraberinde getirmektedir. Hastane ortamında hasta güvenliği ve hemşire güvenliğine ilişkin yapılan bir çalışmada, kaza ve riskli durumların hemşireler tarafından çok düşük düzeyde rapor edildiği ve özel hastanelerde risk yönetimine ilişkin çalışmaların kamu hastanelerine göre daha iyi uygulandığı bildirilmektedir (Sezgin, 2007). Dünya Sağlık rgt ile işbirliği içinde yürütülmekte olan hasta güvenliği programı kapsamında sağlık kurumlarında başlatılan çalışmaların ise büyük bir titizlikle takip edilmesi gerekmektedir. TC Sağlık Bakanlığı'nın hasta güvenliği konusunda il sağlık müdürlükleri tarafından hastanelerde kontrolleri yapılan EK-2 alt yapı ve süreç değerlendirme kriterleri doğrultusunda adı geçen hastanede hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik Nisan 2007 tarihinden itibaren çalışmalara başlanmıştır. Bu alışma, hasta güvenliğine ilişkin hastanelerde başlatılan çalışmaları izlemek, hemşirelerin bu uygulamalara ilişkin geri bildirimleri ile bakış alarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

2. YÖNTEM ve GEREÇ

Bu araştırma analitik tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini, İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi'nde (Merkezi ve Köroğlu nitesi) alışan toplam 186 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın rneklemine ise izinli, raporlu ve çalışmaya katılmak istemeyen hemşireler nedeniyle 104 hemşire yer almıştır. Araştırmanın verileri, hasta güvenliğine ilişkin hazırlanan sorular aracılığıyla 6-15 Ekim 2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılımları konusunda hemşirelerin sözlü onamları alınmıştır. Soru formunda çalıştıkları kurum, servis, hastanede ve servisteki çalışma süreleri, bir mesai/nöbette kaç hastaya bakım verdikleri gibi soruların yanı sıra, "hasta güvenliği" ile "tıbbi hata" tanımı ve ardından hasta güvenliğine yönelik uygulamaya ilişkin görüşleri ve geri bildirimlerini içeren sorular yer almaktadır. Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdelik ve niteliksel grup karşılaştırmalarında anlamlı bir fark olup olmadığı X^2 (ki-kare) testi, yüzdelik, iki grup ortalamalarını karşılaştırmada "t testi", ikiden fazla grup ortalamaları arasındaki farkın öneminde ise "one way ANOVA" testi (varyans analizi) kullanılmıştır. İstatistik önem düzeyi, tüm testler için $P < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR ve TARTIşMA

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin ($n=104$) bazı sosyo-demografik zellikleri **Tablo 1**'de yer almaktadır. Hemşirelerin çoğunluğu 31-40 yaş (%60.6) ve 26-30 yaş (%28.8) grubunda yer almaktadır. Eğitim düzeyi açısından nlisans (Açık ğretim Fakültesi/Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu) (%61.5) ve lise mezunu (%26.9) hemşireler çoğunluktur. Çalışma süresi olarak 1-5 yıl (%27.9) ve 11-15 yıl (%27.9) süreyle çalışan hemşireler ile servis hemşireleri (%83.7) oğunluğu oluşturmaktadır. Hemşireler çoğunlukla dahiliye (%33.7) ve cerrahi kliniklerinde (%23.1) ve bu kliniklerde isteyerek (%91.3) alışmaktadır.

Tablo 1. Hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri (n=104)

Özellikler	Sayı (%)
Yaş	
26-30 yaş	30 (28.8)
31-40 yaş	63 (60.6)
41-50 yaş	11 (10.6)
Eğitim Düzeyi	
Lise	28 (26.9)
Önlisans (AÖF/SHMYO)	64 (61.5)
Lisans	10 (9.6)
Lisansüstü	2 (1.9)
Hastanede Çalıştığı Süre	
1 yıldan az	5 (4.8)
1-5 yıl	29 (27.9)
6-10 yıl	19 (18.3)
11-15 yıl	29 (27.9)
15 yıldan fazla	22 (21.2)
Görevi	
Servis hemşiresi	87 (83.7)
Sorumlu hemşire	13 (12.5)
Başhemşire/yardımcısı	4 (3.8)
Çalıştığı Ünite	
Dahiliye klinikleri	35 (33.7)
Cerrahi klinikleri	24 (23.1)
Yoğun bakım	11 (10.6)
Yönetim	5 (4.8)
Poliklinik/destek tanı	5 (4.8)
Acil	12 (11.5)
Ameliyathane	12 (11.5)
Bu Ünitelerde İsteyerek Çalışma	
Evet	95 (91.3)
Hayır	9 (8.7)

Tablo 2. Hemşirelerin çalıştıkları ünitelere göre mesai ve nöbetteki hasta sayıları ile nöbette çalıştıkları saat ortalamalarının karşılaştırılması

Üniteler	Bir mesaideki hasta sayısı	Nöbetteki hasta sayısı	Nöbette aralıksız çalıştığı saat
Dahiliye klinikleri	12.6±7.8	19.3±11.3	18.5±8.3
Cerrahi klinikleri	16.8±10.7	30.8±13.6	22.1±5.6
Yoğun bakım	5.0±2.0	8.9±1.8	20.0±8.4
Yönetim	12.0±16.5	6.0±0.0	8.0±5.9
Poliklinik/destek tanı	6.2±5.2	5.8±0.4	3.4±1.3
Acil	39.5±25.1	44.7±24.2	16.3±10.6
Ameliyathane	5.0±0.0	6.0±0.0	10.7±2.8
F Değeri	10.014	12.129	7.679
P Değeri	0.000	0.000	0.000

Tablo 2’de hemşirelerin çalıştıkları ünitelere göre bir mesaideki ve nöbetteki sorumlu oldukları hasta sayısı ortalamaları karşılaştırılmaktadır. Bir mesaideki ve nöbetteki en fazla hasta sayısı ortalaması acil serviste, daha sonra sırasıyla cerrahi ve dahiliye klinikleri gelmektedir. Hemşirelerin çalıştıkları ünitelere göre hasta sayısı ortalamaları ileri derecede anlamlı bir fark oluşturmaktadır ($P<0.001$). Diğer taraftan bir nöbette aralıksız çalışma saatlerinin uzunluğu açısından sırasıyla yoğun bakım, cerrahi ve dahiliye klinikleri, acil servis ve ameliyathane gelmektedir ($P<0.001$). Bu araştırmadaki hemşirelerin %76’sı rutin olarak “her zaman” ve %22.1’i ise “bazen” 12 saatten daha uzun süre çalıştıklarını bildirmiştir. Hasta güvenliğini etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmalarda hata nedeni olarak hemşirelerin çalışma saatlerinin uzun olması gösterilmiştir (Rogers vd., 2004).

Yoğun teknoloji kullanımı, hizmet sürecindeki çok sayıdaki değişken, sağlık çalışanları arasındaki iletişim nedeniyle sağlık bakım kurumları oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık bakım kurumlarındaki bu karmaşık yapı, yaşamsal hatalara, eksikliklere sonuçta hasta güvenliği ile ilişkili sorunlara yol açabilmektedir. Tıbbi hata “hastalığın yönetimi ya da altında yatan hastalık ya da durumdan daha çok, sağlık bakım profesyonellere bağlı gelişen zarar ya da yaralanma” olarak tanımlanmaktadır. (World Health Profession Alliance, 2002; Esatoğlu ve Akbulut, 2007; WHO, 2001). Araştırma kapsamında yer alan 104 hemşire tıbbi hatayı “yanlış ya da eksik uygulamalar sonucu hastanın etkilenmesi, uygulama hatası, kasıtsız olarak yapılan uygulamalar, beklenilmeyen sonuçlar” olarak tanımlamışlardır.

Tıbbi hatalar; cerrahi yaralanmalar, ilaçların yan etkileri, transfüzyon hataları, hastanede enfeksiyonları, düşmeler, yanmalar ve basınç ülserleri olarak sıralanmaktadır. En sık görülen önlenilebilir hatalar ise; teknik hatalar (%44), tanıma hatalar (%17), korumada yetersizlik (%12) ve ilaç dozajındaki hatalardır (%10)

(Von Laue vd., 2003). Bizim çalışmamızda ise, hemşireler yaptıkları tıbbi hataları; order –ilaç- hataları (%24.0), iş yoğunluğu nedeniyle dikkatsizlik (%12.5), hasta kimliğinin kontrol edilmemesi (%9.6), iletişim eksikliği (%4.8), el hijyenine uymama (%4.8), hastane enfeksiyonların gelişmesi (%1.9), ünite ile personel niteliğinin uygun olmaması (%1.0) olarak bildirmişlerdir.

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve yakınlarını bedensel ve ruhsal olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratmaktır. Böylece süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engellemek, hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (Bal, 2006; Göl, 2007; Sezgin, 2007).

Çalışmamızdaki hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ise "tıbbi ve fiziksel hatalar, travma, kimliklendirme, ilaç güvenliği, iletişimsizlik, düşmeleri önleme, güvenli ortam yaratılması, doğru tedavi ve bunun için alınacak önlemler" olarak kaydedilmiştir. Diğer taraftan, hemşirelerin tamamı (%100.0) hemşirelerin hasta güvenliği konularına önemli katkılar sağlayacağını; %87.5'i hemşirelerin istenmeyen ya da hatalı olayları önleyebileceğini ve %81.7'si ise "eğer hasta olsaydı böyle bir ortamda kendilerini güvende hissedebileceklerini" bildirmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu hastanedeki tıbbi hataların iletişimden kaynaklandığını (%80.8), buna karşın sistem (%65.4) ve insan kaynaklı (%67.3) tıbbi hataların daha düşük düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Oysa hasta güvenliğine ilişkin son çalışmalar, hataların bireysel olmaktan daha çok ilaç hataları, sistemdeki eksiklikler, örgütlenme ve çalışma biçimi gibi sisteme dayalı olduğu yönündedir (World Health Profession Alliance, 2002; Esatoğlu ve Akbulut, 2007; WHO, 2001). Kurumda insan kaynaklarına ilişkin politikalar ve uygulamalar yetersizse, çalışanların sayısı çok az ve çalışma biçimi hakkında bilgileri yoksa, oryantasyonu tam değilse, uygun eğitim almamışsa, motivasyonu düşükse ve dikkatli bir şekilde değerlendirilmemişse tıbbi hatalar ve hasta güvenliği açısından sorunlara yol açabilmektedir (Olden ve MCCaughrin, 2007).

İstenmeyen olay ya da tıbbi hataların önlenmesinde erken eyleme geçebilmek için hemşirelerin kapasitelerinin güçlendirilmesi gerekir. Hemşireler hataları tanımlamak, analiz etmek ve eylemde bulunmak açısından en iyi konumdadır. Çünkü hemşireler kurumda ve yönetimde kıdemli kişilerdir, kalite güvenliğine ilişkin çalışmalarda yer alır ve bu çalışmalara katılır. Teknolojiyi en fazla kullanan grup olarak hemşireler sağlık hizmetlerinin sunumunda işlemlerin belirlenmesi ve iyileştirilmesinde yer alır, hataları tanımlama ve analiz etmede gerekli becerilere sahiptirler. Hemşire eğitiminde tıbbi hatalara ve nedenlerine ilişkin farkındalık geliştirilmesi gerekir (British Association of Critical Care Nurses, 2006). Bizim çalışmamızdaki hemşirelerin %87.5'i hastanede güvenlik komitesinin, %75.0'i politikaların ve %87.5'i düşmeleri önlemeye yönelik programların var olduğunu; %66.3'ü hasta güvenliği konusunda hastanedeki ekip tarafından çok iyi eğitim verildiğini; %90.4'ü hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamak

için eğitim düzeylerinin yeterli olduğunu; %77.9'u hasta güvenliğine ilişkin konuların belirlendiği ve duyurulduğunu ifade etmişlerdir.

Hastanelerde ortaya çıkan hatalı olayları ortadan kaldırmak üzere kurulacak sistemli yaklaşımda; konuya ilişkin veri toplanması, araştırılması, sistemdeki sorunlara karşı stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda hataların korkmadan ve çekinmeden bildirildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır (Cooper, 2000; Pizzi vd., 2001). Hasta güvenliği kültürü sorunu olarak sağlık bakım kurumlarında suçlama kültürü de bulunmaktadır. Sağlık çalışanları suçlanma ve cezalandırılma korkusu içinde tıbbi hatalar ve güvenlik kültürü sorunlarını bildirmek ve tanımlamaktan kaçınmaktadır. Araştırmacılar, bu tip kültürün tıbbi hata ve hasta güvenliği açısından çoğaltıcı bir ortam olduğunu düşünmektedir (Henriksen ve Dayton, 2006). Bizim çalışmamızdaki hemşirelerin %64.4'ü kurumda hatalı ya da istenmeyen bir olay oluştuğunda sorunun anlaşılmasına çalışıldığını, %14.4'ü ise cezalandırma ya da suçlama davranışı gösterildiğini bildirmiş; geri kalan %12.2'si ise "bilmiyorum, karşılaşmadım ya da hiçbir şey yapılmaz" şeklinde yanıt vermiştir.

Bizim çalışmamızdaki hemşireler; hastalara yönelik hataların rapor edilmesi gerektiğini (%85.6), tıbbi hataları rapor etme konusunda hemşirelerin kurum tarafından desteklendiklerini (%81.7), hasta güvenliğine ilişkin rapor etmede kendilerini rahat hissettiklerini (%83.7), rapor etme konusunda yeterince hizmet içi eğitim verildiğini (%66.3) ve deneyimleri paylaşmanın hataları önlediğini (%100) bildirmişlerdir.

Tablo 3. Tıbbi hataların rapor edilme durumuna göre bazı durumların karşılaştırılması (n=104)

	Tıbbi Hata Raporu		Toplam	Değer
	Evet	Hayır		
Yaş				
26-30 yaş	21 (23.6)	9 (60.0)	30 (28.8)	X ² : 8.229 P: 0.016
31-40 yaş	56 (65.2)	5 (33.3)	63 (60.6)	
41-50 yaş	10 (11.2)	1 (6.7)	11 (10.6)	
Eğitim Düzeyi				
Sağlık Meslek Lisesi	23 (25.8)	5 (33.3)	28 (26.9)	X ² : 0.506 P: 0.776
Önlisans(AÖF/SHMYO)	56 (62.9)	8 (53.3)	64 (61.5)	
Lisans/Lisansüstü	10 (11.2)	2 (13.4)	12 (11.5)	
Çalışma Süresi (yıl)	14.2 ± 6.0	10.8 ± 6.5		t: 2.028 P:0.045
Mesaideki Hasta Sayısı	16.5 ± 6.1	9.7 ± 6.0		t: 2.608 P:0.014

Nöbetteki Hasta Sayısı	22.6 ± 17.8	20.6 ± 11.5		t: 0.495 P:0.628
Nöbette Çalışma Süresi	16.9 ± 9.1	18.8 ± 6.9		t: 0.921 P:0.368
Hastanedeki hatalar				
İnsan kaynaklı				
Evet	57 (64.0)	13 (86.7)	70 (67.3)	X ² : 2.965
Hayır	32 (36.0)	2 (13.3)	34 (32.7)	P: 0.084
Sistem kaynaklı				
Evet	55 (61.8)	13 (86.7)	68 (65.4)	X ² : 3.508
Hayır	34 (38.2)	2 (13.3)	36 (34.6)	P: 0.061
İletişim kaynaklı				
Evet	74 (83.1)	10 (66.7)	84 (80.8)	X ² : 2.244
Hayır	15 (16.9)	5 (33.3)	20 (19.2)	P: 0.134
Toplam	89 (85.6)	15 (14.4)	104 (100.0)	

Tıbbi hataları rapor etme durumlarına göre hemşirelerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma süreleri, bir mesaideki ve nöbetteki ortalama hasta sayısı, nöbette çalışma süreleri ve hastanedeki hataların insan, sistem ve iletişim kaynaklı olup olmadığına ilişkin karşılaştırmalar Tablo 3’de yer almaktadır. Tıbbi hataların rapor edilmesini isteyen hemşirelerin çoğunluğunun 31-40 yaş grubunda (%65.2) yer aldığı ve bu dağılımın ileri düzeyde anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır (P:0.016). Eğitim düzeyi açısından da önlisans mezunları çoğunluğu oluşturmuştur. Çalışma süresi daha uzun süre olanlar, mesaideki ve nöbetteki hasta sayısı daha fazla olanlar ile nöbetteki çalışma süreleri daha uzun olanlar tıbbi hataların rapor edilmesi tarafındadırlar. Hemşireler, hastanedeki hataların da insan ve sistem kaynaklı olmaktan daha çok iletişim kaynaklı olduğunu ve rapor edilmesi gerektiğini ifade etmektedir.

4. SONUÇ

Hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik Nisan 2007 tarihinde başlatılan çalışmaların, hemşirelerin bu konudaki sorunlara yaklaşım ve bakış açılarına olumlu yönde katkı sağladığı ve bundan sonra hasta güvenliğine ilişkin sağlık hizmetlerinde hemşirelerin önemli bir temel oluşturabileceği sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

Bal E (2006). Akreditasyon içinde hasta hakları ve hasta güvenliği. <http://www.suvak.org.tr/> (Erişim tarihi: 31 Ekim 2006).

Brennan TA, Leape LL, Laird N et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine*, 324 (6):370-7.

British Association of Critical Care Nurses (2006). Captain and champion: nurses' role in patient safety. *Nursing in Critical Care*. 11 (6): 265-266.

Callahan MA, Ruchlin H (2003). The Role of Nursing Leadership in Establishing a Safety Culture. *Nursing Economics*, November-December, 21(6): 296-7.

Cooper MD. (2000). Towards a model of safety culture, *Safety Science*.

Donabedian A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, MI: Health Administration Press. Darling v. Charleston Community Hospital, 33 III. 2d 326, 211 N.E. 2d253, 14 ALR. 3d 860 III (September 25, 1965).

Eichhorn J, Cooper J, Cullen D, Gessner J, Holzman R, Maier W, et al. (1988). Anesthesia practice standards at Harvard: A review. *Journal of Clinical Anesthesia*, 7(1), 55-65.

Esatoğlu E, Akbulut Y (2007). Hasta güvenliğinde iş tasarımının önemi ve bir model önerisi. *Uluslararası Hasta Güvenliği Kongre Kitabı*, Antalya.

Göl G (2007). Bayındır hastanelerinde hasta güvenliği yöntemleri. *I.Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi Kitabı*, Antalya.

Henriksen K, Dayton E (2006). Organizational silence and hidden threats to patient safety. *Health Services Research* 41 (4): 1539–54.

Leape LL, Brennan TA, Laird N et al (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 324 (6):377-84.

Mano M, Hogan P, Heberlein V, Nyakiti J, Mee CL (2006). Patient Safety Survey Report. *Nursing2006*, 36 (5): 54-63.

Mills D (Ed). (1977). Report on the medical insurance feasibility study. San Francisco, CA: Sutter Publications, Inc. Sponsored jointly by California Medical Association and California Hospital Association.

Olden PC, MCCAughn WC (2007). Designing Healthcare Organizations to Reduce Medical Errors and Enhance Patient Safety. *HOSPITAL TOPICS: Research and Perspectives on Healthcare*. 85(4):4-9.

Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB (2001). Promoting a culture of safety. Making health care safer, AHRQ Publication O1-E058.

Rogers AE, Hwang TW, Scott LD, Aiken LH, Dingres DF (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*. 33 (4):202-212.

Sezgin B (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Mason Howard K, Weiler PC, Brennan TA. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*; 38: 261–271.

von Laue NC, Schwappach DLB, Koeck CM. (2003). The epidemiology of medical errors: A review of the literature. *Wien Klin Wochenschr* 115 (10): 318–25.

World Health Organization (2001). Quality of care: patient safety. World Health Organization Executive Board EB109/9, 5 December. http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB109/eeb1099.pdf (accessed 24 July 2002).

World Health Professions Alliance Fact Sheet (2002) Health Professionals Call for Priority on Patient Safety <http://www.whpa.org/factptsafety.htm> (accessed:12 September 2008)

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ: MAVİ KOD UYGULAMASI

Uz. Dr. Ramazan Canural¹, Uz. Dr. Nalan Gökalp³⁵, Uz. Dr. Kenan Yıldırım¹ Uz. Dr. H. Mehmet Şahin¹, Uz. Dr. Ayhan Korkmaz¹, Nevin Şahin¹, Filiz Çınar¹

Özet

Hastanemizde polikliniklerde, laboratuvarlarda, görüntüleme merkezlerinde, bahçede ve tüm bekleme alanlardaki hastaların hayati risk taşıyan durumlara girme olasılığı her zaman mevcuttur. Bu durumlarda hastaya en kısa sürede etkili tıbbi tedavi verebilmek hayati önem taşımaktadır.

Mavi Kod uygulaması: acil müdahale gerektiren durumların tüm çalışanlar tarafından CPR ekibine farklı kanallardan en hızlı şekilde iletilerek; ekibin olay yerine en kısa zamanda ulaşmasını sağlayan çözümdür.

Tüm kliniklerde acil yardım arabası, hemşire ve nöbetçi hekim ve anestezi teknisyeni olduğu için klinikler bu uygulamanın dışında bırakılmıştır. Mavi kod uygulaması öncesinde bu konu ile ilgili bir kayıt olmadığından öncesine ait elimizde veri yok. Ancak hekimlerden ve diğer çalışanlardan gelen talepler üzerine hastanemizde böyle bir uygulama başlatıldı.

Anahtar Kelimeler: Mavi Kod, Acil Müdahale

Abstract

In our Hospital, There is always the possibility of the patients who wait at the places like polyclinics laboratories and visualization centers in the garden and all waiting places to meet the situation that include the vital risk It is critically important to be able to givr an efficacious medical treatment to the patient in the serious situations like these in the shortest time.

The Blue Code Practice is a solution that helps the sutiation that require the emergency attention to be informed the CPR team by all staff most quickly by shorts the different ways and that helps the team to arrive at the event place in the shorts time.

The clinics have left out of this working because there are Emergency aid wheelchairs, nurse, and the doctor on duty and anesthesia technician in all clinics. We haven't any information that belong to the previous because there isn't any registration in connected with this subject before the Blue Code Practice But because of the desires coming from the doctors and the other staffs a practice like this has been begun.

³⁵ Denizli Devlet Hastanesi, nIngokalp@mynet.com

Key Words: Blue Code, Emergency Attention

1. GİRİŞ

1.1. Amaç

Bu çalışmada hastanemizde polikliniklerde, laboratuvarlarda, görüntüleme merkezlerinde, bahçede ve klinikler dışındaki tüm alanlarda acil müdahale gerektiren hastalara en kısa sürede ve en etkili şekilde tıbbi yardımda bulunmak amaçlandı.

1.2. Çalışmanın Önemi

Hasta güvenliği açısından yaşamsal riskleri öngörüp sistem kurmak önemlidir. Hastanemizde yapılan risk analizi sonucunda genel bekleme alanlarında hastaların hayati risk taşıyan durumlara girme olasılığının her zaman mevcut olduğu belirlendi. Çözüm önerisi olarak bu gibi olaylar için bir ekip kurulması gerektiği önerildi. Hastane konseyi tarafından bu öneri uygun görüldü. Hayati önem taşıyan acil durumlarda hastanın herhangi bir zarara uğramadan hayata döndürülmesi için dakikalar çok önemlidir. Bu uygulama acil müdahale gerektiren durumların tüm çalışanlar tarafından CPR ekibine farklı kanallardan en hızlı şekilde iletilerek; ekibin olay yerine en kısa zamanda ulaşmasına yardımcı olan bir çözümdür.

2. YÖNTEM

Bu çalışmada, konu ile ilgili bir ekip kurularak kalite çemberi oluşturulması, çalışma planının yapılması, çalışmanın takip edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi yapıldı.

2.1. Ekibin Kurulması (Kalite Çemberi)

Çalışma için hastane konseyinde kalite çemberi kurulması kararı alındı. Kalite çember üyeleri başhekim tarafından belirlendi. Kalite yönetim temsilcisi, kalite birim sorumlusu, anestezi ve acil servisten sorumlu başhekim yardımcısı, acil servis sorumlu hekimi, acil sorumlu hemşiresi, satın almadan sorumlu müdür yardımcısına görevlendirme yazıları yazılarak ekip kuruldu.

Ekip üyeleri belli periyotlarda toplanarak aşağıdaki eylem planı doğrultusunda çalışmalarını tamamladı.

2.2. Eylem Planının Yapılması

Ekip ilk toplantısında çalışmayı mavi kod uygulaması olarak adlandırdı. Eylem planı Tablo I'de verilmiştir. Eylem planı belli periyotlarda gözden geçirilerek 2 kez revizyon yapıldı. Revizyon nedeni birincisi çağrı cihazlarının alımında sürenin uzaması ve ikincisi çalışanlara yapılan CPR eğitimlerinde eğitime katılım oranlarının yetersiz olması nedeniyle ek eğitimlerin düzenlenmesidir.

Tablo 1. Mavi kod ekibi eylem planı

	17 09 2008	23 09 2008	18 10 2008	28 10 2008	30 10 2008	14 11 2008	28 11 2008	16 12 2008	26 12 2008	09 01 2009	21 01 2009
Çalışma amacının belirlenmesi	x										
Çalışmanın adının belirlenmesi	x										
Eylem planının yapılması	x										
Çalışmanın sınırlarının belirlenmesi		x									
Ekip üyelerinin görev dağılımının yapılması		x									
Mavi kod ekibinde görev alacak personelin belirlenmesi			x								
Sedye yerleşimlerinin belirlenmesi			x								
Mavi kod ekibi görev tanımlarının yapılması				x							
Santrale ayrı bir telefon ve hat verilmesi					x						
Maliyet analizinin yapılması						x					
CPR eğitimi olmayan hekimlere eğitim verilmesi				x	x	x					
Tüm hastane personeline bilgilendirme yapılması					x	x	x	x			
Oryantasyon eğitimlerine mavi kod bilgilendirmelerinin dahil edilmesi						x					
Çağrı cihazlarının alımı						x				x	
Yapılan çalışmaların analizinin yapılması							x	x	x	x	x

Bu çalışmada aşağıdaki sıra izlendi.

- Mavi kod uygulanacak birimler belirlendi.
- Mavi kod ekibinde görev alacak personel (acil hekimi, anestezi teknisyeni, güvenlik elemanı) ve görev tanımları belirlendi.
- Mavi kod uygulaması için gerekli tıbbi malzemeler ve araçlar belirlendi. Bunlar; çağrı cihazları, telefon, mavi kod sedyeleri, yetişkin ve çocuk acil müdahale çantaları.
- Hastane santralinin bu konudaki görev ve sorumlulukları belirlendi.
- Mavi kod telefonları belirlendi.
- Tüm hastane personelinin bilgilendirme eğitimleri yapıldı.
- Mavi kod kayıt sisteminin ne şekilde olacağı belirlendi. Kayıt formu düzenlendi. Klasör oluşturuldu.
- Mavi kod uygulanacak birimlerde sedye yerleri belirlendi. Mavi kod sedyelerinin mavi kod dışında kullanımını önleyecek tedbirler alındı.
- Tüm binalarda anons sisteminin çalışması kontrol edildi, eksik olan binaların tespiti yapıldı. Tüm birimlerde anons sisteminin tamamlanması planlandı.
- CPR eğitimi olmayan hekimlerin belirlenerek eğitim almalarına karar verildi. Tüm hekimlerin acil tıp uzmanı tarafından CPR eğitimi alması sağlandı.
- Çalışma planı hazırlandı bu doğrultuda görev paylaşımı yapıldı.

2.3. Çalışmanın Sınırlılıkları

Tüm kliniklerde acil yardım arabası, hemşire ve nöbetçi hekim ve anestezi teknisyeni olduğu için klinikler bu uygulamanın dışında bırakılmıştır.

2.4. Uygulama

Acil müdahale gerektiren durumlarda:

- Tüm çalışanlar acil müdahale gerektiren durumlarda öncelikle 7777 numaralı telefonu arayarak santrale olay yeri ve durum hakkında kısa bilgi verir. Ve hastaya ekip gelinceye kadar sorumlulukları kapsamında yardımcı olur.
- Santraldeki 7777 nolu telefon mavi kod aramaları dışında kullanılamaz. Santrale gelen mavi kod ihbarında santral memuru listeden o günkü nöbetçi acil hekimi ve anestezi teknisyeni ve güvenlik elemanına çağrı cihazı, cep

telefonu ve anons sistemi ile ulaşır.

- Mavi kod çağrı cihazları geldikten sonra:
- Mavi kod telefonlarından 7777 aranıp kapatılarak çağrı gönderilerek, santral devreden çıkarılmış, sistem hızlandırılmıştır.
- Çağrıyı alan ekip üyeleri olay yerine giderler.
- Olay yerine gelen ekip üyeleri mavi kod telefonundan 7777'yi arayarak çağrıyı sonlandırır.
- Güvenlik elemanı sedyeyi alarak olay yerine gelir.
- Anestezi teknisyeni ve acil hekimi olay yerine gider. Anestezi teknisyeni acil müdahale çantası ile birlikte gelir. Hekim ve anestezi teknisyeni ilk müdahaleyi yapar, gerekirse hastayı acil servise getirir.
- Mavi kod olay bildirim formuna hastanın kaydı yapılarak imzalanır ve dosyaya kaldırılır.
- Her ay sonunda gelen raporlar incelenerek gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler belirlenir.
- Mavi kod çağrı sisteminden olay yerleri ve çağrının sonlandırılması ile ilgili bilginin istatistiği alınarak takip edilir.

3. SONUÇ

Tüm sağlık çalışanlarının sorumlulukları kapsamında olay anında mutlaka müdahale etmeleri gerekmektedir. Mavi kod uygulaması öncesinde bu konu ile ilgili bir kayıt olmadığından öncesine ait elimizde veri yok. Ancak hekimlerden ve diğer çalışanlardan gelen talepler üzerine hastanemizde böyle bir uygulama başlatıldı.

Yapılan analiz toplantılarında gelen vakalar incelendi. Vakalar tanı, durum (acil müdahale gerektiren, tıbbi tedavi gerektiren, yönlendirme yapılan), vakaya ulaşma zamanı ve olayın yeri açısından değerlendirildi. İstatistik veriler çıkarıldı.

3.1. Maliyet Analizi

Gerekli kaynaklar: sedye, çağrı cihazları, acil müdahale çantaları, telefon, mavi kod kaşeleri olarak belirlendi. Hastanemizdeki sedye sayıları ve acil müdahale çantaları yeterli olduğu için ayrıca sedye ve acil müdahale çantası alımına gidilmedi. Çağrı cihazları maliyeti 28.000 TL + KDV'dir. Çalışmanın getirisi: acil müdahale gerektiren hastalara en kısa sürede ulaşılıp gerekli müdahaleyi uygulamak hasta güvenliğini arttırmaktır.

3.2. Elde Edilen Bulgular

01 11 2008- 26 01 2009 tarihleri arasında 23 adet mavi kod bildirim yapılmıştır. Mavi kod hastalarının % 26 Hayati tehlikesi olup acil serviste tıbbi tedavi uygulananlar, % 61 hayati tehlikesi olmayıp tıbbi tedavi uygulananlar, % 13 yerinde müdahale edilip acil servise taşınmayanlar olarak tespit edildi.

Mavi kod olay yerleri % 61 poliklinik, % 26 laboratuvar, % 13 kantin ve bahçe olarak belirlendi.

Mavi kod bildirimlerinde olay yerine gidiş süresi ortalama 8 dakika olarak tespit edildi. Mavi kod uygulaması verileri ışığında poliklinikler laboratuvarlar ve hasta bekleme alanlarında gerekli iyileştirmeler planlandı. Santral devreden çıkarılarak mavi kod sistemi devreye girdiğinde bu rakam 6 dakikaya indi. Burada saatin bilgisayar sistemi ile kontrol edilmesi ve santralin kişilere durumu bildirmesindeki zamanın kazancı olduğu düşüncesindeyiz.

Mavi kod uygulaması verileri ışığında poliklinikler ve laboratuvarlar hasta bekleme alanlarında mavi kod sedyelerinin dağılımı yeniden gözden geçirildi. Gerekli yerlerde sedye sayısı arttırıldı. Acil müdahale çantalarına yetişkin ve çocuk boy tansiyon aletleri konuldu.

116 hekime CPR eğitimi verildi. Ayrıca hastanemizde tüm sağlık çalışanları yıllık periyotlarda CPR eğitimi almaktadır. Tüm çalışanlara hastanemiz otomasyon sisteminden bilgilendirme yapıldı. Ayrıca bilgilendirme eğitimleri verildi. Yönetimin gözden geçirme toplantısında duyuruldu.

KAYNAKLAR

<http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=57667> 1 Feb 2006

<http://hosped.umc.edu/orientation/agency%20travel%20nurse/documents/HADM.C19CodeBlue-Code13.pdf> feb 2008

HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİNDE MESLEKİ RİSKLERİN BELİRLENMESİ

Ahmet Atasoy³⁶, Salim Aksoy³⁷

Özet

Araştırma Sandıklı Devlet Hastanesinde alışan 89 Hekim dışı sağlık personelinin mesleki riskleri belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışmada alışanlara tanımlayıcı özelliklerini belirleyen 7, mesleki risklerini ortaya çıkaran 56 soru olmak üzere 63 sorudan oluşan anket formu uygulanarak veriler toplandı ve SPSS 11.5 paket programında değerlendirildi. Hekim dışı sağlık personelin % 49.4' hemşire, % 68.5'i n lisans eğitim aldığı, % 15.7'i acil serviste çalıştığı tespit edildi. Hekim dışı sağlık personelin % 34.8'i sigara kullandığı, % 12,4' düzenli spor yaptığı, % 13.5'i sağlık durumunun çok iyi tanımladığı tespit edildi. Hekim dışı sağlık personelin % 28'i iŐ yoğunluğu ve sorumluluğu nedeniyle yoğun stres altında olmasından çalıştığı birimden memnun olmadığı belirlendi. Hekim dışı sağlık personelin % 84.5'i mesleki bir riske maruz kaldığını belirtmektedir. Mesleki riskler arasında enjeksiyon, pansuman, dezenfektanların ön sıralarda olduğu ve çalışanların % 46.1'i risklere karşı kişisel önlem aldığı tespit edildi. Hekim dışı sağlık personeli arasında % 24,7 oranında son bir yıl içinde kesici ve delici aletlerle yaralanma olduğu tespit edildi. Kesici ve delici yaralanmaları en fazla enjektör başlığını tekrar takılırken oluştuğu ve % 14.6'sı mesainin ilk üçte birlik zaman dilimi içinde oluştuğu belirlendi. İŐ koşullarından oluşan rahatsızlıklar incelendiğinde çalışanların % 38.2'sinde bel ağrısı, % 37'sinde boyun / sırt ağrısı Őikayetlerinin bulunduğu tespit edildi. Son bir yıl içinde sözlü ya da fiziksel Şiddet ve istismara maruz kalma oranı % 49,4 olarak tespit edildi. Sonuç olarak sağlık personelin mesleki riskleri göz önünde alınarak çalışanların mesleki riskler konularında eğitilmeleri ve riskleri ortadan kaldıracak önlemlerin alınması uygun olacağı düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Hekim Dışı Sağlık Personeli, Mesleki Riskler

Abstract

This study was designed to evaluate the professional risks of health workers in Sandıklı State Hospital. In this study a total of 63 questions were asked, 56 for Professional risks, 7 for identification . Data processed with SPSS 11.5 program. The staff consisted of 49,4 % nurse, 68,5 % high school graduate, 15,77 % emergency workers.39,8 % of staff were smokers, 12,5 % were making sports,13,5 % defined their health as excellent .28,% defined themselves as under heavy stress and not happy with the unit they work.84,5 % defined themselves as under professional risk. 46,1 % were taking precautions against the risks.29,7 % had a cut or puncture

36 Sandıklı Devlet Hastanesi, 1959ahmet@gmail.com

37 Sandıklı Devlet Hastanesi, uzdrsalimaksoy@gmail.com

with an object. The cuts were predominantly with injection needles and 14,6 % of them happened during the first one third of the work shift. Disorders related with the job were: 38,2 % lumber pain, 37 % neck and vertebra pain.49,5 % of Staff had verbal and physical attack in the last one year. As a result, it is thought that, the staff should be educated about the Professional risks and precautions to deter these risks.

Key Words: Medical Professional, Professional Risks

1.GİRİŞ

Kişi çalıştığı kurumda, mesleki görevini yürütürken hastalığa neden olan faktörlerle karşı karşıya kalmaktadır. Risk faktörleri her meslek için söz konusu olmakla beraber, bazılarında kendini daha etkin olarak belli etmekte, çalışma alanı ve çalışma koşulları da bunları pekiştirmektedir.

Çalışma ortamında iş sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri olan sağlık hizmet alanında, özellikle de hastanelerde, değişik nitelikteki çalışma ortamı zararları bir arada bulunmaktadır (İncesesli, 2005: 1).

Topluma sağlık hizmeti sunmayı amaç edinmiş sağlık kuruluşları, iş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda, çalışanlarına oldukça fazla malzeme sunmaktadır Sağlık personeli mesleklerini uygularken, işe bağlı ve çalışma çevresinden kaynaklanan travmalar, fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik/sosyal zararlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu zararlara bağlı olarak ortaya çıkan bazı sağlık yakınmaları, kuşkusuz iş verimini düşürmekte, kurumun ekonomik kaybına, kazaların artması ve sağlık personelinin bakım verdiği kişilerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır. Araştırmalar hastane çalışanlarının diğer hizmet endüstrisinde çalışanlara oranla 1.5 kat daha fazla meslek hastalığı riski ile karşılaştığını göstermiştir. (Ağkoç, 2005: 2).

Çalışma koşulları göz önünde tutulduğunda gece çalışma, çok erken ya da çok geç iş başı yapma, hafta sonu çalışma, yemek saatlerinin kullanılmaması gibi özel risk etmenlerine sahiptir. Bunun yanında bulaşıcı hastalıklar gibi biyolojik riskler, ilaçlar, anestetik gazlar, dezenfektanlar ve diğer kimyasal maddeler, çevresel etkenlerden kaynaklanan kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, radyasyon gibi fiziksel riskler ve psikolojik riskler de söz konusudur.

Bu risklerin ve alınacak önlemlerinin belirlenmesi hem temel bir hak olan sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma hakkının kullanılabilmesi, hem de hizmetlerin sürdürülmesi açısından önemlidir (Ağkoç, 2005: 2).

Bu araştırma Sandıklı Devlet Hastanesin çalışan sağlık personelinin bakım uygulamaları sırasında değişik etkenlere bağlı olarak gelişebilecek mesleki risklerini belirlemek ve bu risklerden etkilenme derecesini en az düzeye indirebilmek için öneriler geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Sandıklı Devlet Hastanesinde çalışan sağlık personelinin bakım uygulamaları sırasında değişik etkenlere bağlı olarak gelişebilecek mesleki risklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Sandıklı Devlet Hastanesinde çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru (Toplum sağlığı, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, acil tıp teknisyeni, anestezi teknisyeni) olmak üzere 112 sağlık personeli oluşturmaktadır.

Araştırmayı kabul etmeme, izin ve rapor nedeniyle 23 sağlık personeline ulaşılamamıştır. Katılım oranı % 79.46'dır. Araştırmanın örneklemini 89 sağlık personeli oluşturmaktadır.

2.3. Verilerin Toplanması

Çalışmada çalışanlara tanımlayıcı özelliklerini belirleyen 7, mesleki risklerini ortaya çıkaran 56 soru olmak üzere 63 sorudan oluşan anket formu 01.10.2208- 15.10.2008 tarihleri arasında uygulanarak veriler toplanmıştır.

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 11.5) paket programı kullanılarak bilgisayarda yapılmış, sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki riskler yüzdelik değerler olarak verilmiştir

3. BULGULAR

Araştırma grubunun % 49.4'ü hemşireler oluşturduğu, % 68.5'ünün önlisans düzeyinde eğitim aldığı, % 15,7'sinin acil serviste çalıştığı tespit edilmiştir. Grubun yaş ortalaması 35.04 ± 5.85 , memuriyette hizmet süresi ortalaması $14,39 \pm 6.20$ yıl, bulunduğu ünite de çalışma süresi 7.15 ± 5.13 yıl olarak tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık personelinin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%	Ortalama
Unvan (n=89)			
Hemşire	44	49,4	
Ebe	15	16,9	
Sağlık Memuru	30	33,7	
Yaş			35.04 ± 5.85
Cinsiyet (n =89)			
Erkek	23	25,8	
Kadın	66	74.2	
Eğitim Durumu (n= 89)			
Lise	18	20.2	
Önlisans	61	68.5	
Lisans	9	10.1	
Yüksek Lisans	1	1.1	
Çalıştığı Bölüm / Ünite (n =89)			
Acil servis	14	15.7	
Poliklinik	11	12.4	
Ambulans	5	5.6	
Diyaliz ünitesi	6	6.7	
Röntgen	4	4.5	
Çocuk Servisi	9	10.1	
Laboratuar	10		
Dahiliye Servisi	7	11.2	
Cerrahi servisi	7	7.9	
Doğum Servisi	8	7.9	
Ameliyathane	8		
		9.0	
		9.0	
Hizmet süresi			14,39 ± 6.20
Birim ve ünite de Çalışma Süresi			7.15 ± 5.13

Sağlık personelinin yaşam alışkanlıkları incelendiğinde grubun % 34.8'i sigara kullanmaktadır. Sigara içen grubun % 54.8'i günde ½- 1 paket sigara içtiği saptanmıştır.

Sağlık personelinin % 82'i herhangi bir sportif faaliyette bulunmamaktadır.

Sağlık Personelinin % 65.2'si yeterli ve dengeli beslenmektedir. Yeterli ve dengeli beslenemeyen grubun % 38.70'i işlerin yoğun olması nedeniyle beslenmesine dikkat etmediklerini ifade etmişlerdir

Araştırma grubunun % 18'inde bir kronik hastalık bulunduğunu % 13.5'i sağlık durumlarını çok iyi olduğunu,% 4,5'i sağlık durumlarını bozuk olduğunu ifade etmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık personelinin yaşam alışkanlıkları ve sağlık durumları

Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Durumu	Sayı	%
Sigara kullanma (n=89)		
Hayır	58	65.2
Günde ½ paketten az	10	11.2
Günde 1/2 -1 paket	17	19.1
Günde 1 paketten fazla	4	4.5
Günlük uyku saati (n=89)		
5 saatten az	7	7.9
5-8 saat	75	84.3
8 saatten fazla	7	7.9
Yeterli ve dengeli beslenebiliyor (n= 89)		
Evet	58	65.2
Hayır	31	34.8
Kronik hastalık (n = 89)		
Var	16	18.0
Yok	73	82.0

Sağlık durumu (n= 89)		
Çok iyi	12	13.5
İyi	45	50.6
Fena değil	28	31.5
Bozuk	4	4.5

Sağlık personelinin % 77.5 'i gece nöbet tuttuğunu ifade etmişlerdir. Gece nöbet tutan grubun % 78.3'ü nöbetin sağlığına olumsuz şekilde etkilediğini belirtmektedir. Nöbetin olumsuz şekilde etkilediği belirlenenlerin % 83. 3'ünde yorgunluk, % 79,6'ında uykusuzluk görüldüğü tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık personelin çalışma koşullarının dağılımı

Çalışma Koşulları	Sayı	%
Günlük ayakta kalma süresi (n=89)		
1.1 saat	5	5.6
2-4 saat	15	16.9
5-7 saat	58	65.2
8 saat ve daha fazla	11	12.4
Gece çalışma (nöbet) durumu (n=89)		
Evet	69	77.5
Hayır	20	22.5
Nöbetlerin olumsuz etkisi (n=89)		
Var	54	78.3
Yok	15	21.7

Nöbetin Olumsuz Etkileri (n =54) *		
Baş ağrısı	42	77.7
Sinirlilik	41	75.9
Yorgunluk	45	83.3
Uykusuzluk	43	79.6

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için her şık ayrı bir soru olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık personelinin % 86.5'ü çalışma ortamında mesleki risklere maruz kaldığını, % 70.8'i çalışırken sağlığını olumsuz yönde etkileyen madde, cihaz/araç-gereç kullandığını belirtmiştir. Enjektör, pansuman araç ve gereçleri % 49.2 oranla en fazla risk olarak algılanan durumdur (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık personelinin mesleki risk maruziyetleri

	Sayı	%
Mesleki Riske Maruz Kalma Durumu(n=89)		
Evet	77	86.5
Hayır	12	13.5
Sağlığı Etkileyen Madde, Cihaz Kullanma(n =89)		
Evet	63	70.8
Hayır	26	29.2
Maruz kaldıkları cihaz, madde, araç ve gereçler(n= 63) *		
• Röntgen cihazları	5	7.9
• Anestezi gazları	9	14.2
• Ameliyathane aletleri	6	9.5
• Enjeksiyon, pansuman araç gereçleri	31	49.2
• Sterilizasyon cihazları	10	15.8
• İlaç, antiseptik, kimyasallar	31	49.2

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için her şık ayrı bir soru olarak değerlendirilmiştir

Çalışma ortamında risklere karşı önlem alma oranı %46.1 kısmen önlem alma oranı %49.5, almama oranı %4.5'dur. Kan ve vücut sıvıları ile temas durumunda eldiven kullanmayan sağlık personeli oranı % 16.9'dur. Eldiven kullanmayan ya da bazen kullanan sağlık personelinde kullanmama nedeni %33.3 oranla rahat çalışmamaktan kaynaklanmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma grubunun risklere karşı önlem alma durumu

	Sayı	%
Risklere Karşı Önlem Alma (n = 89)		
Evet	41	46.1
Hayır	4	4.5
Kısmen	44	49.5
Kan/vücut sıvısı temasında Eldiven Kullanma		
Evet	74	83.1
Hayır	4	4.5
Bazen	11	12.4
Eldiven Kullanmama Nedeni (n = 15)		
Teminde Sorun Yaşama	1	6.6
Rahat Çalışamama	5	33.3
İhmal	3	20.0
Kaşıntı, kızarıklık	2	13.3
Alerji	4	26.6

Sağlık personelinin % 49.4'ünün son bir yıl içinde yüzüne kan ve başka bir vücut sıvısı sıçramış, %24.7'si kesici-delici bir aletle yaralanmıştır. Yaralanma en fazla % 40.9 enjektör başlığı takma sırasında ve % 56.5 oranla mesainin 1. üç saatlik diliminde olmuştur. Yaralanma sonrası en fazla yapılan işlem % 95.4 oranla antiseptik solüsyonla yıkamadır (Tablo 6).

Tablo 6. Son bir yıl içinde kan ve vücut sıvıları ile karşılaşma ve kesici delici aletle yaralanma durumu

	Sayı	%
Yüze Kan/Vücut Sıvısı Sıçrama (n=89)		
Evet	44	49.4
Hayır	45	50.6
Kesici-Delici Aletle Yaralanma (n= 89)		
Evet	22	24.7
Hayır	67	75.3
Yaralanma Şekli (n= 22)		
Ameliyat/pansuman sırasında	8	36.6
Enjektör başlığını tekrar takarken	9	40.9
İv girişim sırasında	2	9.0
Kontamine malzemeleri toplarken	3	13.6
Yaralanmanın Olduğu Mesai Dilimi(n=22)		
İlk	13	56.5
Orta	8	34.8
Son	2	8.7
Yapılan Uygulama (n = 22) *		
Antiseptik solüsyonla yıkama	21	52.3
Tetkik yaptırma	11	22.7
Aşı yaptırma	5	13.6
Profilaktik ilaç alma	32	9.0

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için her şık ayrı bir soru olarak değerlendirilmiştir

Son üç ayda psikolojik olarak kendisini kötü hisseden sağlık personeli oranı %55.1'dir. Sağlık personelinin % 14.6'sı mesleki bilgi ve beceri eksikliği nedeniyle hata yapma endişesi taşımaktadır. Son bir yıl içinde hasta, hasta yakınları veya diğer kişiler tarafından sözlü ya da fiziki şiddete maruz kalma oranı %49.4'dür. Çalıştığı serviste, iş yoğunluğundan dolayı kişiler arası ilişkilerde sorun yaşama oranı % 55.1'dir (Tablo 7).

Tablo 7. Sağlık personelinin psikolojik durumları

	Sayı	%
Son Üç Ayda Psikolojik Olarak Kendini Kötü Hissetme (n=89)		
Evet	49	55.1
Hayır	40	44.9
Son Bir Yılda Şiddete Maruz Kalma		
Evet	44	49.4
Hayır	45	50.6
Mesleki Hata Yapma Endişesi		
Evet	13	14.6
Hayır	76	85.4
İş Yoğunluğu Nedeniyle Kişilerarası İlişkide Sorun Yaşama		
Evet	49	55.1
Hayır	40	44.9

Sağlık personelinin % 66.3 (n=59) 'inde kas-iskelet sistemi rahatsızlığı olup % 10.1 (n=9)'u bu şikayetlerinden dolayı istirahat raporu almıştır. Bel ağrısı görülme oranı % 57.6'dır (Tablo 8).

Tablo 8. Sağlık personelinde iş koşullarından oluşan kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları

Şikâyetler	Sayı	%
El ve kol ağrısı	18	30.5
Bel ağrısı	34	57.6
Boyun / sırt Ağrısı	33	55.9

Sağlık Personelinin aşılama durumu incelendiğinde hepatit aşısı olma oranı % 78.7, Tetanoz aşılama oranı % 41.6, Grip aşılama oranı % 33,7, BCG aşılama oranı % 22.5 dur. PPD yaptırma oranı % 12,4'dür

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda sağlık personelinde sigara içme oranı % 34.8 olarak bulunmuştur. GATT hastanesinde çalışan 50 hemşirede sigara içme oranı % 34.0 (Ogur ve Yeşildal, 2008: 1),Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesindeki 495 hemşirede sigara içme oranı % 35.6 (Aksakal ve İlhan, 2008: 1), Afyon ve Denizli Hastanelerinde 1779 hekim dışı sağlık personelinde sigara içme oranı % 38,9 'dır (Yalçinkaya, 2007: 413) Sigara İçme oranımız diğer araştırmalarla uyumludur.

Çalışmamızda yetersiz ve dengesiz beslenme oranı % 34.8'dir. Çukurova Üniveritesi Hastanesinde 420 hemşirede yetersiz ve dengesiz beslenme oranı % 61.6 (İnceseli, 2005: 46). Yetersiz ve dengesiz beslenme oranımızın düşük olması sevindiricidir.

Çalışmamızda bel ağrısı oranı % 57.6, boyun ve sırt ağrısı oranı % 55,9 Kol ağrısı oranı % 30,5 olarak bulunmuştur. Ankara'da bir hastanede % 73.9 (Güral, 2008: 1), Düzce Tıp Fakültesi hemşirelerinde bel ağrısı oranı % 52.9, Kol ağrısı oranı % 30.8, boyun, sırt ağrısı oranı % 30.8 olarak bulunmuştur (Alçelik, 2005: 63).

Çalışmamızda kan, vücut sıvısına maruz kalma oranı % 49,4'dür. Ankara'da 988 sağlık çalışanında kan ve vücut sıvısına maruz kalma oranı % 64'tür (Yeşildal, 2005:287).

Çalışmamızda kesici ve delici aletle yaralanma oranı % 24,7 'dir. Yaralanma % 40.9 oranı ile enjektör başlığını takarken olmaktadır. Ankara'da 988 sağlık çalışanında kesici –delici alet yaralanmalarının en sık nedeni % 45 ile enjektör kapağının kapatılmasıdır (Yeşildal, 2005: 287), Eskişehir'deki bir hastanede kesici ve delici alet yaralanma oranı 46,20'dir (Alpat, 2008: 1), Afyon ilindeki farklı sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli arasında kesici ve delici aletle yaralanma oranı % 45.4'tür (Altındış, 2008: 65).

Diğer araştırmalara göre kesici ve delici aletle yaralanma oranının düşük olması sevindirici olmakla beraber yaralanma en fazla enjektör başlığı takarken

olması, personelin iş yoğunluğunun fazla olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda son bir yıl içinde hasta, hasta yakınları veya diğer kişiler tarafından sözlü ya da fiziki şiddete maruz kalma oranı % 49.4'tür. Düzce Tıp Fakültesi Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma oranı % 60.3 (Alçelik, 2005: 63) ,Eskişehir, Ankara ve Kütahya'daki sağlık kurumlarında çalışan hemşireler arasında şiddete maruz kalma oranı % 58.4'tür (Ayrancı, 2002: 150). Diğer araştırmalara göre şiddete maruz kalma oranının düşük olması sevindirici olmakla beraber personel-hasta yakını arasındaki iletişim yetersizliği olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda sağlık personelinin Hepatit B aşılama oranı % 78.7'dir. Ege Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık çalışanlarında % 50.4 (Türkistanlı, 2000: 31), Isparta ilindeki hemşirelerde %57.8 (Demir, 2006: 185), Afyon ilindeki farklı sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli arasında aşılama oranı % 71.2'dir (Altındış, 2008: 65). Çalışma grubumuzdaki aşılama oranı diğer araştırmalara göre yüksektir. Bu personelin Hepatit B hastalığına karşı duyarlı olduğu şeklinde yorumlanabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda araştırma kapsamını oluşturan sağlık personelinde;

- Sigara içme oranının yüksek olduğu,
- Kan, vücut sıvısına maruz kalma oranının yüksek olduğu,
- Enjektör başlığını takarken yaralanmaların fazla olduğu
- BCG ve tetanos ve grip aşılama oranlarının çok düşük olduğu
- Şiddete maruz kalma oranının yüksek olduğu bulunmuştur

Bu sonuçlar doğrultusunda

- Hasta ve Çalışan Güvenliği komitenin işlerlik kazandırılması,
- Kişisel koruyucu ekipman ve malzemenin yeteri kadar çalışma ünitelerinde bulundurulması,
- Eksik olan BCG, tetanos aşılama oranlarının tamamlanması
- Hizmet içi eğitim planlarında hasta yakını personel iletişimi, enfeksiyon kontrol önlemleri konularının yer alması ve eğitimlerin tazelenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

Ağkoç, Süheyla (2005) ,Hekimlerde Mesleki Riskler İstanbul Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Üzerinde Bir Çalışma Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İstanbul.

İnceselsi, Aynur (2005), Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Adana

Aksakal, F (2008) ,Gazi Hastanesi'nde Görev Yapan Hemşirelerde Sigara Kullanım Durumu Ve 5727 Sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi Ve Kontrolü Hakkında Kanun" İle İlgili Görüşleri <http://www.halksagligi2008.org/?sayfa=bildiriDetay&id=408> (24.12.2008)

Oğur, Recai (2008), Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin ve Hastanede Görevli Hemşirelerin Tütün Ürünlerinin Kullanımı İle İlgili Yeni Yasa ve Düzenlemeler Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Saptanması <http://www.halksagligi2008.Org/?Sayfa=bildiridetay&İd=359> (24.12.2008)

Yalçinkaya M. (2007), Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, TSK koruyucu Hekimlik Bülteni Cilt 6, Sayı 6, Sayfa 409-420.

Alçelik, Aytekin (2005), AİBÜ Tıp Fakültesinde Görev yapan hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, TSK koruyucu Hekimlik Bülteni Cilt 4, Sayı 2, Sayfa 55-65.

Yeşildal, Nuray (2005), Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi, TSK koruyucu Hekimlik Bülteni Cilt 4, Sayı 5, Sayfa 280-302.

Alpat, Saygın (2008), Sağlık Çalışanlarında Mesleki Riskler, http://www.ebto.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=524&Itemid=2 (24.12.2008)

Ayrancı, Ünal (2002), Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002 Sayı 3, Sayfa 147-154.

Türkistanlı, Esin (2000), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Başışıklama Durumu, Ege Tıp Dergisi. Cilt 39 Sayı 1, sayfa 29-32.

Demir, İsmail (2006), Isparta İli Sağlık Personelinde Hepatit B Virüs Seropozitifliğinin Araştırılması, Enfeksiyon Dergisi, Cilt 20 Sayı 3, Sayfa 183-187.

Altındış, Selma ve Devebakan Nevzat (2008), "Sağlık Sektöründe Çalışan Güvenliği ve Enfeksiyonlara Maruziyet", II. Uluslararası Katılımlı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi Sunum Özetleri, 20-23 Şubat 2008, Ankara.

HASTA GÜVENLİĞİ SAĞLANMASINDA MEMNUNİYET ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yrd. Doç. Dr. Ayça Gürkan³⁸, Yasemin Pirim³⁹

Özet

Nitelikli sağlık hizmeti uygulamalarında hasta güvenliği vazgeçilmez bir unsurdur. Araştırma, hasta güvenliği açısından hizmet sunumu sırasında gelişen problemleri saptama ve hasta memnuniyet algısı yönünden değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Hasta güvenliği açısından tanımlanan birçok risk faktörü, yeterince ortadan kaldırılmadığında bakım alanların ve verenlerin güvenliğini tehdit altında bırakmaktadır. Günümüzde sağlık kuruluşlarındaki yapılan kalite ve akreditasyon çalışmaları ile hasta güvenliğine ilişkin veriler konunun önemini vurgulamaktadır. Ayrıca hasta güvenliğine ilişkin veriler de en önemli kalite göstergeleri arasında yer almaktadır.

Sağlık hizmetleri hasta bireyin çıkarlarına ve memnuniyetine odaklıdır. Ancak pek çok faktöre bağlı olarak hastalar ve çalışanlar tehlike ve risk altında kalmaktadırlar.

Araştırmanın örneklemini Kasım-Aralık 2007 tarihleri arasında, finansal ve eleman sayısı yetersizliği nedeniyle sadece, kamuya ait bir hastanenin dahili ve cerrahi polikliniklerine, tedavileri sonrası kontrole gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 116 katılımcı ile yapılmıştır. Katılımcılar olasılıksız örneklem yöntemi ile belirlenmiş ve gerekli izinler yazılı ve sözlü olarak alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış, veriler kodlanarak yüzdeler ve t test yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların memnuniyet algıları ile bazı sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Bu konuyla ilgili saptanan bulgular, yüksek riskli aktivitelerin belirlenmesi, sonuçların çekince olmadan bildirilmesi ve yeterli kaynak ayrılması gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Kalite, Uygulama Hataları

38 Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, ayca.gurkan@gmail.com

39 Ege Üniversitesi Hastanesi

Abstract

For qualified health care applications, patient safety is a must. This descriptive research is planned to determine the safety problems developed during health care services and aimed at to evaluate the patients perceived satisfaction levels.

The safety of the care givers and takers are threatened if many of the risk factors are not cleared sufficiently. Together with the works carried out on quality and accreditation, the data related to patients safety emphasize the importance of this topic. Moreover, patient safety stands among the most important quality criteria.

Even though health services focus on the benefits and satisfaction of the patients, patients are still under safety risks and threats due to many factors.

The research universe covers the patients who visit the surgical and internal diseases clinics for post treatment control and accept to participate. The 116 participants are determined by nonprobable sampling method in compliance with research ethics rules. Due to financial and personnel inadequacy the research is limited by one hospital only.

Data was collected by a semi-developed interview form and employed by face to face interview technique and evaluated by Percentile and T-Test Methods.

Between participants perception of satisfaction and certain demographical properties, statistically significant relations are determined.

The findings emphasize on the requirement to determine the high risk activities, notification of the results without any reservation and need for financial and qualified personnel support.

Key Words: Patient Safety, Quality, Application Mistakes

1. GİRİŞ

Teknoloji çağı olarak tanımlanan 21. yüzyıl tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da hizmet algısını değiştirmiştir. Hasta ve yakınları sağlık hizmeti sunumunda sadece tıbbi hizmetlerde değil aynı zamanda hasta bakımı alanında da daha iyi hizmet almak istemektedirler. Bugün gelinen noktada sağlık kurumları nitelikli sağlık hizmeti verebilmek için altı temel unsuru yerine getirmek zorundadırlar. Sağlık sisteminin iyileştirilmesi amaçlanan konu başlıkları aşağıda sıralandığı gibidir:

- Hasta güvenliği: hastalara yardım erken zarar vermektan kaçınma,
- Etkili bir sağlık hizmeti: bilimsel bilgilere ve kanıta dayalı, tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımın önlenmesi,
- Hasta odaklı sağlık hizmeti: hastanın ihtiyaç, değer yargıları ile tercihleri

doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti,

- Zamanın verilen sağlık hizmeti: beklemelerin sağlığa zarar vermesini önlediği bir sistem,
- Verimli sunulan sağlık hizmeti: israfın önlediği, maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu,
- Eşit dağılım: sunulan sağlık hizmeti kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyo-ekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması (Akalin, 2005: 141).

Sağlık hizmetinde kalite açısından öncelikle seçilen yirmi alandan üçü hasta güvenliği ile ilgilidir. Görüldüğü gibi hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken konuların başında gelmektedir (Akalin, 2004: 12-13).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önleme amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlayabileceğimiz hasta güvenliği nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır (Akalin, 2005: 142).

Günümüzde sağlık hizmetlerinde giderek önem kazanan hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti hizmetin değerlendirilmesinde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinin üretildiği anda tüketilen ve depolanamayan bir özellik gösteriyor olması bu hizmetin kalitesinin ölçülmesini güçleştirmektedir.

Hasta memnuniyeti sağlık hizmetinde kalitenin en önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur (Pala vd., 2003: 538-539). Sağlık hizmetinde hasta memnuniyeti, hastanın beklediği düzen ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır (Atlı vd., 2000: 44-47).

Hasta memnuniyetini iki faktör belirlemektedir. Birinci faktör; hasta beklentileridir. Hastaların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. İkinci faktör; hastaların aldıkları hizmetlere ilişkin algılamalarıdır (Aslan ve Özata, 2005: 554-558).

Hasta memnuniyetine ilişkin çalışmalarda bu beklenti-algı birlikteliğinin odak noktasının iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirlenmiştir (Yılmaz, 2001: 70-73).

Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendisini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır ve hastaların memnuniyet düzeyleri yükselmektedir

(Nesanır ve Dinç, 2008: 422-424).

Günümüzde hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanıılarını anlamak istemektedir. Bundan dolayı verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanıımladığı ve belirlediği boyutta görülmemektedir (Mahon, 1997: 196-197).

Algılama faktörü, hastaların özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. Memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirmesinde olduğu kadar sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmekte ve sağlık kuruluşlarının eksik hizmetlerinin tamamlanmasında itici rol oynamaktadır (Akalın, 2004: 13-14).

Sağlık bakım hizmetlerinin performansa dayalı uygulamalar sonucunda, tanı ve tedavi hizmetlerinden memnuniyet algı düzeyinde değişim olup olmaması konusunda yeni verilere gereksinim duyulmaktadır. Bu araştırmada, hasta güvenliği açısından hizmet sunumundan gelişen problemleri ve hasta memnuniyet algısını saptamak amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Kasım-Aralık 2007 tarihleri arasında kamuya ait bir devlet hastanesinde Dahiliye ve Cerrahi Polikliniklerine tedavileri sonucunda kontrole gelen tüm hastalar, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 116 katılımcı olmuştur.

Katılımcılar olasılıksız örneklem yöntemi ile belirlenmiş, çalışmanın amacı açıklandıktan sonra katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmişlerdir. Gerekli izinler yazılı ve sözlü alınmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Araştırma ekonomik koşullar nedeniyle bir hastane ile sınırlandırılmıştır.

Araştırmada, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan 36 soruluk anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümünde; katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlık güvencesi, hastaneye yatış şekli, yatış süresi gibi bilgiler katılımcıların temel özellikleri olarak çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur. Hasta memnuniyeti ise bağımlı değişkeni oluşturmuştur.

Araştırmanın ikinci bölümünde, ulusal düzeyde geçerliliği ve güvenliği sağlanmış bir hasta memnuniyet ölçeğinin olmaması nedeni ile memnuniyet soruları araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu bölümde, hastanenin fizik koşulları ve personelle ilgili memnuniyeti ölçmeyi amaçlayan beşli Likert tipi sorular yer almaktadır. Memnuniyet soruları; çok memnunum, memnunum, kararsızım, memnun değilim ve hiç memnun değilim şeklinde basamaklandırılmıştır. Analiz aşamasında bu derecelendirme,

“memnunum” ve “çok memnunum” memnun olarak ve “memnun değilim”, “hiç memnun değilim” ve “kararsızım” ise memnun değilim olarak değerlendirilmiştir (Önsüz vd., 2008: 35). Hasta memnuniyeti bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir.

Veriler SPSS 11.0 İstatistik paket programında, kodlanarak değerlendirilmiş, analizlerde Yüzdeler ve Ki-kare testi kullanılmış ve $p < 0.05$ anlamlı fark olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların temel özellikleri değerlendirilmiş ve % 58.2' sinin kadın, % 41.8' inin ise erkek olduğu görülmüştür. Katılımcıların % 41.7' si 22-44 yaş grubunda olup yaş ortalaması 42.82 ± 4.14 tür.

Eğitim durumları incelendiğinde, % 31.5' inin üniversite mezunu, % 29.6' sının ortaokul-lise, % 27.1' inin ilkokul, % 11.8' inin ise okur yazar olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların % 45.1' inin Emekli Sandığı, % 43.2' sinin Sosyal Sigortalar Kurumu, % 7.7' sinin Bağkur, % 3.0' ü ise Yeşil Kart sosyal güvence kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlandığı belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların sosyal güvenceleri dikkate alındığında, ilk sırayı Emekli Sandığı'nın (%45.1) aldığı görülmektedir. Bu durum hastanenin Emekli Sandığı ile anlaşmalı olması ve başvuruların aldıkları hizmetten memnun olmaları ile açıklanabilir. Birçok araştırmacının yapmış oldukları çalışmalarının sonucu bu çalışmayı desteklemektedir (Önsüz vd., 2008: 37-44; Nesanır ve Dinç, 2008: 425-427; Önsüz vd., 2008: 39-43).

Hizmet verenlere ilişkin özellikleri incelendiğinde, katılımcıların hastanede yatış süresi 7 ± 2.8 'dir ve % 36.6'sı dahiliye, % 63.4' ü ise cerrahi servislerinden hizmet almışlardır. Yatış gün sayıları ile memnuniyet algıları incelendiğinde, yatış gün sayısı azaldıkça memnuniyet algısının arttığı belirlenmiştir ve aralarında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Kamu hastanesini tercih etme nedeni olarak % 87.4 sağlık güvencesi ve sevk ağı olduğunu ifade etmişlerdir. Tanı ve tedavi gören bireylerin % 80.1'i gerekli durumda aynı hastaneye yeniden başvurabileceğini belirtmiştir. Hastaneye yeniden başvurabileceğini belirtenlerin % 91.3'ü kurum personelinin olumlu tutum ve davranışlarının etken olduğuna işaret etmişlerdir.

Hastaların daha önce kullandıkları hastaneye tekrar seçme eğilimlerini hastanenin teknik ve klinik faktörleriyle beraber sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarından kaynaklanan hasta memnuniyeti olduğu tespit edilmiştir (Özer ve Çakıl, 2007: 141-142; Devebalan ve Yağcı, 2005: 546-551; Aytar ve Yeşildal, 2004: 12-13). Bu çalışmada saptanan memnuniyet algı sonucu (% 91.3) oldukça yüksek olup kaynak çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılanların % 87,2'si hemşireye, % 76,4'ü hekime karşı kendini rahat ifade ettiğini % 73,7'si hastalığın gidişi ve tedavisi konusunda bilgilendirilmeden memnun olduklarını belirtmiştir. Katılımcıların % 89.9 gibi büyük bir oranı, sağlık personeli tarafından kendileri için gösterilen ilgi ve güler yüzlü yaklaşımların memnuniyetleri için en önemli etken olduğunu bildirmişlerdir.

Manisa'da yapılan bir çalışmada hastane personelinden memnuniyetin genel memnuniyete etkisi olduğu belirtilmiştir (Pala vd., 2003: 539-540). Bu sonuç yatan hastaların hemşirelerle daha fazla iletişim içinde olmaları onlara daha rahat ulaşabilmeleri ve hastane içinde hemşirelerden daha fazla destek görmeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Pala vd., 2003: 539-540; Nesanır ve Dinç, 2008: 425-427; Önsüz vd., 2008: 37-44; Mahon, 1997: 196-197).

Katılımcıların kuruma ait fizik özelliklere göre memnuniyetleri incelendiğinde hastanenin genelinde fizik koşullardan memnunuz diyenler % 51.7 oranındadır. Memnunuz diyenlerin % 66.4'ü yemek servisinden, % 21.1'i oda temizliği ve havalandırılması, % 8.5'i ise ortamın gürültüsü ile ilgili memnuniyetlerini ifade etmişlerdir. Tedavide kullanılan cihazların yeterliliği konusunda memnuniyet % 76.6 olarak saptanmıştır. Boş hasta yatağının bulunması ve hazırlanması konusunda memnuniyet oranı % 37.0'dir. Ancak, randevu tarihi ile ilgili memnuniyet % 18.4 olarak belirtilmiştir.

Bu çalışmada hastanenin fiziki koşulları ile ilgili genel memnuniyet, diğer değişkenlere göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç Dahiliye hastalarının uzun süre yatışları nedeniyle fizik şartlardan daha çok etkilendikleri düşünülmektedir. Hastanelerin fizik koşulları ve genel temizliği değerlendirildiğinde kamu hastanelerinde sorunun ortak olduğu benzer çalışmalarda saptanmıştır (Aslan ve Özata, 2005: 557-560; Nesanır ve Dinç, 2008: 423-425; Önsüz vd., 2008: 39-43).

Tedavi uygulamaları sırasında tedaviye ilişkin yan etki yaşama durumları % 17.8, tıbbi bakım sırasında hata yaşama durumları ise %2.4 oranında belirtilmiştir. Yaşanan tıbbi hataların % 58.2'sinin önlenemez hata olduğu saptanmıştır. Tedavi riskleri konusunda % 88.1 oranında bilgilendirilmeden memnun oldukları saptanmıştır.

Medikasyon hataları hem hastanede yatan hastalarda hem de ayaktan tedavi gören hastalarda sıklıkla görülebilmektedir. Özellikle ilaç seçimi, yazımı ve reçetelenmesi sırasında medikasyon hatalarının görülme sıklığı her 1.000 hastada 3.0-9.9 arasındadır. Diğer bir çalışmada ise benzer sonuçlar bulunmuş hastanede verilen her 1.000 medikasyon tabelasından % 6.24'ünde hata saptandığı belirtilmiştir. Bu hataların % 30.8'inin klinik olarak önemli sonuçlar doğurabileceği ifade edilmiştir (Akalin, 2004: 10-11; Blegen vd., 2004: 67-68).

Katılımcıların yaşları ile genel memnuniyet algıları arasında ilişki değerlendirildiğinde, memnun olduğunu belirten grubun yaş ortalamasının (41.77 ± 9.81) memnun olmayan gruptan daha yüksek (30.07 ± 3.05) olduğu belirlenmiştir. Bu bulguda katılımcıların yaşları ile genel memnuniyet algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bu araştırmada yaşın genel memnuniyet üzerine etkisi değerlendirildiğinde, hastaneden genel olarak memnun olduğunu belirten yaş grubunun yaş ortalaması, memnun olmadığını belirten grubun yaş ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Yaş küçüldükçe beklentinin yükselmesine bağlı olarak memnuniyet azalmaktadır. Farklı alışma sonuçları bu çalışmayı desteklemektedir (Nesanır ve Din, 2008: 424-426; nsz vd., 2008: 41-43; zer ve akıl, 2007: 142).

Cinsiyetlerine göre, kadınların (% 81.2) erkeklere (% 79.8) göre daha memnun oldukları saptanmıştır. Cinsiyetleri ile genel memnuniyet algıları arasındaki ilişki incelendiğinde ise aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Pek çok çalışma alanında cinsiyet önemli bir ölçüt olarak değerlendirilmektedir. Ancak cinsiyetin hasta memnuniyetini etkileyen bir olduğu dşnlmekle beraber bazı çalışmalarda cinsiyetin hasta memnuniyeti ile ilişkili olmadığı da bildirilmiştir. Cinsiyet ve memnuniyet arasında ilişki konusunda birbirleriyle çelişen sonuçlar kültürler arasında ya da farklı sağlık kuruluşlarında, farklı bakım hizmetleri arasında karşılaştırma yapmanın kompleks yapısına işaret etmektedir (nsz vd., 2008: 42; zer ve akıl, 2007: 142; Trkz vd., 1998: 38-41).

Katılımcıların eğitim durumları ile genel memnuniyet ilişkine bakıldığında memnuniyet algısı en yüksek grup okur yazar (% 89.2) olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıķa memnuniyet algısı düşmektedir. Eğitim düzeyi ile genel memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Yapılan pek çok araştırmada eğitim düzeyi arttıķa yaralanılan sağlık hizmetlerinden memnuniyetin azaldığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi ykseldiķe hastaların bilgilendirilme düzeylerinden duydukları memnuniyetin azaldığı, beklenti düzeyinin yükseldiği görülmüştür. Beklenti düzeyi ykseldiķe memnuniyet düzeyi azalmaktadır (zer ve akıl, 2007: 142-143; Devebalan ve Yağcı, 2005: 548-551; Trkz vd., 1998: 38-42).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Hastaların sosyal güvenceleri ile memnuniyet algıları değerlendirildiğinde, memnuniyeti en yüksek grubun Emekli Sandığına bağlı grup (% 80.7) olduğu, ancak sosyal güvence ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Farklı sosyal güvenceye sahip olma açısından hastaların sunulan hizmetlere yönelik memnuniyet algıları arasında önemli bir farklılığa rastlanmamıştır. Araştırma sonuçları desteklenen kaynaklarla paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak, hasta memnuniyet algısı hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri ve hizmet aldıkları kurumun faktörlerinden etkilenmektedir. Hasta memnuniyet ölçümleri sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin değerlendirilmesi, yükseltilmesi ve güvenliğin sağlanması amacıyla rutin olarak işleme sokulmalıdır.

KAYNAKLAR

Akalın, Erdal (2005), "Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği" **Yoğun Bakım Dergisi**, Cilt 5, Sayı 3, sayfa 141-146.

Akalın, Erdal (2004), "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?", **Ankem Dergisi**; sayı 18 (Ek-2), sayfa 12-13.

Pala T, Saatli G, Eser H. (2003), "Hastanede yatan hastaların hastane hizmetleri ve hastane çalışanlarından memnuniyeti ve bunu oluşturan bileşenler", **8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiriler Kitabı**, Diyarbakır, sayfa 538-541.

Atlı H, Sur H, Şahin TK, Söylemez D, Hayran O, (2000), "Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Beklenti ve İhtiyaçları Yönünden Özel Bir Hastane İle Bir Üniversite Hastanesinin Karşılaştırılması", **3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitapçığı**, Ankara, sayfa 44-55.

Aslan Ş, Özata M (2005), "Poliklinik Hastaların Müşteri Memnuniyetini Belirlemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma", **2. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı**, Ankara, sayfa 554-565.

Yılmaz M, (2001), "Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti", **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, Cilt 5, Sayı 2, sayfa 59-65.

Nesanır N, Dinç G (2008), "Manisa Kent Merkezinde Yatarak Tanı Tedavi Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hasta Memnuniyet Düzeyi", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Cilt 7, Sayı 5, sayfa 410-428.

Mahon P (1997), "Review of measures of patient satisfaction with nursing care", **Journal of Nursing Scholarship**, No 26, pp. 196-197.

Akalın H.E. (2004), "Medikasyon Hataları", **ANKEM Dergisi**, Sayı 18(ek 2), sayfa 10-10.

Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S, (2008), "İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi", **Marmara Medical Journal**, Vol 21, No 1, pp. 33-49.

Özer A. ve Çakıl E. (2007), "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler", **Tıp Araştırmaları Dergisi**, Cilt 5, No. 3, sayfa 140-143.

Devebalan N. ve Yağcı K. (2005), "Sağlık İşletmelerinin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında SERVQUAL Yöntemi", **2. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı**, Ankara, sayfa 543-553.

Aytar G ve Yeşildal N. (2004), "Yatan Hasta Memnuniyeti", **Düzce Tıp Fakültesi Dergisi**, No 3, sayfa 10-14.

Blegen vd. (2004), "Patient and Staff Safety: Voluntary Reporting", **American Journal of Medical Quality**, Vol. 19, No. 2, pp. 67-74.

Türköz YT, Aksoy A, Perçin AP, (1998), "Hasta Tatmininin Sosyodemografik Değişkenler Yönünden İncelenmesi", içinde: **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Merih Çoruh (Ed.), Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, sayfa 33-43.

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA RADYASYON GÜVENLİĞİ HİZMET İÇİ EĞİTİM PROGRAMININ ETKİNLİĞİNE İLİŞKİN BİR ÖRNEK OLAY ÇALIŞMASI

Derya Yücel⁴⁰, Havva Palacı⁴¹, Uz. Dr. Sermin Timlioğlu⁴²
Ömer Şahan¹, Prof. Dr. Hamit Okur¹

Özet

Radyasyon Güvenliği Programının başarısı etkili bir eğitim programının desteği ile mümkündür. Bu amaçla Radyasyon Güvenliği Programı kapsamında Radyasyon güvenliği ile ilgili Hizmet İçi Eğitim Programları düzenlenmektedir. Bu çalışma bu eğitimlerin etkinlik düzeyini ölçmeyi amaçlamıştır. Araştırmanın bu temel amacı dışında, hasta merkezli bir hizmet için; gerekli olan yeniden yapılanma çalışmalarına katkı vermek çalışmanın ikincil amacını oluşturmaktadır.

Bu çalışma 2007 -2008 yıllarını kapsamaktadır. Hasta ve Çalışan Güvenliği Programları içinde örnek olarak seçilen Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Güvenliği Programı kapsamında yapılan Radyasyon Güvenliği Eğitimi çerçevesinde iyonizan radyasyon kaynağı ile çalışan tüm birimlerdeki sağlık personeli çalışmamıza alınmıştır. Ön test-son test yöntemi ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası grubun eğitiminin başarı oranları karşılaştırılmıştır.

Programa katılan personele eğitim almadan ve aldıktan sonra aynı değerlendirme formu uygulanmıştır. Sınav öncesi ve sonrası grup performansı, başarı yüzdeleri olarak karşılaştırıldığında 2007 yılında $X_1(ort) = \% 64.4'$ den, $X_2(ort) = \% 86.8$ ulaştığı yine 2008 yılında $X_1(ort) = \% 68'$ den, $X_2(ort) = \% 75.7'$ ye bir performans yükselişi gözlemlenmiştir. Programa katılan görevlilerden isim istenmemiş, bu nedenle bireysel karşılaştırma yerine; grubun ortalama başarısı karşılaştırma amacıyla kullanılmıştır.

$\% 84.7$ oranında katılımcılar tarafından eğitim programı faydalı ve etkin bulundu. Tüm katılımcılara ortak bir program değil, belirli gruplara ayrı eğitim içeriği hazırlanmasının daha yararlı olacağı görüldü. Özellikle Radyoloji Teknisyenlerine verilecek eğitimin uygulama ağırlıklı olmasına, uzman hekimlere verilen eğitimin programının içeriğinin ayrı hazırlanmasına, yasal mevzuata daha geniş yer verilmesine, oryantasyon eğitim programında da yer alan radyasyon güvenliği eğitimlerinin tüm hastane personeline uygulanarak yaygınlaştırılmasına karar verildi.

Anahtar Kelimeler: Radyasyon Güvenliği, Hizmet İçi Eğitim, Hasta ve Çalışan Güvenliği

40 İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, derya.yucel1@hotmail.com

41 İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, palaci.havva@gmail.com

42 İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, timlioglu@gmail.com

Abstract

The success of Radiation Security Program is possible through an efficient support of a training program. To this end, on-the-job Training Programs relating to Radiation security are held within the context of Radiation Security Program. This study has the goal of measuring the efficiency level of these trainings. Besides this basic goal, the secondary goal of the research is to contribute to the required restructuring studies for patient-oriented services.

This study covers the years 2007-2008. In the Radiation Security Training that is carried out within the context of Göztepe Training and Research Hospital Radiation Security Program, which is chosen as a sample in Patient and Employee Security Programs, health personnel working in all units that work with ionized radiation source (totaling to 25 people) are covered (expert physicians working in surgical units, assistants, radiology experts, radiology technicians and nurses). Prior training and post-training performance ratios of the group are compared by the prior test-terminal test method.

The same evaluation form was applied to the participants before and after the training. When group performance prior to and after the exam is compared as performance percentiles, we observe that the average increased from X_1 (average) =64.4 percent to X_2 (average)= 86.8 percent in 2007 and again from 68 percent to 75.7 percent in 2008. The attendants' names were not taken, therefore, rather than making individual comparison, group's average performance was used for the purpose of comparison.

"Radiation Security" training given within the context of the years 2007 and 2008 in Göztepe Training and Research Hospital has fulfilled its purposes. 84.7 percent of the participants found the training program as beneficial and efficient. It was also observed that preparing different training programs for specific groups will be more beneficial than a joint program. It was decided that especially the training to be given to Radiology Technicians should be practiced-based, that the content of training given to expert physicians should be prepared separately, that the legal aspects should be taken up more extensively, and that the training on radiation security programs that are also treated in orientation training should be applied to all hospital personnel and should be made prevalent.

Key Works: Radiation Safety, Service Training, Patient and Employee Safety

1. GİRİŞ

Günümüzde radyasyon ve radyoaktivite içeren uygulamalar teknolojinin de gelişmesi ile birlikte yaşantımızda gittikçe daha çok yer almaktadır. İyonize radyasyona maruz kalmanın en sık nedeni tıbbi kullanım olsa da kişiler günlük yaşamlarında yaşadıkları coğrafyaya bağlı olarak ta doğal radyasyona maruz kalmaktadır. Yapay radyasyon kaynağının %96 sının tıbbi uygulamalardan oluştuğunu unutmamak gerekir. İyonize

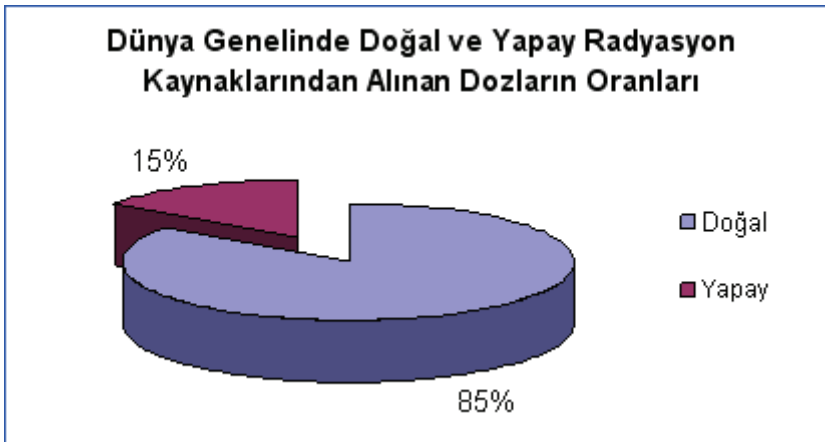
radasyon kaynaklarını kullananlarla birlikte, çevrede bulunan diğer kişilerin ve toplumun radasyon güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli ölçümlerin yapılması ve radasyonun denetimli bir biçimde kullanılması çok büyük bir önem taşımaktadır. Özellikle girişimsel radyoloji, bilgisayarlı tomografi, mamografi ve floroskopik incelemeler sırasında alınan radasyon dozları göz ardı edilemeyecek düzeylere ulaşabilmektedir. En yüksek radasyon dozunu tetkiki yapılan hasta almakla birlikte, yapılan tetkik sırasında, tetkik türüne bağlı olarak doktor ve teknisyenlerde radasyona maruz kalmaktadır. Radasyonun biyolojik etkilerini göz ardı etmemek gerekir. Hasarın genetik bilgileri taşıyan hücrelerde meydana gelmesi sonraki kuşağa bile etkilerini taşıyabilmektedir (Bora, 2001: 1).

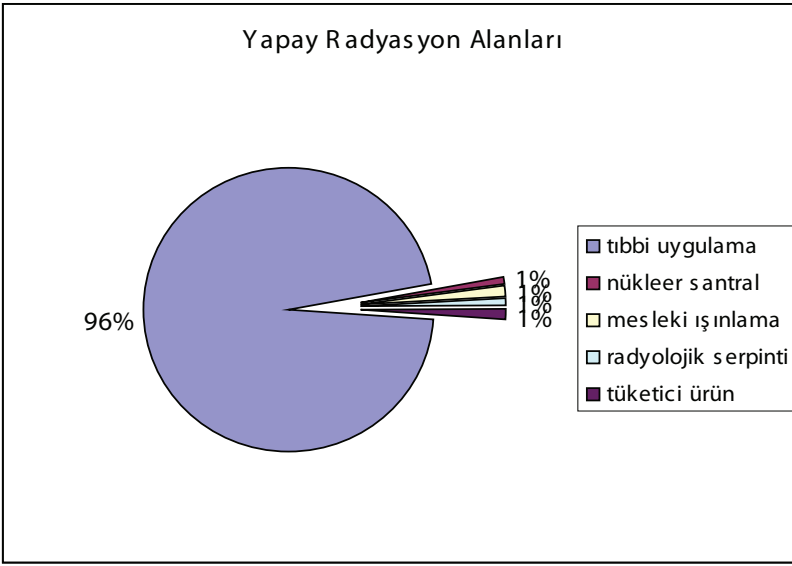
1.1. Radasyon Kaynakları

Radasyona karşı korunmada ana fikir, tolere edilebilen dozların bilinmesi ve radasyon çalışanları ile çevrenin bu sınırlar üstünde doz almasını önlemektir. Doku hasarına sebep olan deterministik etkileri önlemek ve stokastik etkilerin meydana gelme olasılıklarını kabul edilebilir düzeyde sınırlamaktır.

Uluslar arası Radyolojik Korunma Komisyonu (ICRP) tarafından Müsaade Edilebilir Maksimum Doz (MEMD), bir insanda ömür boyunca hiçbir önemli vücut arazı ve bir genetik etki meydana getirmesi beklenmeyen iyonlaştırıcı radasyon dozu olarak tanımlanabilir.

ICRP'nin önerilerine göre; radasyon çalışanları için müsaade edilen maksimum doz sınırı, birbirini takip eden beş yılın ortalaması 20 mSv'i geçemezken (yılda en fazla 50 mSv), toplum üyesi diğer kişiler (halk) için aynı şartlardaki bu sınır 1 mSv'in altında tutulmaktadır (Kaltest.com.tr).





1.2. Radyasyondan Korunmanın 3 Temel İlkesi

- Gereklilik(Justification) Net fayda sağlamayan hiçbir radyasyon uygulamasına izin verilmemelidir. (Fayda bedel analizi)
- Etkinlik(Optimizasyon, ALARA) Maruz kalınacak dozlar mümkün olduğunca düşük tutulmalıdır.
- Kişisel Doz-Risk Analizi: Alınmasına izin verilen dozlar sınırlandırılmalıdır.

Önlemler alındığı takdirde alınabilecek radyasyon dozu oldukça az oranlara düşebilmektedir. Radyasyon güvenliği konusunda yeterince bilgi sahibi olmak ve konu ile ilgili önlemler almak önemlidir. 1931 yılında Amerikan ulusal radyasyon koruma konseyince bir kişinin alabileceği maksimum müsaade edilebilir doz 50000 mrem olarak belirlenmiştir. Bu rakam günümüze gelindiğinde 5000 mrem/yıl olarak değişmiştir. Mesleği nedeniyle radyasyon olan binlerce kişi araştırılmış ve oldukça az kişinin bu rakamın üstüne çıktığı görülmüştür (satder.org/seminer). İngiltere’de yapılan bir çalışmada ise son yirmi yıldaki ölüm oranları kullanılarak karşılaştırma yapılmış, radyasyonla çalışanlar, mobilya ve yiyecek işinde çalışanlar gibi nispeten güvenli iş kollarıyla aynı sınıfta görünmektedir. Ortalama radyasyon riski, alışılmış mesleklerin riskleri üzerine eklense bile toplam risk hala aşırı olmamaktadır (nukleerbilimler.hacettepe.edu.tr).

Tablo 1. Çeşitli iş kollarındaki kazalar nedeni ile yıllık ortalama ölüm riski (İngiltere)

Ölüm Riski		
İş Alanı	Yılda	y -1
Derin su avlanması	400 de 1	2,5 x 10 ⁻³
Kömür madeni	4000 de 1	2,5 x 10 ⁻⁴
İnşaat	5000 de 1	2,0 x 10 ⁻⁴
Metal üretimi	7000 de 1	1,4 x 10 ⁻⁴
Ahşap, döşeme v.b	17000 de 1	5,9 x 10 ⁻⁵
Diğer iş alanları	20000 de 1	5,0 x 10 ⁻⁵
Radyasyonla çalışma ortalama yılda 4 mSv	20000 de 1	5,0 x 10⁻⁵
Yiyecek, içecek ve tütün	30000 de 1	3,3 x 10 ⁻⁵
Tekstil	40000 de 1	2,5 x 10 ⁻⁵
Giyim ve ayakkabı	300000 de 1	3,3 x 10 ⁻⁶

Tablo 2. Bazı belirgin nedenlerden yıllık ortalama ölüm riski

Ölüm Riski		
Neden	Yılda	y -1
Günde 20 sigara	200 de 1	5 x 10 ⁻³
40 yaş doğal neden	500 de 1	2 x 10 ⁻³
Yol kazaları	5000 de 1	2 x 10 ⁻⁴
Ev kazaları	10000 de 1	1 x 10 ⁻⁴
İş kazaları	20000 de 1	5 x 10 ⁻⁵
Radyasyona maruz kalmak yılda 1 mSv	80000 de 1	1 x 10⁻⁵

1.3. Radyasyon Güvenliği Eğitimi

Radyasyon ile uğraşan personelin radyasyon güvenliği eğitimi alması radyasyondan korunmada en önemli konudur. Aynı zamanda radyasyon güvenliği programının uygulanması açısından da önemlidir.

Her kurumun Radyasyon Güvenliği Programı olmalıdır. Radyasyon güvenliği programında:

- Kurumun radyasyon güvenliği politikası
- Radyasyon güvenliği yönetimi
- Radyoaktif madde ile tedavi dozu alan hastalar için kurallar
- Rutin uygulamalar ve gereklilikler
- Tanısal amaçlı kullanılan x-ışınlarına ilişkin güvenlik önlemleri
- Tehlike ve olağandışı durumlarda izlenecek yöntemler
- Radyasyon Güvenliği Eğitimi
- Radyasyon Güvenliği Planı
- Mevzuat

yer almalıdır (GEAH, 2008: 301).

Bununla birlikte;

- Hastanelerde Radyasyon Güvenlik Komitesi kurulmalı
- Komitenin düzenli ve etkin çalışması sağlanmalı
- Radyasyonla uğraşan personele periyodik olarak radyasyon güvenliği eğitimi verilmeli
- Radyasyon maruziyetleri yakından izlenmeli
- Radyasyon güvenlik kurallarına uygun çalışılması sağlanmalıdır.

Radyasyon güvenliği eğitim programının içeriği:

- Genel radyasyon bilgisi
- Radyasyon birimleri
- Uygulanan mevzuat ve lisans yükümlülükleri
- Uygun radyasyon güvenlik işlemleri
- Yerel kurallar
- Radyasyondan korunma prensipleri

- Tehlike anında uygulanacak prosedür

Radyasyon Güvenliği Eğitimlerini tüm personelin alması zorunlu eğitim olmalıdır. Eğitimler;

- Yeni iŖe başlayan tüm personel için oryantasyon eğitimlerinin rutin programında ve özellikle alanlarda çalışan personel için ayrıntılı eğitimler Ŗeklinde olması gerekir.
- Eğitim her yıl düzenli olarak yapılmalıdır.
- Mevzuatta değişiklik olduğu durumlarda tekrarlanmalıdır.

Radyasyon güvenliği ile ilgili kurumun yol haritası belli olmalıdır. Hasta ve çalışan güvenliği açısından;

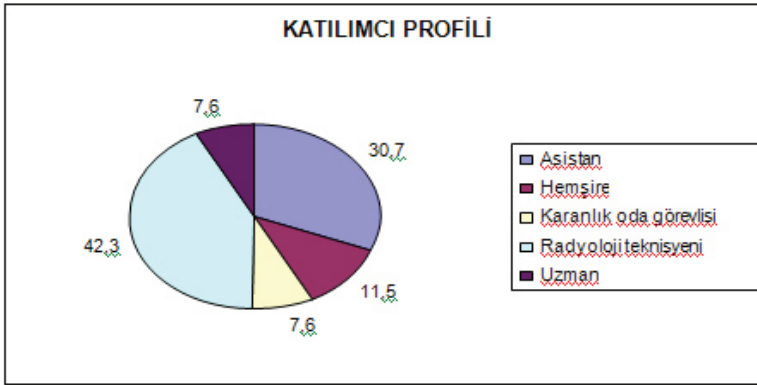
- Radyasyona maruz kalan ve maruz kalma ihtimali bulunan personelin bulunduğu alanlar ve sayıları belirlenmelidir.
- Ameliyathanelerde bulunan radyasyon saçan cihazlar belirlenmeli ve burada çalışan personel belirtilmelidir.
- İŖe yeni başlayan personel özellikle radyoloji ve ameliyathane için tetkikleri istenmeli ve kurum hekimine teslim edilmelidir.
- Radyolojik görüntüleme cihazlarının yıllık kalite kontrollerinin ve kalibrasyonlarının yapılması gerekir.
- İyonizan radyasyon cihazlarının üç boyutlu radyasyon doz haritalarının çıkarılması gerekir.
- Hizmet alımlarda ve anlaşmalı merkezlerde çalışanların sertifikasyonlarının Ŗart koşulmalı
- Günlük Ŗutlama sayıları bilinmelidir.
- Yapılan araştırmalar bilgilenme ve eğitim eksikliği nedeniyle birçok sağlık personeli ve hastanın gereksiz radyasyon hasarına maruz kaldığı gösterilmiştir.
- Radyolojik görüntüleme yöntemleri sırasında hastaların maruz kaldıkları iyonizan radyasyon dozu üzerine yapılan çalışmalarda doktorların bilgi düzeyi irdelendiğinde gerçek radyasyon dozunu daha az olduğunu değerlendirmişlerdir. Bunun farkında olunmaması doktorlar tarafından gereğinden daha fazla tetkik istemeye neden olabileceği ortadadır. Bazı ülkelerde radyolojik tetkik isteyen hekimlere gereksiz tetkik sayısını azaltmak için radyoloji güvenliği kurslarına tabi tutulmuş. Ancak bu

kurslarda eğitimin yetersiz olduğu da aynı çalışmada vurgulanmıştır. Bütün tetkiklerinde radyoloji uzmanının süzgecinden geçirilmesi de çok yoğun radyoloji ünitelerinin iş yükünü artıracığından pratik çözüm değildir. Bu nedenle sıkı bir radyasyon güvenliği eğitiminin gerekli olduğu tartışılmaz bir konudur (Aslanoğlu vd., 2007: 53-56)

2. YÖNTEM

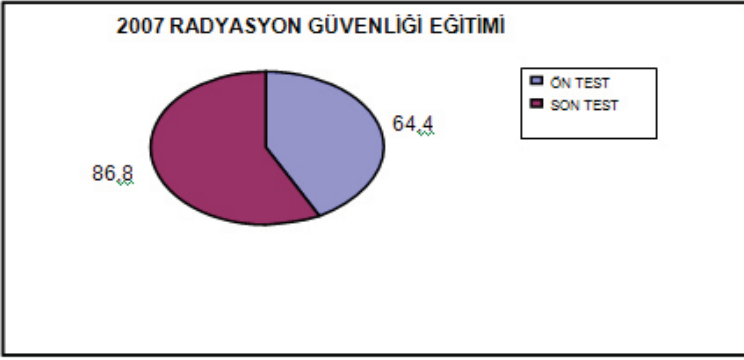
İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Radyasyon Güvenliği kapsamında 2007 ve 2008 yıllarında yapılan Radyasyon Güvenliği Eğitimleri çalışma kapsamına alındı.

Radyasyondan korunma ve güvenlik eğitimine iyonizan radyasyon cihazı kullanan tüm birimler ve kullanıcılar dahil edilerek radyasyondan korunmada ortak bilinç oluşturmak hedeflendi. Eğitimlere ameliyathanede skopi kullanan cerrahi branş (ortopedi, nörojiyürji, üroloji) hekimleri, ameliyathane hemşireleri, anestezi hekim ve teknisyenleri ile radyoloji kliniği uzmanı ve teknisyenleri ve asistanlar katıldı.

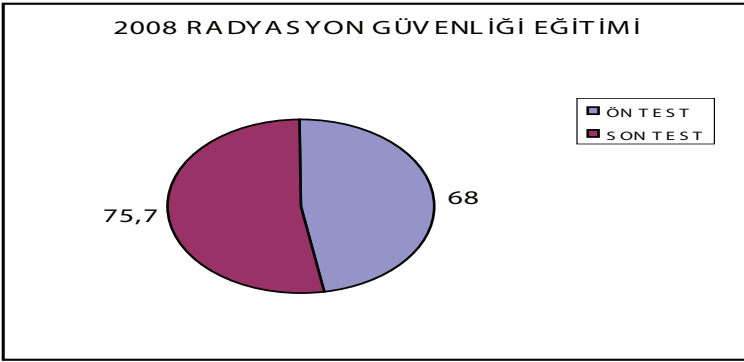


1-2 Kasım 2007 tarihinde toplam 80 kişiye 2 tam gün toplam 14 saat teorik 4 saat uygulamaya toplam 18 saat eğitim verildi.

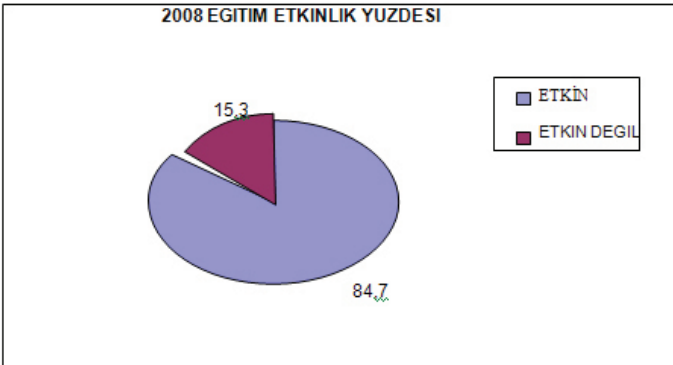
Eğitim verildi. Eğitime katılan personele ön test ve son test uygulandı. Ön test ve son test grup performansı, başarı yüzdeleri olarak karşılaştırıldığında 2007 yılında $X_1(\text{ort}) = \% 64.4$ 'den, $X_2(\text{ort}) = \% 86.8$ ulaştığı görüldü.



11–12 Kasım 2008 tarihinde eğitime 35 kişi katıldı. Yine katılımcılara ön test ve son test uygulandı. $X_1(\text{ort}) = \% 68$ 'den, $X_2(\text{ort}) = \% 75,7$ 'ye bir performans yükselişi gözlemlendi.



Ayrıca eğitim sonunda katılımcılara anket yapıldı. .% 84,7 oranında katılımcılar tarafından eğitim programı faydalı ve etkin bulundu.



3. SONUÇ

Radyolojik tetkikler hastalıkların tanı ve tedavisinde vazgeçilmez bir yere sahiptir. Bununla birlikte radyasyonun canlı organizmalara olumsuz etkileri göz ardı edilmemelidir. Bu yan etkiler radyasyonun dozuna ve maruz kalış süresine göre değişiklikler göstermektedir (Brenner ve Doll, 2003:100). Gereksiz tanıya katkısı olmayan radyolojik tetkikler hasta için risk oluşturmaktadır. Bu nedenle radyasyon güvenliği konusunda radyasyon güvenliği eğitimlerinin etkin bir şekilde yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Radyolojik tetkikler giderek daha sık istenmektedir. Radyasyon eşliğinde tedavi amaçlı girişimler daha sık uygulanmaktadır. Bu eğilimler hem hastaları hem de sağlık personelinin potansiyel risk altına sokmaktadır (gata.edu.tr). Girişimsel işlemleri yapan günümüzde çeşitli disiplinlere mensup klinisyenler radyasyonun zararlı etkileri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığında bunun sonucunda hekim, personel ve hastanın yüksek doz radyasyona maruz kalabildiği saptanmıştır (Rahman vd., 2008:119-22).

Hastalara ise radyasyon ile yapılan tetkik ve girişimlerin potansiyel riskleri konusunda yeterli bilgi verilmemektedir. Buda ilerde karşılaşılabilecek hukuki ve adli sorunlara neden olabilecektir (Johnson, 2001: 661-9).

Kurşun önlük, gözlük ve boyunluk kullanılması, zırlamaya dikkat edilmesi, gerektiğinde kurşun eldiven giyilmesi ve özellikle floroskopik çalışmalarda radyasyona mümkün olduğu kadar kısa süreli maruz kalınması total vücut ve spesifik organ radyasyon maruz dozunu azaltacaktır. Radyasyon saçan cihazların güvenliği ile ilgili prosedürün iyi bilinmesi gerekir (Akbar ve Jahangir, 2005: 493-6)

İyonize radyasyona maruz kalma koşulları yasal bir kontrole tabi olmalıdır ve bunun için devlet tarafından gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Yasanın tamamlayıcısı olan tüzük ve yönetmeliklerle gerekli düzenlenmeler yapılmalıdır. Bu Yönetmeliğin amacı, iyonlaştırıcı radyasyon ışınlamalarına karşı kişilerin ve çevrenin radyasyon güvenliğini sağlamaktır (Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, 2000).

Hastanemizde radyasyon güvenliği konusunda her yıl düzenli olarak bu eğitimler verilmekte eğitimler değerlendirilerek eni yiye ulaşılması için çaba sarf etmekteyiz. Hazırladığımız radyasyon güvenliği eğitim programı İstanbul il sağlık müdürlüğü tarafından tüm hastanelerde ortak bir program oluşturulması ile ilgili protokol yapılmıştır.

Radyasyon Güvenliği eğitimleri sonunda yapılan değerlendirmelerde % 84.4 oranında eğitimler başarılı bulundu. Eğitim sonrası yapılan anket sonuçlarında ise radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliği eğitimlerinin planlanmasında aşağıda belirtilen hususlar ile ilgili yeniden düzenlenme yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

- Sahada yapılan çekimlerde dikkat edilmesi gereken hususlarla ilgili çalışanların

daha fazla bilgilendirilmesi, alınacak önlemler üzerinde durulması, güvenlik ve doz ayarlanması ile ilgili konuya daha çok zaman ayrılması gerekliliği

- Hedef kitle karma olduğunda eğitim sürenin uzatılması.
- Klinisyen hekim ve radyoloji teknisyenleri için ayrı eğitim programı düzenlenmesi
- Radyoloji Teknisyenlerine uygulamalı eğitim verilmesi ve aşırı teknik bilgiye girilmemesi
- Doz azaltıcı önlemlerin sahada uygulamalı anlatılması
- Yasal mevzuata daha fazla yer verilmesi
- Hizmet içi eğitimlerde radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliği eğitimlerinin tüm hastane personeline yayılması

Radyasyonun zararlı etkilerinden sağlık personelinin hem kendisini hem de hastaları korunmak ve önlemler almak için konu ile ilgili yeterince bilgi sahibi olması önemlidir. Bu nedenle sağlık personeline verilen eğitimlerin hayati önemi vardır. Yapılan hataların çoğu önlem alınmama ve bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle tüm kurumlara düşen görev öncelikle radyasyon güvenliği konusunda personelinin eğitimini sağlamak ve yol haritasını belirlemek olmalıdır.

KAYNAKLAR

Bora, H (2001), Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Yıllığı, Cilt 2 Sayı 1

[http://www.kaltest.com.tr/radyasyon güvenliği.asp](http://www.kaltest.com.tr/radyasyon_guvenligi.asp)

Yöndem, S (2006), Radyasyon Güvenliği ve Korunma

Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi(2008) Radyasyon Güvenliği El Kitabı, yayın no 301 İstanbul

<http://www.nukleerbilimler.hacettepe.edu.tr>

Arslanoğlu A, Bilgin S, Kubalı Z, Ceyhan M, İlhan M, Maral I(2007), Radyolojik görüntüleme yöntemleri sırasında hastaların maruz kaldıkları iyonizan radyasyon dozu hakkında doktor ve intern doktorların bilgi düzeyi, Türk Radyoloji Bülteni, 13:53-55

Brenner DJ,Doll R,Goodhead DT,et al(2003).Cancer risk attributable to low doses of ionizing radiation assaaing what we really know proc natl acad sci USA 13761-13766

[http://www.gata.edu.tr/cerrahi bilimler/anestezi/sunu/radyasyon güvenliği.ppt](http://www.gata.edu.tr/cerrahi_bilimler/anestezi/sunu/radyasyon_guvenligi.ppt)

Rahman N, Dhakam S, Shafqut A, Qadir S, Tipoo FA. J Pak Med Assoc. (2008) Knowledge and practice of radiation safety among invasive cardiologists. 119-22

Johnson RH Jr Health Phys. (2001);81(6):661-9 The role of the radiation safety specialist as witness: risk communication with attorneys, judges, and jurors. Communication Science Institute, Inc, and CSI-Radiation Safety Academy, Gaithersburg, MD 20877, USA

Akbar-Khanzadeh F, Jahangir-Blourchian M. Ultraviolet radiation exposure from UV-transilluminators. J Occup Environ Hyg. 2005 Oct;2(10):493-6 Department of Public Health, Medical University of Ohio at Toledo, Toledo, Ohio 43614, USA

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, 2000, 23999

HASTA GÖZÜYLE HASTA GÜVENLİĞİ

Yrd. Doç. Dr. Zafer Çakır⁴³

Özet

Bu çalışmada, refakat ettiğim yakınlarımın tedavileri sırasında karşılaşılan ve gözlemlenen direkt ya da dolaylı olarak hasta güvenliğini tehdit eden usul ve uygulamalar hasta gözüyle ele alınmakta ve çözüm önerileri sunulmaktadır. Çalışmada hasta güvenliği bağlamında vurgulanan konular, fiziksel sorunlar, tıbbi özenle ilgili sorunlar ve iletişim sorunları olarak üç başlık altında ifade edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Önlenebilir Hata

1. GİRİŞ

Öncelikle hastalarımı ve hastalıklarını kısaca tanıtmak istiyorum. Oğlum Yusuf ÇAKIR; doğduğu 2000 yılından beri VSD (Ventriküler Septal Defekt), 6 yaşından itibaren de aort koarktasyonu tanısıyla takip ediliyor, 2008 yılında balon anjiyo yapıldı. Babam Halit ÇAKIR; 85 yaşında, uzun yıllardır KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) tedavisi alıyor. Genellikle bu hastalarımın, zaman zaman da diğer yakınlarım ve kendi rahatsızlıklarım dolayısıyla Trabzon, Samsun ve Ankara'da gittiğim hastanelerde, tetkik ve tedavi sürecinde karşılaştığım olumsuzluklar, beni hasta hakları ve hasta güvenliği konularında daha duyarlı olmaya itmiştir. Bu bağlamda yapmış olduğum tespitler, aşağıdaki başlıklar altında sunulmaktadır.

2. FİZİKSEL SORUNLAR

Gittiğim her yerde, hastanelerimizin son derece temiz ve güzel görünümlü olması için gayretler ortaya konulduğunu gördüm. Ancak, bazen bu güzelleştirmenin makyaj boyutunun daha ön plana çıktığını ve esasa dair bazı hususların gözden kaçırıldığını fark ettim. Burada sağlık kuruluşlarının fiziksel yapısından kaynaklanan ve hasta güvenliği açısından risk taşıyan hususlar sıralanacaktır.

2.1. Zeminlerin Kayganlığı

Hastane girişlerinde, koridorlarda ve merdivenlerde döşeme olarak kullanılan malzemeler genelde çok kaygan oluyor. Özellikle ıslak olmaları halinde ciddi tehlike oluşturuyorlar. Çözüm olarak dış girişlere paspas konulabilir, kaymayan malzemeler tercih edilebilir, merdiven basamaklarının uçlarına plastik, metal ya da kauçuk şerit ilave edilebilir. Temizlik sonrası tuvaletler 5-10 dakika kapatılabilir, bu mümkün değilse **"Dikkat! Islak Zemin!"** uyarısı kapılarda bulundurulabilir. Çünkü hastaneye gelen hemen hemen hiçbir hastanın kafasında bu riskler yer almadığı için hasta, risklere karşı tedbir de almaz. Bu tedbirleri hastane yönetiminin alması beklenir.

43 Karadeniz Teknik Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, zcakir@ktu.edu.tr

2.2. Hastaların Nakli

Ambulansla taşıma sırasında dikkate alınacak tek parametre "bir an önce yetişelim" mantığı olmamalıdır. Aynı zamanda keskin dönüşlerde ani duruş ve kalkışlarda hastanın kendini kontrol edip edemeyeceği hesaba katılarak taşıma yapılmalı, hasta sedyeye, sedye de ambulansa sabitlenmelidir. Ayrıca ambulans şoförü ne taşıdığının bilincinde olacak bir mesleki eğitime sahip olmalıdır.

Sedyeye taşımalarda ise hastalar sedyeye sabitlenmeli ve özenle taşınmalıdır. Aksi takdirde sedyeden düşerek ölenler ve ağır yaralananlar, haberlere bile konu olmaktadır. Yine bina içinde hasta ameliyata veya röntgene götürülürken çok dikkatli olunmalı. Çünkü koridorlar çok kalabalık ve bu insanların bazıları özürlü, bazıları çocuk, bazıları kendini kontrol edemeyecek durumda ve çoğunun kafasında sadece kendi derdi var. Başkasına dikkat etme gibi bir hassasiyet taşımayabiliyor. Sedye ve sandalye ile hastayı taşıyan kişinin bu durumu dikkate alarak, yani sadece taşıdığı hastaya değil, başkalarına da zarar vermeyecek bir özenle işini yapması gerekir. Koridorlarda keskin dönüşlerin olduğu köşelerde küresel aynalar konularak, buralardaki çarpışmalar önlenabilir.

Hastalar kendi araçlarıyla hastaneye geldiklerinde oto park sorunuyla karşılaşılıyorlar. Otoparklar yetersiz veya birkaç gün kalındığında maliyeti bazıları için yüksek olabiliyor. Bazen otopark uzak oluyor. Girişe gelinceye kadar hasta yoruluyor. Böylece hastalar hastalıkları dışındaki problemlerle uğraşmak zorunda kalıyorlar.

2.3. Hastane İçi Mekanlar

Oda ve koridorların genişliği, yüksekliği, girişi acil müdahaleye imkan tanıyacak yeterli fiziksel yapı ve donanımına sahip olmalı. Kapasiteyi artırılmı derken, elverişsiz odalar yapılmamalı. Odaların havalandırma, ısıtma, soğutma, aydınlatma sistemleri optimum düzeyde dizayn edilmelidir. Koridorların ve bekleme salonlarının geniş ve havadar olması önemlidir. Çünkü sıkışık ortamlarda hem enfeksiyon riski yüksek olmakta hem de hastalar (özellikle çocuk hastalar) birbirinden psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedir.

Bazı hastanelerimizin bazı polikliniklerinde muayene sırası alabilmek için hastalar gece saat 4'ten itibaren sıra beklemeye başlıyor ve güvenlik gerekçesiyle saat 7.30'a kadar bina içine giremiyor, soğukta kalıyor. Özellikle kış mevsiminde bu durum ciddi sıkıntılara sebep oluyor. Örneğin göz kontrolü için gelen bir hasta 3 saat soğukta beklemek zorunda bırakılınca, mevcut rahatsızlığından daha ciddi tedavi gerektiren zatürreeye yakalanabiliyor. Bu yüzden hastane güvenliğini de, hasta güvenliğini de tehdit etmeyecek kapalı mekanlar oluşturulmalıdır. Ayrıca oturulacak yerlerin konforundan ziyade hijyeni önemlidir. Çünkü kumaş kaplamalı ve sünger dolgulu koltuklar, kanamalı veya çocuk hastalar tarafından kirletildiğinde temizliği kolay olmuyor, dolayısıyla enfeksiyon riski artıyor. Bunlar yerine sade metal veya hijyeni kolay sağlanabilecek basitlikte oturaklar kullanılmalıdır. Tuvalet ve lavaboların temizlik ve hijyeni önemlidir. Hastalar dikkat edemeyebilir, görevlilerce kontrol

edilmeli, sabun konulmalıdır. Buralar enfeksiyon riskinin yüksek olduğu mekanlardır. Gittiğim hastanelerin hemen hepsinde de devam eden tadilatlar, ya da ufak ilave inşaatlar olduğunu gördüm. Bunlardan bazıları polikliniklerin hemen yanında, bazıları hastaların geçiş yolu üzerinde bulunuyor. Bu durum hem enfeksiyon, hem de yaralanma riski bakımından hastalar için potansiyel tehlike barındırmakta, toz ve gürültü kirliliği oluşturmaktadır. Her ne kadar rutin tedbirler alınsa da bu mekanlarda dolaşan hasta profili ve işin ciddiyeti göz önüne alındığında, öğrenim durumu belli olan inşaat çalışanlarına bırakılmaksızın, gerekli önlemler hastane idarecileri tarafından alınmalı ve iyi yönetilmelidir.

3. TIBBİ ÖZENLE İLGİLİ SORUNLAR

Özellikle tetkik ve tedavi sürecinde sağlık çalışanları ihmallerinin sıkça rastlandığı konular aşağıda sıralanmaktadır.

3.1. İlaç Kullanım Hataları

İlaçların yanlış zamanda, yanlış dozda veya yanlış kişiye verilmesi sonucu hastalar ciddi anlamda zarar görmektedir. Bu bakımdan en azından yatan hastalar için hemşireler ilacı bizzat kimlik doğrulayarak isim söyleyerek vermeli ve hastanın ilacı içtiğinden emin olmalıdır. Aksi takdirde hastalar ilaçları ya hiç içmiyorlar, bu durumda doktor ilacın içildiği varsayımıyla hastalığın seyrini değerlendiriyor ve doz artırımına gidebiliyor ya da ilaç tedavisine cevap vermedi diyerek cerrahi müdahalelere yönelebiliyor. Bazen de hastalar ilaçlar kendilerine bırakıldığında yanlış zamanda içebiliyor, 12 saat arayla alınması gereken ilacı 5-6 saat arayla alabiliyor. Dolayısıyla istenilen olumlu etki elde edilemeyebiliyor. Bazen de hasta ilacı yanlış şekilde içebiliyor. Yani yemekten önce mi sonra mı olduğunu karıştırıyor. Veya canının istediğiyle (çayla, gazlı içeceklerle, ayrılanla,...) içiyor. Böylece ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşmesine bağlı komplikasyonlar hasta güvenliğini tehdit edebiliyor. Bu bakımdan yardımcı sağlık personeli çok dikkatli davranmalı. Çünkü hastanede gördüğü ciddiyet ya da aleladelik, hastaların sağlık bilinci üzerinde önemli etki yapmaktadır. İlaçlar reçete edilirken bazen tıbbi ciddiyetten yoksun tercihler yapılabiliyor. Örneğin babam, bir üniversite hastanesinde pnömoni tedavisi alırken avelox diye bir antibiyotik yazıldı. İlaç hastane eczanesinde olmadığından dışarıdan alınabilmesi için düzenlenen evrakta ilgili servis doktorunun imzası gerekiyor. Durumu doktora söylediğimizde, yanındaki diğer doktora " Bu ilacın yerine hastane eczanesinde olan başka bir antibiyotik yazalım. Aksi takdirde bunun parasını bizim döner sermayeden ödeyeceklermiş" diyor. Şahit olduğumuz bu diyalog "Acaba hastamız için daha etkili olan ilaç mı, yoksa dönere zarar vermeyen ilaç mı tercih ediliyor?" noktasında bizi kaygılandırıyor. Yani hastane yönetiminin ya da servis idarecilerinin ihmallerinin (eczanede bulundurmaları gerekirken bulundurmadıkları ilaçların) bedeli, hastaya sağlığıyla ödettirilmemelidir.

3.2. Sağlık Çalışanlarının Nöbet Devirleri

Nöbet devirleri dosya başında değil, hasta başında ve kimlik doğrulanarak yapılmalıdır. Eksik bilgi aktarımı olmamalı, gün içinde yaşanan ameliyat, kriz, atak gibi özel durumlar ayrıca belirtilmeli ve takibin hassasiyet derecesi vurgulanmalıdır. Rutin takiplerin dışında serum, kan ya da beklenmedik durum sebebiyle çağrıldıklarında, hemşireler genelde ağırdan alıyorlar, "Sen git, geliyorum." diyor. Belki ikinci üçüncü hatırlatmada çayı veya muhabbeti bittikten sonra geliyor. Bu zaman zarfında hastalar acı çekiyor, zarar görüyor.

3.3. Yanlış Kişi ya da Tarafa Müdahale

Bu gerçekten çok can acıtan bir konu. Bu tür yanlış işlemlerin sayıları küçük olabilir, ama sonuçları asla küçümsenemez. Medyadan duyuluyor; katarakt ameliyatı olacak kişinin rahmi alınıyor (ntvmsnbc.com, 2008), taraf ya da organ karıştırılabiliyor. Bu örnekleri çoğaltmak mümkün. İşlemlerde yanlışlık yapıldıktan sonra genelde geri dönüşü, telafisi de olmuyor. Bir bayanın kaç rahmi, bir insanın kaç gözü, kaç bacağı vardır. Hasta, sakat bacağı iyi olsun diye gidiyor, yanlış müdahale sonucu sağlam bacağı da sakat hale gelebiliyor ve insan öncekinden çok daha zor duruma düşebiliyor.

Bu gibi olumsuzlukları önlemek için, işlem öncesi hastaya daha fazla ilgi gösterilerek yeterince tanıma sağlanabilir. Müdahalelerin her aşamasında kimlik doğrulaması yapılabilir. Hastaya ait isim, tanı ve işlemin yazılı olduğu kol bandı takılabilir. En azından lokal anestezi ile yapılanlarda, yapılacak işlem hastaya söylenmeli. Örneğin hasta "Şu dişim ağrıyor dedim. Doktor gitti sağlam dişimi çekti." diyor. Doktor filme göre veya çocuğun yaşına göre öncelik sırasından bahsediyor ama diş çekildikten sonra hasta inanmıyor, ikna olmuyor. Ameliyat sırasında isim ve bölge yüksek sesle söylenerek, ameliyat ekibinin onayı alınırsa yanlışlık riski azalabilir.

3.4. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onamlar abartılmamalı, yani küçük olan risk oranları %50 gibi sunulmamalı. Karşılaşılan sıklığı ile ifade edilmeli. Olası komplikasyonlar kesin olacakmış gibi sunulmamalı. Aksi takdirde hasta "O kadar sıkıntıya katlanacağıma hastalığın bu haline katlanırım." deyip tedaviyi reddedebiliyor. Aydınlatılmış onamların form olarak verilip imzalatılması gerekli olmakla birlikte kesinlikle yeterli değildir, sözlü olarak ayrıca ifade edilmelidir. Çünkü formlar uzun olabiliyor, hastanın durumu ya da seviyesi okuyup anlamaya uygun olmayabiliyor. Onun için sözlü ifade ihmal edilmemeli.

4. İLETİŞİM SORUNLARI

Burada hasta güvenliğini, doğrudan olmasa da dolaylı olarak ilgilendiren hususlara değinilecektir.

4.1. Yapılanlar ve Söylenenler

Hastanelerde teknik anlamda yeterince ilgi gördüğümüzü düşünüyorum. Yani gerekli kan-idrar tahlilleri, röntgen, EKG, EKO, Ultrason, MR, Tomografi, ... yazılıyor. Fakat sonuçlar değerlendirildikten sonra hastaya yeterli bilgi verilmiyor. Sadece "Şu ilacı şu kadar kullan, şu zaman tekrar gel" deniliyor. Hastalığın seyrine, ciddiyet derecesine, ya da tedavinin belirtildiği şekilde uygulanmasının önemine dair bilgi verilmiyor. Böylece hastalıkla ilgili yapılması gereken her şey yapılmasına rağmen, yeterli bilgilendirme yapılmadığı için hasta aldığı tedavi hizmetinden memnun kalmıyor, tatmin olmuyor. Hatta hastalığını bilmediler de onun için net bir şey söylemediler düşüncesiyle başka sağlık kuruluşlarına gidip aynı işlemleri tekrar yaptırıyor. Bu da gereksiz yere para ve zaman kaybının yanı sıra, sağlık kurumlarına karşı güven kaybına sebep oluyor. Hasta yeterli tedavi aldığı hissini yaşayamıyor. Hasta yakınlarının da bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi önem taşıyor. Bazen hastamıza yardımcı olalım derken bilgisizlikten dolayı zarar verebiliyoruz. Ameliyattan yeni çıkan hastaya istediğini yediriyor, içiriyor ya da yürütebiliyoruz. Bazen bu işlemler sonucunda hasta zarar görüyor. Hasta ziyaretleri sırasında küçük bir odada 10-15 kişi 1,5-2 saat kalıyor. Odanın havası tamamen değişiyor. Bu gibi durumları hastane yetkilileri uygun bir dille izah ederek, hastaların zarar görmeyeceği ortamları sağlamalıdır. Hastaları kaygılandıran diğer bir durum da, sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerin yansımalarıdır. Şöyle ki acilde tedavi gördüğüm sırada sorumlu asistan hastalarla ilgileniyor, tetkikler veriyor, hatta diğer asistanlar ve intörnerler durum değerlendirmesi soruyor. Daha sonra hocalardan biri geldi ve asistana hangi tetkikleri verdiğini, sonrada nasıl değerlendirdiğini, ne önerdiğini sordu. Asistan cevap verdikten sonra, hoca, "Böyle değerlendirme yapılır mı, bu filmden böyle sonuç çıkarılır mı, bu hastalığa böyle tedavi verilir mi?" diyerek asistanı eleştirmesi, bu duruma şahit olan diğer hastalarda, "Acaba bana da yanlış ya da eksik bilgiye dayalı bir tedavi mi verildi?" kaygısına neden olmaktadır.

4.2. Güvenlik Elemanları

Ziyaret veya refakat amacıyla hasta yanına gelmek isteyenler ile güvenlik elemanları arasında da sıkça sorunlar yaşanabiliyor. Hastalarının durumuna bağlı olarak sabrı ve tahammülü daha az olan hasta yakınları, güvenlik elemanlarının çok keskin söylenen "Yassak Gardaş!", "Giremezsin Bacım!" cümleleriyle karşılaşınca, ikna edici, aydınlatıcı gerekçeler ortaya konulmayınca, karşılıklı inatlaşmalar başlıyor, hatta bu olumsuz diyalogların kavga dolayısıyla yaralanmalara sebep olduğu durumlara şahit olabiliyoruz. Yani hasta ziyaretine gelen sağlam insanların da güvenliği tehlikeye girebiliyor. Bunu önlemenin yolu, bütün refakatçi ve ziyaretçileri eğitemeyeceğimize göre, güvenlik elemanlarını iletişim konusunda eğitmektir.

4.3. Saygınlık Görme

Tıbbi gereklilik halinde yapılan enjeksiyon, endoskopi, rektoskopi, kolonoskopi gibi işlemler sırasında hastaların hassasiyetleri göz önüne alınarak rencide edilmeden yapılmalıdır. Özellikle kadın doğuma giden yakınlarımız, orada doktorun haricinde bulunan stajyerlerin veya tıp öğrencilerinin tavırlarından rahatsızlık duyduklarını,

rencide olduklarını belirterek, tekrar rahatsızlandıklarında aynı polikliniğe gitmeyi reddediyorlar. Hatta "Geçen gittiğimde şu ilacı yazmıştı, eczaneden tekrar alırız." diyerek, tıbbi olmayan ve risk içeren bir yola başvurabilmektedirler.

Ayrıca sağlık hizmetinin nezaket kuralları çerçevesinde sunulmasına özen gösterilmelidir. Bu noktada halkımızın ve hastalarımızın ortalama kültür seviyesi belli olduğuna göre, iletişim sorunlarını büyütmeden yürütmek ve gerektiğinde tolere etmek, daha profesyonel olan sağlık çalışanına düşmektedir. Aksi takdirde hastalarımız horlandığı zaman belki kol kırığı tedavi ediliyor ama bu esnada kalbi kırılıyor, onuru, zedeleniyor, ruhu inciniyor. Kısaca bedenlen salahatle taburcu ediliyor ama ruhen birçok travmalara maruz kalabiliyor, ruhen iyi olma halini kaybedebiliyor.

5. SONUÇ

- ABD’de yılda 98 bin kişi **önlenebilir** bir tıbbi hatadan dolayı ölüyor.
- Buna göre **tıbbi hatalar**, hastanelerde yaşanan ölüm nedenleri arasında, kalp hastalıkları, kanser, damar hastalıkları ve KOAH’dan sonra **beşinci sırada** yer alıyor. (Kohn vd, 1999)

Bu iki tespiti hatırlattıktan sonra hastalar olarak ne istediğimizi ifade etmek istiyorum. Biz hastalar, en sıkıntılı anlarımızda sizin kapınızı çalıyoruz, sizi yanımızda görüyoruz ve biliyoruz ki uğraştığınız işin doğasında risk var. Biz, sizden yapabileceklerinizi yapmanızı istiyoruz. Siz elinizden geleni yaptıktan sonra istenilen sonuç alınamazsa, merak etmeyin biz ölümü de metanetle karşılız. Çünkü öldüren ve yaşatanın siz olmadığını biliyoruz. Tek isteğimiz, istenmeyen sonuçların sebebi, sizin önlenebilir hatalarınız olmasın! Hatalara mazeret bulunabilir ama hiçbir mazeret öleni geri getiremez.

6. ÖNERİ

Aşağıdaki önerilerin dikkate alınması, bu alandaki çalışmalara katkı sağlayacak, planlama ve yol haritalarına ışık tutacaktır:

- Sağlık kuruluşlarında, tıbbi hataya maruz kaldığını düşünenlerin başvurabilecekleri birimler oluşturulabilir. Bu birimlerde, objektif davranacağına inanılan, hastane yönetimiyle organik bağı olmayan kişiler görev yapabilir. Yani hasta, "Kimi kime şikayet edeyim, zaten bir şey çıkmaz." demeden rahatça kapısını çalabileceği bakanlığa bağlı bir birim oluşturulabilir.
- Üniversite hastanelerinde de "Hasta Hakları Birimleri"nin oluşturulması önemlidir. Çünkü bu birimlerin, hem hastaya sağladığı özgüven, hem de sağlık çalışanlarının daha özenli davranması açısından psikolojik bir etkisi vardır.

- Tıbbi hata bildirim sistemi oluşturulabilir. Sağlık kuruluşlarında oluşturulacak bu sistem sayesinde, "tıbbi hata, hasta memnuniyeti, hasta güvenliği..." gibi konulardaki algılamalar ve vakalar sistematik ve periyodik olarak Sağlık Bakanlığına aktarılması halinde, ülke genelinde sağlıklı veriler elde edilebilir. Böylece bu verilere göre daha gerçekçi tedbirler alınabilir ve daha sağlıklı planlamalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

<http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/454903.asp>, (01.08.2008)

Kohn, Linda T. - Corrigan, Janet M. – Donaldson, Molla S. (November, 1999) "To Err Is Human: Building a Safer Health System", Institute of Medicine, National Academy Press Washington, D.C.

HASTANELERDE KULLANILAN TIBBİ CİHAZLARIN KALİBRASYONU VE HASTA GÜVENLİĞİ

Sibel Gülec⁴⁴, Evren Toygar⁴⁵, Çınar Yeni⁴⁶
Kifaye Aslan Dalmış⁴⁷, Murat Yazgan⁴⁸

Özet

Rekabet, hastane hizmetlerinin yoğunluğu ve yaygınlaşması ve bu hizmeti alanların bilinçlenmesi, hastane hizmetlerinde hasta güvenliği kavramının önem kazanmasını sağlamıştır. Teknolojik gelişmelere bağlı olarak hastanelerde, ileri teknoloji ile üretilmiş bilgisayar destekli cihazların kullanımı yaygınlaşmaktadır. Hasta güvenliği ile ilgili konulardan birisi de hastanelerde mevcut, tanı ve tedaviye yönelik, hasta fizyolojik parametrelerini izleme, ölçüm ve tıbbi müdahale amacıyla kullanılan yüksek teknolojiye sahip cihazların sürekli bakımı, kalibrasyonu ve kontrol altında tutulmalarının gerekliliğidir.

Sağlık hizmetlerinde ölçüm güvenilirliğinin sağlanması doğru teşhis, doğru tedavi ve tedavide olumlu sonuçlar getirir. Tıbbi cihazların düzgün çalışmadığı durumlarda ise hastalar risk altında bulunmaktadır. Bu gibi tehlikeli durumların önüne geçmek için cihazların, kontrollerinin ve kalibrasyonlarının yapılması gerekmektedir. Bu durum hem hasta hem de cihazı kullanan kişi için önemlidir. Günümüzde, hızla gelişen teknoloji ile birlikte ürün ve hizmette rekabet edebilir bir kalite seviyesini yakalamak işletmelerin varlıklarını sürdürebilmeleri bakımından büyük önem taşımaktadır. Kalibrasyon, kaliteli sağlık hizmeti sunulması, hasta güvenliği, çalışan güvenliği ve çevrenin güvenliğini sağlamak için önemli ve gereklidir.

Bu çalışmada, hastanelerde kullanılan tıbbi cihazların kalibrasyonlarının yapılmasının önemi, kalibrasyon sıklığı ve hangi şartlarda yapılması gerekliliği, hastanelerde tıbbi cihaz çalışmalarını yürütecek personelin özellikleri, ve kalibrasyonun hasta güvenliği açısından önemi üzerinde durulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Cihaz, Kalibrasyon, Hasta Güvenliği

Abstract

Competition among the institutions, intensiveness of the hospital facilities and the awareness of the patients brought about the importance of patient safety. Related to the technological improvements, the use of computer controlled devices of high

44 Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, sibel.gulec@deu.edu.tr

45 Dokuz Eylül Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, evren.toygar@deu.edu.tr

46 Dokuz Eylül Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, cinar.yeni@deu.edu.tr

47 Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, kaslandalmis@hotmail.com

48 Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi, muratyazgan45@hotmail.com

technology is becoming widespread. One of the related subjects to patient safety is the necessity of the repair, calibration and the control of the medical instruments, devices and systems (hereinafter collectively referred to as a medical device or medical devices) of high technology which are used for the diagnosis and treatment, and the measurement of important physiological parameters of the patients.

Measurement reliability in health-care results with accurate diagnosis, accurate treatment and a positive outcome. On the other hand, the patients are under high risk when the medical devices don't work accurately. To overcome dangerous outcomes, the control and the calibration of the medical devices must be done. This is important both for the patient and the person using the device. Today, it is very important for the institutions to compete both in the product and serving quality. Calibration is very important and necessary for high quality in health care, patient safety, personnel safety and environment safety

In this research, the importance of the calibration of the medical devices, the frequency of calibration process, the qualifications of the personnel who will work for the medical devices and the importance of calibration for patient safety is emphasized.

Key Words: Medical Device, Calibration, Patient Safety

1. GİRİŞ

Günümüzde; bilim ve teknoloji sürekli değişiyor, tıp sürekli ilerliyor. Sağlık hizmeti verilirken akla öncelikle hastaneler ve sağlık personeli geliyor olsa da günümüzde tıbbi ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak üretilmiş yüksek teknolojiye sahip tıbbi cihazlar da bu hizmetin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Tıp alanındaki hızlı gelişmeler, teşhis ve tedavi sürecinde cihaz kullanımını arttırmıştır. Ayrıca, hastanelerde kullanılan cihazların yüksek teknoloji ile üretilmiş olmaları o hastanelere rekabet avantajı sağlar duruma gelmiştir.

Hastane hizmetlerinde kullanılan bu tıbbi cihazlardan elde edilen ölçüm sonuçları doğru ve güvenilir olmalıdır. Bir diğer açıdan bakıldığı zaman ise, bu cihazların hastaya zarar verebilecek her türlü etkisine karşı önlem alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Hastaya zarar vermeden doğru ve güvenilir sonuçlar, bu cihazların belli aralıklarla kalibrasyonlarının yapılması ile mümkündür.

1.1. Kalibrasyon ile İlgili Tanımlar

En genel anlamda, **kalibrasyon**, bir ölçüm cihazının veya referansın gösterdiği değerle göstermesi gereken değer arasındaki farkın belirlenmesidir. Diğer bir deyişle kalibrasyon, ölçüm cihazı ve ölçüm referansının karşılaştırılması sonucu elde edilen sonuçların değerlendirilmesi işlemidir (UME). Kalibrasyon, ölçüm cihazının ayarının yapılmasını içermez. Uluslararası Temel ve Genel Metroloji Terimleri Sözlüğü, VIM'e göre kalibrasyon ile ilgili genel tanımlar aşağıdaki gibidir (VIM).

Doğrulama: Bir ölçüm cihazı veya sistemin gösterdiği değer, bilinen bir değer ile arasındaki farkın tanımlanmış maksimum farktan aşağıda olduğunu gösteren işlemdir.

Ölçüm Belirsizliği: Ölçüm sonucu ile beraber yer alan ve ölçülen büyüklüğe makul bir şekilde karşılık gelebilecek değerlerin dağılımını tanımlayan parametredir.

Yapılan her ölçüm bir takım hatalar içerir. Bu hatalar:

- Ölçüm cihazı,
- Ölçüm metodu,
- Çevre şartları,
- Operatör

kaynaklı olabilir. Bütün bu koşullar altında yapılan ölçümler hatasız olamaz.

Uluslararası Standart: Ele alınan büyüklüğe ait diğer standartların değerlerini belirlemek için uluslar arası bir anlaşma ile kabul edilen standart.

Ulusal Standart: Ele alınan büyüklüğe ait diğer standartların değerlerini belirlemek için ülke içindeki temel standart olarak kullanılacağı ulusal bir karar ile kabul edilmiş standart.

Referans Standart: Genel olarak belirli bir mekanda veya belirli bir organizasyonda elde edilebilir en yüksek metrolojik vasfa sahip olan ve orada yapılan ölçümlerin kendisinden türetildiği standart.

Çalışma Standardı: Ölçme cihazını kalibre veya kontrol etmek için rutin olarak kullanılan ve genelde referans standart ile kalibre edilmiş standartlardır.

İzlenebilirlik: Ölçüm sonucunun, uygun standartlara, genel olarak da uluslar arası veya ulusal standartlara, kesintisiz bir karşılaştırma zinciri boyunca bağlanabilmesi özelliğidir.

İzlenebilirlik Programı (TS EN ISO/IEC 17025, 2000)

- Cihazın kodu veya tanımı
- Kalibrasyon yapıldığı tarih
- Gelecek kalibrasyon tarihi
- Kalibrasyon aralığı (süresi)

- Kalibrasyon yaptırıldığı kuruluş
- Kullanıldığı bölüm (deney tipi v.b.)

Ölçüm: Bir büyüklüğün değerinin bulunmasına yönelik işlemler dizisidir. Ölçmenin amacı, ölçülecek miktarın büyüklüğünü bulmaktır.

- Fiziksel büyüklükler: Temelinde fiziksel kanunlar vardır. Temel büyüklüklerden bu kanunlarla türetilmişlerdir. Fiziksel büyüklüklerin ölçüm sonucu, ölçme yöntemine bağlı değildir. (kuvvet, basınç, uzunluk, vb.)
- Fiziksel olmayan büyüklükler: Temelinde herhangi bir fiziksel yasa ve kanun yoktur. Bu nedenle uygulanan metoda göre ölçüm sonucu değişir. (sertlik, yüzey pürüzlülüğü, vb.)

Ölçüm doğruluğu: Ölçüm değeri ile ölçülen büyüklüğün gerçek değeri arasındaki yakınlık derecesidir.

Kesinlik: Sistemin tekrarlanabilirliğinin bir ölçüsüdür.

Ölçüm sonuçlarının tekrarlanabilirliği: Aynı ölçüm koşulları altında gerçekleştirilen, aynı ölçülen büyüklüğe ait birbirini izleyen ölçüm sonuçları arasındaki yakınlık derecesi (tekrarlanabilirlik şartları: aynı ölçüm prosedürü, aynı gözlemci, aynı koşullar altında kullanılan aynı ölçme cihazı, kısa zamanda tekrar)

1.2. Kalibrasyonun Gerekliliği ve Standartlar

Kalibrasyonun amacı, kullanıcı problemlerini asgariye indirmek, riskleri minimize etmek, maliyeti düşürmek ve uluslararası standartlara uygunluğunu sağlamaktır. Sonuç olarak tıbbi cihazların düzenli ve programlı kontrolleri ile cihazın doğru ölçümleri yapması sağlanır, buna bağlı ortaya çıkacak sorunlar, sıkıntılar, müdahalede gecikmeler önlenir ve aynı zamanda cihazların faydalı ömrü uzatılmış olur. Kalibrasyonun genel amaçları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Kalibrasyonun genel amaçları

Kalibrasyonun Genel Amaçları	
Eksiksiz Çalışma	Hastanedeki tüm cihazların orijinal üretici firmaları tarafından öngörölmüş teknik spesifikasyonlarına uygun olarak çalışmakta olduklarının ve mükemmel kalibre edilmiş olduklarının takibi
Ekonomik Ömür	Cihazların ömrünün uzaması nedeniyle hastaneye cihaz maliyetlerinin azalması
Servis Masrafları	Cihazlara yapılan koruyucu bakım ve tamirlerin kontrol altında tutulması nedeniyle teknik servis masraflarının azalması
Verimli Kullanım	Cihazların kullanılmadığı sürelerin azalması nedeniyle cihazların daha ekonomik ve verimli kullanılması
Verimli İşgücü	Cihazların mükemmel çalışmalarının sağlanması nedeniyle personelin daha verimli kullanılması
Hasta Memnuniyeti	Cihazların Dünya standartlarına uygunluğunun garanti altına alınması nedeniyle hasta memnuniyetinin sağlanması ve sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek risklerinin en alt seviyeye çekilmesi
Yüksek Kalite	Hastanenin sağlık hizmetlerinin kalitesine yapılan katkılar nedeniyle imajının yükselmesi

Kalibrasyon gerekliliği, TS EN ISO 9001:2000 Madde 7.6 İzleme ve Ölçme Cihazlarının Kontrolü yönergesi ve ISO/TS 16949:1999 Madde 4.11' de "Muayene, Ölçme ve Deney Ekipmanının Kontrolü" yönergesine dayanan bir zorunluluktur. Ayrıca kalibrasyon, kurumların ulusal ve uluslar arası kuruluşlar tarafından akreditasyon belgeleri alabilmeleri için de gerekliliktir.

1.3. Kalibrasyon Sisteminin Yapılanması

Uluslararası Seviye: Uluslararası seviyede uluslar arası Birim sistemi (SI) ve primer standartların gerçekleştirilmesi ile ilgili kararlar Ölçüler ve ağırlıklar genel konferansı (CGPM) tarafından alınır. Uluslar arası Ağırlıklar ve Ölçüler Bürosu (BIPM) primer standartların geliştirilmesi ve bakımı ve en üst seviyedeki karşılaştırmaları organize eder (EAL-G12, 1995: 7).

Ulusal Metroloji Enstitüleri: Sanayileşmiş ölkelerde yapılan ölçümlerin güvenilirliği ve doğruluğu da, ölkede yapılmış bir kalibrasyon ağıyla gerçekleştirilir. Bu alt yapının en üst noktası da ölkedeki her türlü bilimsel ve endüstriyel ölçümlerin izlenebilir olduğu ulusal bir merkezdir. Bu merkezlerin önemli görevlerinden birisi de ulusal kalibrasyon ağı kapsamında kuruluş ve laboratuvarlar arasındaki koordinasyonu sağlamak ve böylece oluşturulan metroloji sistemini uygun bir şekilde uluslararası sisteme entegre etmektir. Türkiye Ulusal Metroloji Sisteminde ilk adım 1992 yılında TÜBİTAK bünyesinde Ulusal Metroloji Enstitüsü'nün(UME) kurulmasıyla atılmıştır. Ulusal Metroloji Enstitüsü ölkede yapılan her türlü ölçüme referans oluşturan en üst seviye uzman kuruluştur (Tunçalp vd., 2001: 2).

Akredite Kalibrasyon Laboratuvarları: Kalibrasyon Laboratuvarı Akreditasyon Kurumları belirlenmiş kriterlere göre endüstrideki kalibrasyon laboratuvarlarını ve diğer organizasyonları akredite eder. Akredite laboratuvarlar genellikle bir firmanın

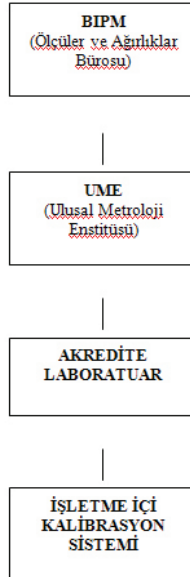
iç kalibrasyon hiyerarşisinde en üsttedir. Görevleri, çalışma standartlarını (fabrika standartlarını) uygun aralıklarda Ulusal Metroloji Enstitüsü tarafından veya uygun ölçüm kapasitesine sahip akredite laboratuvar tarafından kalibre edilmiş referans standartlarla karşılaştırmaktır (EAL-G12, 1995: 8).

İşletme içi kalibrasyon sistemi (Fabrika Kalibrasyonu): Bir dahili kalibrasyon sistemi firmada kullanılan tüm ölçüm ve test cihazlarının düzenli olarak kendi referans standartlarına karşı kalibre edilmesini sağlar. Firma referans standartları, ölçüm izlenebilirliğini akredite bir kalibrasyon laboratuvarından veya Ulusal Metroloji Enstitüsü tarafından kalibre edilerek sağlamalıdır. Dahili kalibrasyon bir fabrika kalibrasyon sertifikası, bir kalibrasyon etiketi veya bazı diğer metotlar ile ispatlamalıdır. Kalibrasyon bilgileri daha önceden belirlenmiş bir zaman süresince saklanmalıdır (EAL-G12, 1995: 8).

Dahili kalibrasyonun metrolojik kontrol kapsamı, ilgili firmanın kendi yetkisindedir. Bu kapsam, ölçüm ve test cihazından elde edilen sonuçların yeterince doğru ve güvenilir olmasını sağlayacak belirli uygulamalara dayandırılmalıdır. Dahili kalibrasyon yapan organizasyonların iç amaçlar için uygulanan EN ISO 9000 serisi standartların gereksinimlerini sağlayacak şekilde akreditasyonu gerekli değildir. Bununla birlikte bir dış kurum tarafından izlenebilirlik ispatı olarak kullanılacak dahili kalibrasyon sertifikasının kullanımı, bu sertifikayı yayınlayan organizasyon yeterliliğini göstermesini gerektirir (EAL-G12, 1995: 7-8).

Akreditasyon sertifikası vermekle yetkilendirilmiş kuruluşların hiyerarşik sıralaması Şekil 1’de verilmiştir.

Şekil 1. Akreditasyon Sisteminin Yapılanması



2. HASTANELERDE KALİBRASYON

Hastaneler, yoğun teknoloji kullanan işletmelerdir. Sağlık sektöründe tanı, teşhis ve tedavide vazgeçilmez en önemli unsur izleme ve ölçme cihazlarından elde edilen ölçüm sonuçlarına bağlı verilen kararlar ve uygulamalardır (Türkel, 2008: 109). Tıbbi teknoloji, sağlık işletmelerinin faaliyetlerini sürdürmesine ve kaliteli bakım gerçekleştirilmesine olanak sağlayan elektronik alet, araç gereç ve makinelerin tümüdür. Son yıllarda bilgisayar ağırlıklı olarak yoğun tıbbi teknoloji, teşhisten tedavi aşaması sonuna kadar kullanılmaktadır. Kaliteli sağlık hizmetinde teknoloji önemli bir etken olmaktadır. Kullanılan teknolojinin kalitesinin devamı ise "kalibrasyon" ile sağlanmaktadır (Odacıoğlu, 2008).

2.1. Hastanelerde Kullanılan Tıbbi Cihazlar

Son yirmi yılda, ileri teknoloji ile üretilmiş yeni teşhis ve tedavi cihazlarının hastanelerde kullanımı büyük bir hızla artmıştır. Artık, sağlık kurumlarında yüksek teknoloji ürünü elektronik, elektromekanik ve bilgisayarlı cihazlar teşhis ve tedavi amaçlı olarak kullanılmaktadır. Yaşamsal önemi olan bu cihazlara örnek olarak, ultrason, EKG, monitörler, kalp-akciğer makinaları, otomatik defibrilatörler, televizyonlu röntgen cihazları, dijital anjiyografi, bilgisayarlı nükleer tıp cihazları, oto analizörler, fiber optik TV ve videolu endoskopi cihazları, lazer cihazları, bilgisayarlı tomografi (CAT), Nükleer Manyetik Rezonans (NMR), Positron Emisyon Tomografi (PET) cihazlarını verilebilir.

Biyomedikal cihazlar farklı şekillerde sınıflandırılabilirler. Tablo 2 de tıbbi cihazlar kullanım alanlarına göre sınıflandırılmışlardır.

Tablo 2. Kullanım alanlarına göre tıbbi cihazların sınıflandırılmaları

Tıbbi görüntüleme cihazları	MR (Manyetik Rezonans), Röntgen, Bilgisayarlı Tomografi, Anjiyografi, Ultrasonografi, Gama Kamera
Ameliyathane, yoğun bakım ve yaşam destek cihazları	Defibrilatör, Ventilatörler, Elektrokoter, Ameliyat Masaları ve Lambaları, Kalp Akciğer Makinesi, Cerrahi Aspiratör, Ototransfüzyon Cihazları
Laboratuvar ve hasta dışı uygulama cihazları	Mikroskoplar, Mikser ve Manyetik Karıştırıcılar, Su Banyosu (Benmari) Cihazları, Su Distile Cihazları, Sterilizatörler, Santrifüj Cihazları, Spektrofotometre, Koagulometre, Kan Sayım Cihazları, Kan Gazları Analiz Cihazları Kan Saklama Dolapları, Oto Analizörler
Fizyolojik Sinyal İzleme Cihazları	Elektro Kardiyografi Cihazı EKG, Egzersiz EKG testi EFOR EKG, Elektromiyografi Cihazı EMG, HBM Hasta başı Monitör, Odyometre, Elektroretinogram Cihazı ERG, Elektroensefalografi EEG, Holter

14 Haziran 1993 tarihinde Avrupa Bakanlar Konseyi tarafından Tıbbi Cihazlar Direktifi kabul edilmiş ve tıbbi cihazlar, kullanım, üretim ve tasarımdan kaynaklanan Tehlike Statülerine göre 4 gruba ayrılmışlardır. Tablo 3 Direktif 93/42/EEC'deki sınıfları göstermektedir.

Tablo 3. Tehlike statülerine göre tıbbi cihazların ayrıldığı sınıflar

SINIF	RİSK DERECEŚİ	OLUŞTURDUKLARI SORUNLAR
Sınıf I	Düşük	Arızalanması, hatalı kullanımı ya da bulunmaması durumunda hasta ya da personele zarar vermeyen, hasta bakımında da en az düzeyde sorun oluşturan sistemlerdir.
Sınıf IIa	Orta	Arızalanması, hatalı kullanımı ya da bulunmaması durumunda hasta ya da personele ciddi şekilde zarar vermeyen, fakat hasta bakımında sorunlar oluşturan sistemlerdir.
Sınıf IIb	Orta – Yüksek	
Sınıf III	Yüksek	Yoğun bakım, hayati önem taşıyan, tanı ve tedaviye yönelik sistemler olup, hasta bakımında anasal ve ciddi sorunlar oluŐturabilir.

2.2. Tıbbi Cihazların Kalibrasyonu

Kalibrasyonu, bir ölçüm cihazının veya referansın gösterdiği değerle göstermesi gereken değer arasındaki farkın belirlenmesi olarak tanımlamıŐtık. Kalibrasyon, maddi ölçütün, ölçme sisteminin veya ölçme cihazının gösterge değeri hatasının ya da rastgele bir ölçek üzerindeki işaretlere karşılık gelen değerlerin belirlenmesini sağlar. Tıbbi cihazların ayarları kullanıcılar ve teknik servis personeli tarafından şartnameler, standartlar, kullanıcı el kitapları ve servis el kitapları ile diğer yetkilendirme belgelerine göre cihazın bulunduğu ortamda ya da atölyelerde yapılabilirken kalibrasyon işlemleri kalibrasyon laboratuvarları veya kalibrasyon için gerekli şartların sağlandığı ortamlarda yapılmaktadır. Tıbbi cihazlara üç farklı alanda ölçümleme yapılır (Megap- Biyomedikal Cihazlarda Kalibrasyon, 2008: 104):

- fiziki ölçümleme
- kimyasal ölçümleme
- biyolojik ölçümleme

Biyomedikal cihazlar içinde yapılan kalibrasyonunun sonucu önceden bilinen değerlere göre yapıldığında ölçüm cihazının doğruluğu ve ölçülen cihazın doğruluğu ölçüm zinciri denilen bir zincir içerisinde izlenebilir. Bu işlemler, biyomedikal kalibrasyon laboratuvar şartlarında yapılırsa cihazlara sertifika verilir. Böylece yapılan ölçümlerin doğruluğu güvence altına alınmış olur.

2.3. Biyomedikal Cihazlarda Kalibrasyon Sıklığı

Hastanelerde kullanılan biyomedikal cihazlarda cihazların kurulumu, sonrası, onarımı periyodik ya da koruyucu bakım sırasında ve kalibrasyon öncesinde/ sırasında cihazın tam verimli ve güvenli çalışması için yapılan tüm ayarlar servis ayarlarını kapsar. Bu servis ayarlarının ne olduğu ve neleri kapsadığı ile ne yapılması

gerektiğine dair bilgiler servis manuellere belirtilir. Bu ayarların kimler tarafından yapılacağı da ayrıca cihaz üreticileri ve servis sağlayıcıları tarafından yetkilendirilir. Kullanıcı ve servis ayarlamaları yanında, teknik servis elemanlarının yetki dâhilinde sorumlu olduğu diğer bir ayarlama da kalibrasyon öncesi servis ayarlamalardır. Kalibrasyon bu ayarlamalardan sonra yapılır. Kalibrasyonla öncelikle cihazın daha önceden belirlenmiş referans değerdeki sonuçlarıyla kıyaslanacak yeni ölçümler yapıldığını biliyoruz. Eğer bu ölçüm sonuçları belirlenen referans değerlerin sapma aralıkları dışında çıkarsa, cihazın kalibrasyon sertifikası verilmeden, gerekli ayar ve kontrollerin yapılması için teknik birime gönderilmesi ya da teknik kontrollerden geçirilmesi gerekir.

Gerekli onarım, bakım ve ayarlamalarla cihaz ölçümleri referans değerlere yaklaştırılmaya çalışılır ve sapma aralıkları içerisinde istenen sonuçları verdiğinde kalibrasyon onay belgesiyle sertifikalandırılır (Megep-Biyomedikal Cihazlarda Kalibrasyon, 2008: 53-69).

Hızlı teknolojik değişimin olduğu günümüzde, tıbbi cihazların kesin kalibrasyon aralığını belirlemek zordur. Bu yüzden, kalibrasyon aralıkları, yasal düzenlemeler, Standard gereklilikler, cihazın teknik el kitabı ve cihaz üreticilerinin tavsiyeleri, kalibrasyon laboratuvarı ya da akreditasyon kurumunun görüşleri ile o konuda ulusal ve uluslararası teknik komitelerin çalışmalarından yararlanılarak, kullanıcının kendisi tarafından belirlenmelidir. Ayrıca ISO 9001 kalite standartlarında da kalibrasyon zorunluluğu vardır. Kalibrasyon sadece belirlenen periyotlarda yapılmaz. Aşağıdaki durumlar meydana geldiği zaman da kalibrasyona ihtiyaç vardır (Megep, 2008: 104):

- Cihaz hiç kullanılmamış ise, yani yeni satın alınmışsa,
- Cihaz arızalanmış veya mekanik bir darbe görmüşse,
- Cihaz kullanma talimatlarına uygun kullanılmamışsa,
- Cihazda fonksiyon arızaları meydana gelmiş ise,
- Belirlenen periyotlarda bakımı yapılmamış ise,
- Ayar mekanizmalarına müdahale edilmiş ise,
- Cihazdan alınan sonuçlardan şüphe duyuluyor ise

2.4. Hastanelerde Çalışacak Tıbbi Cihaz Çalışmalarını Yürütecek Personelin Özellikleri

Ürün kalitesini artırmada en önemli etkenlerden biri, üretimin her kademesinde hassas ve doğru ölçme işlemlerinin gerçekleştirilmesini sağlamaktır. Bu unsur göz önüne alındığında, ölçme ve kalibrasyon faaliyetlerinde personel eğitiminin ve konuyla ilgili alınan eğitimin kalitesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Yeterli cihaz,

mekân ve şartlar sağlanmış olsa dahi kalibrasyonda en önemli unsur yetişmiş nitelikli personel ihtiyacıdır (Tunçalp vd., 2003: 11).

Hastanelerde kullanılan yüksek teknolojiye sahip cihazların artmasıyla bu cihazları kullanacak ve servis hizmeti verecek nitelikli personel ihtiyacı oluşmuştur. Ülkemizin Biyomedikal Cihaz Teknolojileri Alanı ile ilgili bölümünde, biyomedikal cihaz teknolojileri alanı kapsamında çalışan teknik servis elemanlarının sınırlı sayıda kendi alanında mühendislik ve meslek yüksek okullarından mezun; çoğunlukla da farklı alanlardan gelerek yetişmiş, biyomedikalle ilgili eğitimlerini sektörde çalışırken tamamlamış elemanlardan oluşmakta olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin yavaşlamasını önlemek için ise öncelikle, sektörde ve hastanelerde bu cihazlarla ilgilenecek hastane personeli (doktor, hemşire, v.b) ile biyomedikal klinik mühendisleri, cihaz üreticileri ve satıcıları arasında iş birliği ve koordinasyonu artıracak, teknik problemleri çözmeye yönelik en güncel uygulamalı alan eğitimlerini almış ara elemana ihtiyaç vardır (Megep- Biyomedikal Cihaz Teknolojileri Alanı, 2007: 3). MEGEP Projesinde bu meslekte çalışacak personelin özellikleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

- Doğru yazılı ve sözlü anlatım yapabilen,
- Sabırlı ve düzenli olan,
- Ekip içinde çalışabilen,
- Matematikle ilgili konularda başarılı,
- Alet ve Makinelerle çalışmaktan hoşlanan,
- Sayı ve şekiller arasındaki ilişkiyi algılayan,
- El ve gözlerini eş güdümlü kullanabilen,
- Teknolojiyi yakından izleyen,
- Renk ve şekilleri ayrıntılı algılayabilen,
- Dikkatli ve sorumluluk sahibi,
- Mekanik konulara ilgili ve yetenekli,
- Sesleri ayırt edebilme yeteneğine sahip,
- İnce ayrıntıları algılayabilen
- Hızlı çözüm üretebilen,
- Yorum ve analiz yeteneği yüksek olan kişiler olması gerekir.

3. KALİBRASYON VE HASTA GÜVENLİĞİ

Sağlık kuruluşları ve çalışanları, verdikleri sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere zarar vermemek için birtakım önlemler alırlar. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı National Patient Safety Foundation'un tanımına göre hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetlerine bağlı hataların neden olduğu hasta zararlarının azaltılmasıdır (NPSF, www.npsf.org). Hata, önceden planlanan bir eylemin, tamamen istenen sonucu vermemesi (işlemden hata) veya hedefe ulaşmak için yapılan planın yanlış olması (planlama hatası) şeklinde tanımlanabilir (IOM, 2000: 28).

Tıbbi hatalara yol açan önemli kaynaklardan birisi de hastanelerdeki cihazlardır. Bu gruptaki hatalar cihazların doğru kullanılmamasından, cihazların hatalı olmasından veya ayarlarının düzgün olmamasından kaynaklanan hatalar olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2005 yılında yayınlanan bir raporda gelişmekte olan ülkelerdeki tıbbi cihazların yüzde 50'sinden fazlasının düzgün çalışmadığı belirtilmektedir (Bulun, 2007).

Diğer tüm teknolojilerde olduğu gibi tıbbi teknolojilerde de insan faktörü ve insandan kaynaklanan hatalar olabildiğince azaltılmaya çalışılmakla birlikte, kullanıcının bütünüyle ortadan kaldırılması ya da ortadan çıkartılması söz konusu değildir. İnsandan kaynaklanan hataları ortadan kaldırmanın tek yolu bu teknoloji veya cihaz/sistemleri kullanan işgücünün iyi ve yeterli eğitimidir. Bu tür bir eğitimden geçmiş bir işgörenin kullandığı cihaz/sisteminin verimliliğinin, niteliğinin, niteliğinin kullandığı cihaz/sistemin verimliliği ile kıyaslanmayacak kadar yüksek olacağı tartışılmaz bir gerçektir (Odacıoğlu, 2008).

Tıbbi cihazlar hastalıkların tanı ve tedavisinde önemli bir yer tutmakla birlikte hastalar, çalışanlar ve çevre için de önemli riskleri içermektedir. Bu riskler önlem alınmadığı takdirde insan sağlığı ve çevre açısından ciddi boyutlarda tehlike oluşturmaktadır. Bu nedenle tıbbi cihaz ve sistemlerin risklerini azaltmak, insan sağlığı ve çevre için gerekli güvenlik önlemlerini almak hasta ve çalışan güvenliği açısından önemlidir. Tıbbi cihazların oluşturdukları riskler Tablo 4'te gruplanmıştır.

Tablo 4. Tıbbi cihazların oluşturdukları riskler

TIBBİ CİHAZLARIN OLUŞTURDUKLARI RİSKLER	
MEKANİK TEHLİKELER	En çok karşılaşılan tehlikelerdir. Kullanıcı ya da servis veren elemanın yanlışlıkla elini kesmesi, kurallara uygun sabitlenmeyen veya hareketli cihazların hasta üzerine düşmesi bu tür tehlikelere örnek gösterilebilir.
ELEKTRİKSEL TEHLİKELER	Bazı hastalar, elektriksel cihazlara bağlanmış olabilirler ve düşük düzeyde elektriksel tehlikelere maruz kalabilirler. Tıbbi cihaz kullanıcıları da görevleri gereği elektriksel tehlike ile karşı karşıyadırlar.

KİMYASAL TEHLİKELER	Hasta veya bakım elemanı, çalışılan ortam ve kullanılan cihazlar itibarıyla kimyasal maddelerle karşılaşma ya da boğulma tehlikesi ile karşılaşabilir.
BİYOLOJİK TEHLİKELER	Hastanelerde, gerek hastalardan gerekse yapılan işlemlerden kaynaklanan enfeksiyon riskleri ortaya çıkmaktadır.
OPTİK TEHLİKELER	Tıbbi cihazların bazılarında çıkan görünür ve görünmez ışık huzmeleri insan sağlığı üzerinde tehlike yaratabilir. Bu tehlikelerden koruma gücüne sahip gözlükler kullanılarak korunmak mümkündür.
İŞİN/RADYASYON KAYNAKLI TEHLİKELER	Cihazların çalışma prensibinden dolayı meydana gelen ışın kaynaklı yanıklardır.
RADYOAKTİF TEHLİKELER	Tedavi ve tanıda kullanılan ve radyasyon yayan cihazlar insan sağlığı için ciddi tehlikeler oluşturur.

Tıbbi cihazların yaptıkları ölçümler sonucunda hastaların teşhis ve tedavileri yapılmaktadır. Ancak doğru tanı ve tedavinin yapılabilmesi için, ölçüm yapan tıbbi cihazın da güvenilir olması gerekir. Tıbbi cihazlarla yapılan ölçümlerden doğru ve güvenilir sonuçlar alınması ise bu cihazların uluslararası standartlarda yapılan kalibrasyonları sonucunda elde edilebilir. Yapılmamasının sonuçları yanlış tanı veya tedavi olabileceği gibi sonucu ölüme, bedensel hasarlara ve hastanın izdirap çekmesine yol açabilecek geri dönüşü olmayan durumlar da olabilir.

Öneriler:

- Hastanelerde kullanılan cihazların envanter listesinin çıkarılması,
- Bu listenin incelenerek test ve kalibrasyon gerekenlerinin belirlenmesi,
- Belirlenen cihazların test ve kalibre sürelerini yetkin kişilerin belirlemesi,
- Cihazları kullanacak personelin eğitim ve sorumluluklarının belirlenmesi,
- Sistemin takibi için bir program yapılması,
- Cihazın kullanıcı tarafından performans takibinin yapılıyor olması,

hasta güvenliğinin sağlanması açısından önem taşımaktadır.

4. SONUÇ

Sağlık alanında kullanılan ileri teknoloji ile üretilmiş sistemler ve cihazlar, üretimi, kullanımı ve içerdiği tehlikeler açısından farklılıklar göstermektedir. Ayar ve kalibrasyon, hastanelerde kullanılan ileri teknoloji ile üretilmiş cihazların kontrol ve bakım süreçlerinde önemli bir yer tutar. Tıbbi cihazların düzenli ve ulusal ve uluslararası standartlara uygun kontrolleri ile doğru ölçümler yapması sağlanır, cihazda ortaya çıkacak sorunlar önlenir ve cihazların ömrü uzatılmış olur. Hastanelerde

kullanılan cihazlar teşhis ve tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Bu cihazların işlevlerini yapıyor olmaları güvenilir sonuçlar verdiklerini göstermez. Bu yüzden mutlaka düzenli olarak ayar ve kalibrasyon kontrolleri yapılmalı ve bu kontroller belgelendirilmelidir. Bu konuda yapılacak küçük bir ihmal yanlış teşhise ve tedaviye kadar giden sonuçlara neden olabilir, hastaya zarar verebilir.

Hastanelerde kullanılan cihazların tespit edilmesi, bu cihazların kalibrasyona tabii olanlarının belirlenmesi, cihazı kullanacak ve bakımını yapacak yetkin kişilerin seçimi, kalibrasyonlarının akredite kurumlara yaptırılması, ve kalibrasyon hizmetinin yeterli koşullarda yapıldığının değerlendirilmesi hastane yönetimlerince sağlanmalıdır. Hekimler ise cihazı kullanmadan önce mutlaka "Kalibrasyon Raporu"nu okumalı ve cihazdan alacağı değer doğruluğundan emin olmalıdır. Kalibrasyonu bozuk olan cihazın vereceği sonucun hekimi yanlış yönlendireceği ve yanlış tedavi sonucunda geri dönüşü mümkün olmayan hatalar ortaya çıkacağı unutulmamalıdır.

Hastanelerde kullanılan tıbbi cihazların, belirlenen uluslararası standartlara uygun olarak çalışmasının sağlanması, hasta güvenliğini ve hasta memnuniyetini sağlayacak, tanı ve tedavi hizmetlerinin kalitesini arttıracaktır. Artan rekabet ortamında, sağlık kuruluşlarının verdiği kaliteli hizmet ise kurumların sektörde saygın bir konum kazanmalarını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Bulun, Mustafa (2007). www.medimagazin.com.tr/mm-dr-bulun-hasta-guvenligi-kulturu-olusturmamiz-gerekli-h-42828.html, (16.12.2008)

EAL-G12, (1995), "Ölçme ve Test Cihazlarının Ulusal Standartlara İzlenebilirliği", <http://archive.kayabek.net/standartlar/EAL.G12.izlenebilirlik.pdf>, (29.01.2009)

Institute of Medicine (2000), **To Err is Human, Building a Safer Health System**, National Academy Press, Washington DC.

Megep (2007). T.C. "Milli Eğitim Bakanlığı Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi", **Biyomedikal Cihaz Teknolojileri Alanı**, Ankara.

Megep (2008). "Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi- Biyomedikal Cihaz Teknolojileri" **Biyomedikal Cihazlarda Kalibrasyon**, Ankara.

National Patient Safety Foundation, July 2003, www.npsf.org. (29.01.2009)

Odacıoğlu Yaşar, (2008), "Hastanelerde Kalibrasyon", <http://calibrationlaboratories.blogspot.com/2008/01/hastanelerde-kalibrasyon.html>, (25.01.2009)

TS EN ISO/IEC 17025, **Deney ve Kalibrasyon Laboratuvarlarının Yeterliliği için Genel Şartlar**, Mayıs 2000

Tunçalp, Koray, Kapşanoğlu Erkan ve Mehmet Sucu, (2001), "Metroloji Mühendisliğinin Kurulmasına Yönelik Üniversite-Ume İşbirliği ve Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim

Fakültesi'nde Ölçme Programları", **TMMOB Makine Mühendisleri Odası IV. Ulusal Ölçümbilim Kongresi Bildirileri**, 25-26 Ekim, Eskişehir.

Tunçalp, Koray, Taşkın, Sezai ve Sucu, Mehmet, (2003), "Türkiye'deki Kalibrasyon Laboratuvarlarında Çalışan Personelin Teknik Yeterlilik ve Standartlara Göre İncelenmesi", **TMMOB Makine Mühendisleri Odası V.Ulusal Ölçümbilim Kongresi Bildirileri**, 9-10 Ekim, Eskişehir.

Türkel, Ayhan, (2008), "Sağlık Sektöründe Kalibrasyonun Yeri ve Önemi", **TMMOB Makina Mühendisleri Odası VII. Ulusal Ölçümbilim Kongresi Bildirileri**, 30 Ekim-1 Kasım, İzmir

UME, Ulusal Metroloji Enstitüsü Sözlüğü.

VİM-Uluslararası Temel ve Genel Metroloji Terimleri Sözlüğü 6.13.

BİR İŞLETME OLARAK HASTANELERDE RİSK YÖNETİMİ VE HASTA GÜVENLİĞİ

Sibel Güleç⁴⁹, Habil Gökmen⁵⁰

Özet

Sağlık uygulamalarında, hasta güvenliği ile birlikte önem kazanan konulardan birisi de risk yönetimi kavramıdır. "Institute of Medicine" raporunda, sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Ayrıca, hastaneleri birer işletme olarak düşündüğümüzde, olası risklerin yalnızca tıbbi risklerle sınırlı kalmadığı, bunların dışında finansal, hukuksal, ve kurumsal itibar ile ilgili risklerin de bulunduğu görülmektedir. İşte bu yüzden hastanelerde, hastalara, ziyaretçilere ve çalışanlara zarar verebilecek, çevrenin güvenlik ve emniyetini tehlikeye atabilecek, hukuksal ve finansal açıdan işletmeye zarar verebilecek olası durumlardaki riskleri tanımlayıp önlem alacak risk yönetimi birimlerinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Hastanelerde risk yönetimi, hastaların ve personelin her anlamda güvenliğini sağlamanın yanı sıra, bir hastanenin mal varlıklarını, iyi bir şekilde anılan adını ve kazancını tehdit edebilecek her türlü olası riski belirleme, analiz etme ve önlem almaktır. Bu yüzden, hastanelerde risk yönetimi üst yönetimden başlayarak tüm çalışanların içerisinde olması gereken bir konudur.

Bu çalışmada, hastanelerde risk yönetimi ve hasta güvenliği kavramlarının önemi işletmecilik bakış açısıyla ele alınmış ve hastane yöneticileri için çeşitli öneriler geliştirilmiştir. Ayrıca, ülkemizdeki hastanelerin risk yönetimi birimlerine ya da ekiplerine ne derece sahip olduklarını tespit etmek amacıyla bir araştırma yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İşletme, Risk, Risk Yönetimi, Hasta Güvenliği

Abstract

One of the important subjects which became a current issue in healthcare, as patient safety gained importance, is risk management. Medical errors are a big problem for the whole world. According to the "Institute of Medicine" report, because of medical errors 44,000-98,000 people die each year in USA. Because the price of medical errors is high and there is no return, risk management in hospitals becomes an important subject. Institutions can lower the risk of making errors by focusing on the systems in which the individuals work. Hospitals, also being

49 Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, sibel.gulec@deu.edu.tr

50 Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi, habil.gokmen@deu.edu.tr

institutions, must follow a proactive approach. They must determine the activities with high risk, record the errors and set out preventive measures.

The possible risks in hospitals are not only the medical risks. In addition, there are financial, legal and institutional esteem risks. These risks in hospitals can only be managed by risk management programs. For this reason, there is the need of risk management departments in hospitals which will determine the risks that may harm the patients, the visitors and the employees, define the risks that may damage the environment, and take preventive measures for legal risks that may cause financial loss.

In this research, the importance of risk management and the necessity of risk management departments in hospitals are emphasized. Turkish hospitals and how they manage the risks are also examined.

Key Words: Institution, Risk, Risk Management, Patient Safety

1. GİRİŞ

İşletmelerin temel hedeflerinden birisi ilgili tüm gruplarına değer sunmaktır (Tekin ve Çiçek, 2007: 67). Her işletme bir organizasyondur. Organizasyonlar iyi yönetildikleri takdirde hedeflerine daha rahat ulaşabilirler. Yönetim kavramı içerisinde planlama, örgütlenme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonları girer (Erdem, 1997: 96). Bu fonksiyonlar doğru yönetildiğinde kâr amaçlı işletmeler kâr hedeflerine, kâr amaçlı olmayan işletmeler ise belirledikleri diğer hedeflerine ulaşabilirler. İşletmelerin söz konusu hedeflere ulaşmaları pek kolay değildir, çünkü önlerinde aşmaları gereken birçok engel bulunmaktadır. Bu engeller işletmeleri hedeflerinden uzaklaştırabilir veya bu hedeflere varmalarını yavaşlatabilir. İşletmelerin karşılaştıkları engellerle başa çıkması bambaşka bir yönetim tarzını gerektirmektedir ki, bu risk yönetiminin kapsamı içindedir.

Yukarıda bahsedilen tüm özellikler bir işletme olan hastaneler için de geçerlidir. Hastaneler sağlık hizmeti sunan organizasyonlardır (Asunakutlu, 2009) ve tıbbi riskler ve yanlış tedavi gibi sonucu ölüme, ciddi durumlara, komplikasyonlara ve hastanın ızdırap çekmesine yol açabilecek risklerin yanı sıra çalışanları ve çevreyi etkileyebilecek riskler, finansal, hukuksal ve kurumsal itibar gibi bir işletmeyi hedeflerinden uzaklaştırabilecek risklerle de karşı karşıyadırlar. Bu nedenle, hastanelerde risklerin yönetilmesi üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Hastaneler ve sağlık kuruluşları hasta güvenliğini sağlamak için çeşitli yöntemler kullanıyor olsa da, sağlık işletmelerinde oluşabilecek tıbbi ve tıbbi olmayan, olası riskleri önceden belirleyecek, bu risklerin oluşmaması için önlem alacak ve oluşması durumunda ise zarar gören tarafın bu durumdan en az şekilde etkilenmesi için proaktif bir yaklaşım gösterecek farklı meslek gruplarından oluşmuş risk yönetimi ekibine ihtiyaç vardır (www.umitsahin.com, 2009).

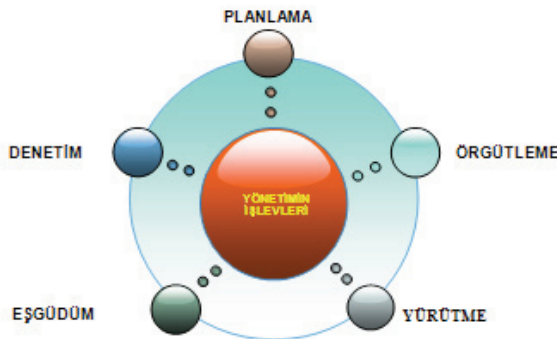
1.1. İşletme ve Yönetim Kavramları

Belirli bir amaçla mal veya hizmet üreten ya da üretilen mal veya hizmeti tüketiciye sunan iktisadi birimlere işletme adı verilir. İşletmeler çoğunlukla finansal kâr veya sosyal kâr amacıyla kurulurlar. İşletmenin üretimi veya satışı sonucunda elde ettiği gelirler, giderlerinden fazla olursa finansal kâr elde eder. Birçok ticari işletmenin hedefi finansal kâr elde etmektir (Güner, 2006: 2). Bazı işletmeler ise sadece sosyal fayda yaratmaları amacıyla kurulurlar (Top ve Öner, 2008: 97-110). Bu tür işletmeler, zorunlu olmamakla beraber, genellikle kamu işletmeleri olup, gelir gider dengesinden çok ürettikleri kamusal yararlar değerlendirilirler. Bununla beraber, sosyal kâr amaçlı işletmelerin bile etkin bir şekilde yönetilmesi esastır (Arslan, 2004: 155-172). Aksi takdirde, özellikle de makro bazda, üretilen malın veya hizmetin maliyeti artacak ve sosyal kârlılık azalacaktır.

İşletmeler çeşitli kaynakların bir araya geldiği ve birlikte uyum içinde çalıştığı karmaşık sistemlerdir. Söz konusu kaynakları beşeri, fiziki ve mali olmak üzere başlıca üç gruba ayırmak mümkündür. Sistemin etkin bir şekilde işleyebilmesi için bu kaynakların organize edilerek koordinasyonun sağlanması, sevk ve idaresinin yapılması gerekmektedir. Kaynakların sistem içinde hem kendi üzerlerine düşen görevi yapması hem de sistemdeki diğer unsurlarla uyum içinde çalışması esas teşkil eder. İşletme sistemi içindeki kaynaklardan birinde veya daha fazlasındaki kusur, sadece kendisini değil tüm sistemin çalışmasını olumsuz etkiler. İşletmenin başarısı, planladığı hedefe ulaşması ve bunu en az kaynak harcıyarak yapmasıyla ölçülür (Somar, 2004: 3).

İşletmelerin başarılı olabilmesi için stratejik bir yönetim son derece önemlidir. İşletmelerdeki başarısızlık nedenlerine bakıldığında birinci sırayı her zaman yönetim hatalarının aldığı görülmektedir. Yönetimin işlevleri olan planlama, örgütlenme, yürütme, koordinasyon (eşgüdüm) ve denetim faaliyetlerindeki herhangi birisindeki aksaklık sistemin işleyişini olumsuz olarak etkileyecektir. Örneğin, planlama doğru yapılmazsa diğer işlevlerin bundan etkilenmemesi düşünülemez (Güçlü, 2003: 81).

Şekil 1. Yönetimin işlevleri



İşletme, alt sistemleri de bulunan bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla, her alt sistemin de yönetilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Örneğin, bir işletmede insan kaynakları birimi, mali ve idari işler birimi, risk yönetimi gibi alt sistemler vardır. Yukarıda bahsedilen yönetimin işlevleri bu alt birimler için de aynı şekilde geçerlidir. Son yıllarda, risk yönetimi biriminin öneminin giderek arttığı gözlemlenmektedir (www.tusiad.org/tusiadcom, 2009).

1.2. Bir İşletme Olarak Hastane

Hastaneler, bir sağlık sisteminin en önemli parçası olup sağlık hizmeti üreten işletmelerdir. Bir hastanenin öncelikli hedefi finansal kâr elde etmek olsa bile, sağlık hizmetinin önemi nedeniyle, sosyal yararı da mutlaka göz önüne almak zorundadır. Diğer bir deyişle, hastanelerin sadece finansal kâr amaçlı çalışması aslında düşünülemez. Tüm işletmelerde yer alan sosyal sorumluluk kavramının önemi, hastanelerin sunduğu hizmetin özelliği nedeniyle, çok daha fazladır.

Açık bir sistem özelliği gösteren hastaneler içinde bulunduğu sosyo-ekonomik çevrede içten ve dıştan gelen değişim talepleri ile karşı karşıyadırlar (www.saglik.yonetimi.org, 2009). Hastaneler oldukça karmaşık ve dinamik yapıya sahip kurumlardır. Karmaşıktır çünkü sağlık hizmetleri son derece uzmanlaşmayı gerektirmektedir. Örneğin, cerrahi, üroloji, kadın doğum, cildiye, kalp-damar vb. gibi (Özgener ve Küçük, 2007: 342). Dinamiktir, çünkü tıp bilimi hızla ilerlemektedir. Hastanelerin tıp bilimindeki gelişmeleri izlememesi ve kendilerini yeniliklere adapte etmemeleri gerilemeleri anlamına gelecektir. Dolayısıyla, hastaneler statik değil aksine sürekli ilerleyen bir yapıya sahip olmak zorunda olan işletmelerdir (Ayhan ve Canöz, 2006: 73,74).

Hastaneleri diğer işletmelerden ayıran iki özellik daha bulunmaktadır. Bunlar zaman ve risktir. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği, hastanelerde zamanın önemi çok fazladır. Buna iki yönden bakılabilir. Birincisi hızlı hareket etmek, ikincisi ise beklemektir. Hastanın kurtulabilmesi için kimi zaman son derece hızlı hareket edilmesi gerekmekte ve saniyelerin bile büyük önemi olmaktadır. Bazı durumlarda ise, hastanın iyileştirilmesi uzun soluklu bir tedaviyi gerektirmekte ve sabırla beklemeyi içermektedir. Diğer işletmelerde ise, üretime dair belli bir hız ve standart süreler mevcut olup, zaman hastanelerdeki kadar değerli değildir. Hastaneleri ayıran ikinci özellik ise risklerdir. Bir hastane normal işletmelerin karşı karşıya olduğu her türlü riskin yanı sıra tıbbi risklerle de uğraşmak durumundadır. Dolayısıyla, hastanelerin riskleri sıradan işletmelerden daha fazladır (www.aof.anadolu.edu.tr, 2009).

Özetle denilebilir ki, diğer işletmeler için yukarıda bahsi geçen bütün özellikler ve daha fazlası hastaneler için de geçerlidir. Yukarıda izah edilen nedenlerle, hastanelerin yönetilmesi çok daha zorlu bir süreçtir. Hastane yöneticilerinin hem doğru hem hızlı hem de zor kararlar almaları gerekmektedir. Ayrıca, hem tıbbi bilgiye hem de yöneticilik becerilerine hakim olmaları gereklidir. Bütün bunların kendiliğinden gerçekleşmesi beklenemeyeceği için, bu alanlardaki eğitimin ve tecrübenin önemi ortaya çıkmaktadır (www.umitsahin.com, 2009).

2. RİSK YÖNETİMİ

2.1. Risk ve Risk Yönetimi Kavramları

Riskin herkes tarafından kabul edilen standart bir tanımı yoktur. Bir tanıma göre herhangi bir zarar veya kayıp olasılığına risk adı verilir. Bir başka tanıma göre ise risk beklenen sonuçlardaki varyasyondur (Williams vd, 1998: 4). Risk tanımlarının çoğunda ortak olan ifadeler, kayıp, belirsizlik, tehlike veya tehdit kavramlarıdır. Her işletme risklerle karşı karşıyadır. Bunlardan bazıları gerçekleşerek zarara yol açarken, bir kısmı da gerçekleşmez. Riskler işletmelerin ciddiyetle ele almaları gereken konulardandır, çünkü iyi yönetilmedikleri takdirde iflasa kadar götüren sonuçlara yol açarlar.

Risk yönetimi, risklerin tanımlanmasıyla başlayan ve analizi ile devam ederek, gerekli tedbirlerin alınması ve hazırlıkların yapılması sürecidir. Risk yönetimi temelde bir yönetim işidir. Dolayısıyla, yönetimin tüm fonksiyonları burada da geçerlidir. Diğer bir ifadeyle, risk yönetimi içinde planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonları bulunur. Risklerin bir maliyeti olduğu gibi, bunları yönetmenin de elbette bir maliyeti vardır. Önemli olan, riskleri azaltmanın veya kontrol etmenin maliyetinin, söz konusu risklerin yol açabileceği zararın altında kalmasıdır. Aksi takdirde, risk yönetiminin faydası maliyetini aşar ki, istenen bir durum değildir.

Risk yönetiminin standart adımları bulunmaktadır. Söz konusu adımlar şöyledir (Rejda, 2005: 44-55):

1. Risklerin belirlenmesi ve tanımlanması: Olası tüm riskler ortaya çıkartılır ve bunlar ait oldukları risk grupları itibariyle listelenir.

Aşağıdaki sorular riskleri belirlerken sorulur:

- Bu işletmede neler yanlış gidebilir? / Hangi hatalar olabilir?
- Hatalar nasıl oluşabilir?
- Sonuçları ne olabilir?

2. Risklerin analizi veya değerlendirilmesi: Risk tanımlamaları gerçekleştirildikten sonra, riskler risk değerlendirme matrisi kullanılarak analiz edilir. Risk analizi riskin şiddetini tayin etmektir. Bir alandaki riskler belirlendikten sonra her bir riske tehlike değeri verilmelidir. Bunun için:

- riske maruz kalma olasılığı,
- riske maruz kalma sıklığı,
- maksimum olası kayıp,

- risk altındaki kişi sayısı belirlenmelidir.

Bu işlemin sonucunda riskler arasında en önemliden önemi az olanlara doğru bir sıralama yapılır. Gerçekleşme olasılığı ve vereceği zarar yüksek olan bir risk daha üst sıralarda yer alır.

3. Riskleri ele alacak tekniklerin veya yöntemlerin seçilmesi: Risk kontrolü ve risk finansmanı çalışmalarını yapılmalıdır.

- Risk kontrolü: risklerin önlenmesi ve etkisinin azaltılması esasına dayanır. Örneğin, enfeksiyon riskine karşı gerekli tedbirlerin alınması gibi
- Risk finansmanı: önlenemeyen risklerin verdiği zararların finansal yönünün tazmin edilmesi esasına dayanır. Örneğin, hekim hatalarına karşı açılan tazminat davaları için hekim sorumluluk sigortası gibi.

Bu aşamada belirlenen risklerin ortadan kaldırılması veya etkilerinin azaltılması için kullanılabilir çeşitli yöntemler vardır. Bunlar:

- Hata Türü ve Etki Analizi (FMEA)
- Sıfır –Hata- Programı (ZFP)
- Pareto Analizi
- Balık Kılıçı
- Altı-Sigma (Six-Sigma)
- İstatistik Kalite Kontrol (SPC)
- Kalite Çemberleri
- Kalite Fonksiyon Göçerimi (QFD)

Yukarıdaki çalışmalar yapıldıktan sonra, belirlenen ve analizi yapılan risklerin nasıl yönetileceği karara bağlanır.

4. Uygulama: seçilen risk yönetimi tekniklerinin uygulanması

5. Kontrol ve denetimlerin yapılması: alınan tedbirlerin gerçekten uygulanıp uygulanmadıklarının ya da doğru bir şekilde yapıldıklarının kontrolü ve denetimi

6. Geribesleme ve iyileştirme: hiçbir risk yönetimi programını mükemmel değildir. Bunun yanı sıra dinamik bir süreç olduğu için bazı riskler ortadan kalkarken, programda yer almayan yeni riskler ortaya çıkabilir. Bu nedenle, risk yönetimi sürecini sürekli izlenerek, geri besleme yoluyla gerekli düzeltme veya iyileştirmeler yapılmalıdır.

2.2. Hastanelerde Risk Yönetimi

Hastanelerde risk yönetimi klinik ve klinik olmayan risk yönetimi olarak ikiye ayrılabilir (www.shb.scot.nhs.uk, 2009). Klinik risk yönetimi tıbbi riskleri ele alırken, klinik olmayan risk yönetimi hastanenin bir işletme olarak karşı karşıya olduğu risklerle ilgilenmektedir. Hastanelerde risk altında bulunan unsurları aşağıdaki gibi gruplandırmak mümkündür:

Tablo 1. Hastanelerde risk kategorileri

HASTANELERDE RİSK ALTINDA BULUNAN UNSURLAR	
İnsanlar	Hastalar, sağlık personeli veya çalışanlar, ziyaretçiler ve kamu
Fiziki ve mali varlıklar	Mülkiyet, sermaye ve her türlü mali varlıklar
Hukuki konular	Yapılan hatalar sonucu açılan hukuki davalar
Kurum ile ilgili konular	Kurumsal itibar

Hastanelerdeki risk faktörlerinin sıradan işletmelerden daha fazla olduğu daha önce ifade edilmişti. Bunun nedeni, hastanelerin sunduğu hizmetin özelliği dolayısıyla tıbbi risklerin de olaya dahil olmasıdır. Söz konusu risk faktörleri Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2. Hastanelerdeki risk faktörleri

HASTANELERDEKİ RİSK FAKTÖRLERİ	
Mikroorganizmalar	Enfeksiyon
İnsanlar	Saldırı, hırsızlık, sahtekârlık, yangın çıkarma
Sistem/Teknoloji	Altyapı ve kullanılan teknoloji
Makroekonomik/Siyasal	Döviz kuru, fiyatlar, faiz oranı, mevzuat, siyasi belirsizlik, siyasi kararlar
Doğal afetler	Deprem, sel, kuraklık, kasırga

Hastanelerdeki risklerin yönetilmesi için önceki bölümde sıralanan risk yönetimi adımlarını takip etmek gerekir. Söz konusu adımları yukarıda bahsi geçen risk unsurları ve risk faktörleriyle birleştirerek bir risk yönetimi programı oluşturmak gerekmektedir. Bir hastanede risk yönetiminin temel hedefi oluşabilecek her türlü zararı asgariye indirmek için gerekli tüm önlemleri almak ve oluşabilecek zararların etkisini de olabildiğince azaltmaktır.

Bu anlamda, hastanelerdeki risk yönetimi birimleri/ekipleri:

- bir departmandaki çeşitli klinik ve klinik olmayan aktiviteleri ve her biri ile ilişkili riskleri belirlemeli,
- varolan bu risklere olası şiddet ve sıklık tayin etmeli,

- bu riskleri yok etmek için çözümler oluşturmalı,
- yok edilemeyen risklerin olumsuz sonuçlarını azaltmak için planlamalar yapılmalıdır.

3. HASTA GÜVENLİĞİ

Hasta güvenliği, sağlıkta kaliteli bakımın en önemli basamağıdır. Sağlık kuruluşları ve çalışanları, verdikleri sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere zarar vermemek için birtakım önlemler alırlar. Institute of Medicine (IOM) 2000 ve 2001 yılında hazırladığı iki raporda sağlık bakımı sırasında yapılan hatalara dikkat çekmiş, bu hataların bedellerini incelemiş sağlık bakımında iyileştirmeler yapılmasını önermiştir. "To Err is Human" (2000) raporuna göre, her yıl ABD'de tıbbi hatalara bağlı olarak 44.000-98.000 kişi hayatını kaybetmektedir. Aynı çalışma, hataya bağlı bu ölümlerin % 58 inin önlenemez olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu raporda, 1983-1993 yıllarını kapsayan bir çalışmanın sonuçlarına istinaden hasta güvenliğinin çalışan güvenliği kadar önemli olduğu, çünkü ABD de her yıl işyeri kazalarından yılda 6000 kişi hayatını kaybederken, bir yılda hastane içi veya dışında sadece tıbbi hatalardan hayatını kaybedenlerin sayısının 7000'den fazla olduğu ifade edilmiştir (<http://books.nap.edu>, 2009).

Institute of Medicine (2000) raporunda hata, istenmeyen olay ve önlenemez istenmeyen olay tanımları yapılmıştır. "Hata", önceden planlanan bir eylemin, tamamen istenen sonucu vermemesi (işlemden hata) veya hedefe ulaşmak için yapılan planın yanlış olması (planlama hatası) şeklinde tanımlanabilir. Hata, teşhis aşamasından başlayarak tedavi ve önleyici bakım sürecinin her aşamasında oluşabilir. Her hata zarar vermez. "İstenmeyen olay" hastanın içinde bulunduğu durumdan değil de yapılan tıbbi bir girişimden dolayı oluşan yaralanma olarak tanımlanmıştır. Hataya bağlı istenmeyen olay "önlenemez istenmeyen olaydır" (IOM, 2000: 28). "Near miss" ise, istenmeyen bir olay oluşturabilecek ciddi bir olayın, şans eseri hastaya zarar vermemesidir (WHO, 2005: 20).

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar son derece kompleks yapıları olan ve çok değişik profesyoneller ile, pek çok farklı ve karmaşık süreçlerle hizmet sunan organizasyonlardır. İlgilendiği alan doğrudan insan hayatı olan bu karmaşık kuruluşlar, bazen insan kaynağı ve altyapı açısından çok da şanslı olamamaktadır. Dolayısıyla bu kadar kritik fonksiyonu olan bu kurumlarda hizmet veren sağlık personelinin gerek eğitim eksikliği, gerekse beceri yetersizliği ya da altyapı ve süreçlerdeki bazı yetersizlikler nedeni ile sıklıkla tıbbi hataların görülme olasılığı bulunmaktadır. Bu hatalar morbidite ve mortalite artışlarına neden oldukları gibi aynı zamanda finansal açıdan da maliyet artışlarına yol açabilmektedirler (Çakır, 2008: 118).

"Institute of Medicine" (IOM) nin 2000 yılı raporuna göre tıbbi hataların büyük bir kısmı kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır (<http://books.nap.edu>, 2009).

Tablo 3’de sağlık kurumlarında oluşan hataların ve istenmeyen olayların nedenleri açıklanmaktadır.

Tablo 3. Tıbbi hataların oluşma nedenleri

TIBBİ HATALAR VE İSTENMEYEN OLAYLARIN OLUŞMA NEDENLERİ	
İnsan kaynaklı hatalar	Kişilerin sebep olduğu bireysel hatalardır.
Sistem hataları	Sistemde olan bir eksikliğin veya yanlışın sonucunda oluşan hatalardır. Sistemde var olan bir hata kişilerin hatasıyla sonuçlanır. Örnek: hekim ve hemşirelerin yoğun çalışma saatleri veya kişi başına düşen hasta sayısının fazla olması (iş yükü fazlalığı) hastaya yanlış ilaç verilmesine yol açabilir.
Altyapı veya malzeme eksiklerine bağlı hatalar	Hastane altyapısının iyi olmaması sonucu elektrik veya güç kaynaklarının kesilmesi ya da iletişimde kopma istenmeyen olaylara sebebiyet verebilir.
Hastane içinde veya dışında oluşan ihtiyaçlar sonucu oluşan hatalar	Hastanenin bir bölümündeki çalışan eksikliğini diğer bir bölümden eleman alarak kapatma gibi planlama hataları sonucu istenmeyen olaylar oluşabilir.

Kaynak: (Mc Fadden ve Stock, 2006:328)

“Hasta güvenliği”, Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı National Patient Safety Foundation’un tanımına göre, sağlık hizmetine bağlı istenmeyen sonuçların veya sağlık bakım sürecinde oluşan hataların önlenmesi ve azaltılmasıdır (NPSF, www.npsf.org, 2009).

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven, 2007: 411).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), “World Alliance for Patient Safety” (2005) raporunda, hasta güvenliği konusunda hatalardan ders alınabilmesi için sağlık kuruluşlarında raporlamanın öneminden bahsetmiş ve düzenli raporlamanın yapılabilmesi için yerel, bölgesel ve ulusal sistemlerin kurulmasının gerekli olduğunu belirtmiştir. Tutulan bu kayıtların gruplanıp risk analizlerinin yapılması ile yapılan hatalardan ders çıkarılabileceğini ve hasta güvenliğinin sağlanabileceğini ifade etmiştir (WHO, 2005: 27).

Hastanelerde hasta güvenliği, tüm çalışanların sorumluluğundadır ancak güvenli sağlık hizmetinin tasarlanmasında üst yönetim bazı sorumluluklarını yerine getirmelidir. Bunlar (Çakır, 2008: 140-142):

- Hasta güvenliğinin ortak hedef olması

- Hasta güvenliğinin herkesin sorumluluğu olması
- Hasta güvenliği ile ilgili atamaların yapılması ve bu konudaki beklentilerin oluşturulması
- Hataların analizi ve sistemlerin yeniden tasarlanması için insan kaynağı ve finansal kaynakların sağlanması
- Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik planlar yapılması
- Hafızaya güvenin önlenmesi
- Kısıtların ve güç fonksiyonlarının kullanımı

Tıbbi risklerin ortadan kaldırılmasında ve hasta güvenliğinin sağlanmasında risk yönetimi önemli bir yer tutmaktadır. Hasta güvenliği konusunda yapılacak çalışmalar hastanelerde hasta güvenliği kültürü yaratılarak başlamalı ve risk yönetiminin, temel adımları kullanılarak devam etmelidir.

4. ARAŞTIRMA

Bu araştırmanın amacı, ülkemizde yer alan hastanelerin, bünyelerinde risk yönetimi birimi konusundaki çalışmalarını tespit etmektir. Veri toplama yöntemi olarak dört soruluk kısa bir anket çalışması yapılmış, ayrıca internet siteleri (website) incelenmiştir. Ankette sorduğumuz sorular aşağıda görülmektedir:

- Hastanenizde risk yönetimi birimi var mıdır?
- Hastanenizde risk yönetimi ekibi/komitesi var mıdır?
- Risk yönetimi ekibi / komitesi var ise bu ekip kaç kişiden oluşmaktadır ve bu ekipte çalışanların meslekleri (tıp, hukuk, işletme, hemşire ...) nelerdir?
- Hastanenizin risk yönetimi programı var mıdır?

Anketler, 01 Aralık 2008 ile 12 Ocak 2009 tarihleri arasında 16 özel hastaneye gönderilmiş, 5 adedinden olumlu yanıt alınmıştır. Ayrıca, 67 adet özel, devlet, üniversite ve askeri hastane web sitesi incelenmiş, web sitelerinde bu konu ile ilgili herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır.

Kamu hastanelerinde ise risk yönetimi konusundaki çalışmaların enfeksiyon kontrol yönetmeliği ve sivil savunma hizmetleri yönetmeliği kapsamında yapıldığı görülmüştür.

Araştırmamız oldukça sınırlı bir kapsamda yapıldığı ve geri dönüş oranı çok düşük olduğu için, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varmak mümkün olmamakla beraber, bu konuda bir fikir vermektedir. Sonuçlara göre, ülkemizde özel hastanelerinde

risk yönetimi birimi veya ekipleri konusunda çok az düzeyde bir çalışma vardır. Hastanelerimiz ne yazık ki, bu alanda batılı hastanelerin gerisinde kalmaktadır. Bu nedenle, risk yönetimi konusunda daha fazla bilinçlendirme yapılmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde her zaman önemli bir yer tutmuştur. Son yıllarda risk yönetiminin temel esasları hem hasta güvenliğinin sağlanmasında, hem de bir işletme olarak hastanelerin yönetimlerinde kullanılmaya başlanmıştır. Risk yönetimi, bir hastanenin mal varlıklarını, iyi bir şekilde anılan adını ve kazancını tehdit edebilecek her türlü olası riski belirleme, analiz etme ve önlem almaktır. Risk yönetimi, sadece sistemdeki hataları önleyerek hasta güvenliğini sağlayan bir program değil, aynı zamanda yapılan hatalardan ders alarak sağlık hizmeti verenleri ve kurumları da koruyan proaktif bir yaklaşımdır. Hastanelerde güvenlik ve kalitenin sağlanmasının bir basamağıdır. Yapılan yanlışlardan ders alınması risk yönetimi için önkoşuldur. Bir diğer önkoşul da, hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının gerekliliğidir. Bununla birlikte, hastanelerde risk yönetimi, üst yönetimden başlayarak tüm çalışanların gündeminde olması gereken bir konudur. Etkin bir risk yönetimi için liderlik ve çalışanların eğitimi çok önemlidir. Risk yönetimi teknikleri kullanılarak hem hasta güvenliği, hem de kaynakların etkin kullanımı sağlanabilir. Böylece güvenli ve kaliteli hizmet sunumunun yanı sıra aynı zamanda bir işletme olan hastanede oluşabilecek her türlü zararı asgariye indirmek için gerekli tüm önlemler alınmış ve oluşabilecek zararların etkisi de olabildiğince azaltılmış olur.

Bu noktada, aşağıda sıralanan hususların dikkate alınmasında yarar bulunmaktadır:

- Öncelikle, hastanede henüz mevcut değilse, bir risk yönetimi birimi kurulmalıdır. Bu birim organizasyon şeması içinde uygun bir konuma yerleştirilmeli, görevleri, yetkileri ve sorumlulukları net bir şekilde belirlenmelidir. Risk yönetimi biriminin yöneticisi olarak, yöneticilik eğitimi ve tecrübesine sahip bir hekim atanabilir. Bununla beraber, risk yönetiminin bir ekip işi olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, değişik disiplinlere mensup meslek sahiplerinin risk yönetimi ekibi içinde yer almasında büyük bir yarar bulunmaktadır. Örneğin, hukukçu, işletmeci, finansçı, sigortacı, mühendis, halkla ilişkiler uzmanı ve sağlık personelinin yer aldığı bir ekip kurulması iyi olacaktır.
- Hastaneler bir kurum olarak öğrenmeyi öğrenmelidir. Dolayısıyla, hastaneler geçmiş hatalarından ders almasını bilmelidir. Bunun için, hastaneler nerelerde hata yaptığını görebilmek için kayıt tutma sistemini benimsemelidir. Hata, yanlışlık veya eksiklik kayıtları cezalandırma amacıyla değil bilgilendirme amacıyla tutulmalıdır. Ayrıca, sadece gerçekleşen hatalar değil, hataya yakınlaşmalar da (near miss) mutlaka kayıt altına alınmalıdır.

Risk yönetiminde en büyük zaaflardan birisinin yeterli verinin bulunmaması olduğu unutulmamalıdır.

- Basınla ilişkiler geliştirilmelidir. Basında çıkan haberlerin özellikle kurumsal itibar üzerinde etkili olduğu unutulmamalıdır.
- Mümkünse diğer sağlık kuruluşlarıyla risk yönetimi konusunda işbirliği yapılmalı ve diğer hastanelerin bu konulardaki tecrübelerinden yararlanmalıdır. Bu işbirliği kapsamında bilgi alışverişi yapılabileceği gibi, ortak programlar yürütülebilir, alan ziyaretleri gerçekleştirilebilir.
- Risk yönetimi programı üst yönetim tarafından desteklenmelidir. Aksi takdirde, bu birimin ve programın başarıya ulaşması mümkün değildir.
- Hastanenin tüm birimlerinde hasta güvenliği kültürü yaratılmalı ve personel belirli aralıklarla riskler ve risk yönetimi konusunda eğitilmelidir.
- Hasta ve yakınlarına çok basit ve temel düzeyde de olsa, belki de sadece görsel araçlarla, uygun bir tarzda eğitim verilmelidir.

KAYNAKLAR

Ayhan, Bünyamin ve Canöz, Kadir (2006), "Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri", **II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu Bildirileri**, 27-28 Nisan, İzmit.

Arslan, N. Talat, (2004), "Kâr Amaçsız Örgütler ve Stratejik Yönetim", **C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi** Aralık 2004 Cilt: 28 No:2, sayfa 155-172.

Çakır, Ali, (2008), "Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi", **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi.

Erdem, A.Rıza (1997), "Yönetime Klasik Bilimsel Yaklaşımlar ve Eğitim Yönetimine Etkisi", **Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, sayı 2, sayfa 91-104

Güçlü, Nezahat, (2003), "Stratejik Yönetim", **G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi**, Cilt 23, Sayı 2, sayfa 61-85.

Güner, M. Fatih, (2006), "Stratejik Performans Değerlemede Dengeli Sonuç Kartı: Bir Sanayi İşletmesinde Uygulama", **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı**, Yayınlanmış Doktora Tezi.

Güven, Rabia (2007), "Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı", **5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Bildirileri**, 4-8 Nisan, Antalya.

Institute of Medicine (2000), **To Err Is Human: Building a Safer Health System**, <http://books.nap.edu/catalog/9728.htm>, (15.01.09).

Institute of Medicine (2000), **To Err is Human, Building a Safer Health System**, National Academy Press, Washington DC.

Mc Fadden L. ve Stock G. N. (2006), "Implementation of patient safety initiatives in US hospitals", **International Journal of Operations & Production Management** Vol. 26 No. 3, pp. 326-347.

Özgener, Şevki ve Küçük, Fatma (2007), "Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama", **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 18, sayfa 341-358.

Rejda, E.George, (2005), **Principles of Risk Management and Insurance**, Ninth Edition, Addison Wesley, Boston

Somar, İbrahim, (2004), "İşletme Kaynakları Planlaması ERPI-ERPII", **Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, www.inotecbilgimerkezi.com.

Tekin, Mahmut ve Çiçek, Ercan (2005), "İşletmelerde Rekabet Üstünlüğü Sağlamada Farklı Bir Yaklaşım: Değer Temelli Pazarlama", **V. Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyumu Bildirileri**, 25-27 Kasım, İstanbul Ticaret Üniversitesi.

Top, Seyfi ve Öner, Akın, (2008), "İşletme Perspektifinden Sosyal Sorumluluk Teorisinin İncelenmesi", **ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 4, Sayı 7, sayfa 97-110.

WHO, (2005), World Alliance for Patient Safety, www.who.int/**patientsafety**/en/brochure final.pdf. (25.01.2009).

Williams, Arthur C. –Smith Michael L. –Young Peter C., (1998), Risk management and Insurance, Irwin-McGraw-Hill, Boston.

Asunakutlu, Tuncer (2009), <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>, (15.01.2009)

National Patient Safety Foundation, www.npsf.org. (29.01.2009)

<http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1213/unite15.pdf>. (21.01.2009)

<http://www.saglikyonetimi.org>. (11.11.2007)

<http://www.shb.scot.nhs.uk/documents/pphandbook/documents/RiskProcedure.pdf>. (08.1.2009)

<http://www.tusiad.org/tusiadcom> (12.01.2009)

<http://www.umitsahin.com> (15.01.2009)

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI "BOLU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ"

Dt. H. İlyas Köse⁵¹, Zeynep Baysal⁵², Necla Özmen⁵³

Özet

Günümüzde hasta güvenliği sağlık alanında kurumsal kültürün vazgeçilmez parçalarından biri haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin en önemli parçalarından biri olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkez ve Hastaneleri hasta güvenliği uygulamalarının ilk önce yerleştirilmesi gereken birimlerdir. Bu çalışmada Bolu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi örnek uygulamaları açısından değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Ağız ve Diş Sağlığı, Kurumsal Kültür

Abstract

Recently, safety of patients has become one of the indispensable units of institutional culture in health field. Public Mouth and dental care centers and hospitals which are one of the important units of health services have become one of the primary places in which patient safety practices should be provided. In the present study, Bolu Public Center of Mouth and Dental Care was evaluated in terms of its precedent practices

Key Words: Patiens Safety, Dental Health, Corporate Culture

1. GİRİŞ

1.1. Hasta Güvenliği

Günümüzde sağlık hizmetlerinde kurumsal kültürün en önemli parçalarından biride hasta güvenliğidir.

"Institute of Medicine" yayınladığı iki rapor ile sağlık hizmetlerinin çok önemli iki sorununu gözler önüne serdi; tıbbi hatalar veya hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite sorunu. Bu rapora göre Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 98,000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı da kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır. Aynı ülkede hekimler ve toplumun sağlık hizmeti aldıkları sırada tıbbi hatalarla karşılaşmış ve karşılaşmadıklarını araştıran bir çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma oranı hekimlerde %35, toplumda ise %42 olarak bulunmuştur (Akalin, 2005: 5).

51 Bolu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, dtilyaskose@hotmail.com

52 Bolu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, baysal_zeynep@hotmail.com

53 Bolu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, neclaozturkozmen@hotmail.com

“Institute of Medicine” 21.Yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır:

- Güvenli bir sağlık hizmeti (Hasta Güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma.
- Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi.
- Hasta –odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti.
- Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik)
- Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlendiği maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu.
- Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması.

Bunlara ek olarak yine “Institute of Medicine”ın son raporlarından birisinde sağlık hizmetinde kalite açısından öncelikli seçilen 20 alandan üçü hasta güvenliği ile ilgilidir. Bu alanlar medikasyon (ilaç) yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır. Görüldüğü gibi hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken konuların başında gelmektedir.(Akalın, 2004: 18)

Rapora göre;

- Hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada yan etki veya tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı %2,9 ve %3,7 bulunmuştur. Bunların %58 ve %53 ü önlenebilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır.
- Bu veriler kullanılarak 1997 yılı içinde ABD’de hastaneye yatan 33,6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hatalar nedeniyle her yıl en az 44.000, belki de 98.000 hastanın öldüğü öngörülmektedir. En az sayı bile kabul edilse tıbbi hatalardan ölen hasta sayısı sekizinci ölüm nedeni olarak, trafik kazası, meme kanseri ve AIDS hastalığından ölümlerin önünde yer almaktadır.
- Tıbbi hataların maliyetinin 37,6–50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önlenebilir hataların maliyeti ise 17–29 milyar dolar arasındadır. (Akalın, 2007: 17)

1.2. Tanımlar

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın (National Patient Safety Foundation) Hasta güvenliği ile ilgili tanımları şöyledir:

- **Hasta Güvenliği;** sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılması.(Akalin, 2007: 17) Diğer bir deyişle; hasta güvenliği "sağlık bakım hizmetlerinde kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır" (kalder.org.tr, 2006).
- **Sağlık Hizmetine Bağlı Hata** (Tıbbi Hata); hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu kasıtsız beklenilmeyen sonuçlardır. Tıbbi hatalar da kök nedenlerine göre üçe ayrılırlar.
- **İşleme Bağlı Hatalar:** Yanlış işlemi yapma (errors of commission:doing the wrong),
- **İhmale Bağlı Hatalar:** Doğru işlemi yapmama (errors of omission: not doing the right thing),
- **Uygulamaya Bağlı Hatalar:** Doğru işlemi yanlış uygulama (errors of execution:doing the right thing incorrectly) Klinik araştırmalarla ilgili hasta güvenliği kavramı Belmont (1970) raporu ile ilk kez gündeme gelmiştir. Bu raporda çok açık olarak şu ifadeler yer almaktadır; insana saygı göster, zarardan korumak için yararı maksimize et, riski en aza indir ve adaletli ol. (Akalin, 2007: 17)

1.3. Kurumsal Kültür Nedir?

Kurumsal (organizasyonel) kültür; tüm organizasyonu bir arada tutan tutkal, kompleks değerler manzumesidir. Hasta güvenliği kültürü de hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. Kurumsal kültür basitçe "bir kurumda işlerin nasıl yürütüldüğü"dür. Diğer bir deyişle "burada işler böyle yapılır" şeklinde tanımlanabilir.

Hasta güvenliğinin kurumsal kültürün bir parçası olan kurumlarda yapılması gerekenler şunlardır:

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktivitelerin belirlenmesi,
- Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yaratılmış olması,
- Riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilebiliyor olması,

- Hasta güvenliği konusunda kurumun kaynak ayırması (Akalın, 2004: 18).

Bunlarla beraber kurumun tüm birimlerini kapsayan, anlaşılır, izlenebilir bir hasta güvenliği programının oluşturulması gerekir. Bu konuyla ilgili politika ve hedeflerin belirlenmesi sağlık bakım sistemi içindeki hataların engellenmesine ve istenmeyen olayların oluşmamasını da sağlayacaktır.

“Tıbbi hatalar neden geliyor?” sorusunun cevabını verebilmek ve hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapabilmek için AHRQ eski Direktörü JM Eisenberg’in belirttiği gibi öncelikli olarak sistemik bir yaklaşım içine girmek gerekir. Bu yaklaşım içinde kanıt toplama ve araştırma, sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır (Akalın, 2004: 18).

2. UYGULAMA

Hasta güvenliği konusu, sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin de birincil öncelikteki uygulamalarındandır. Sağlık Bakanlığı kurumsal performans ve kalite uygulamaları doğrultusunda, hasta güvenliği bileşenlerini merkezimizde uygulanmaktadır. Bu uygulamalar sayesinde hasta güvenliği kültürü merkezimizde oluşturularak yaygınlaştırılması sağlanmıştır. Hasta güvenliği uygulamaları sisteminin oluşturulması, Bolu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olarak bize; süreçlerimizdeki basit hataların hastalarımıza zarar vermesini engellememizi, hataların hastalarımıza ulaşmadan yakalamamızı ve düzeltmemizi sağlaması açısından önemli katkı sağlamaktadır.

Sağlık Bakanlığı ADSM Hizmet Kalite Standartlarının (Ek2) 51 alt başlık ve 176 adet değerlendirme ölçütlerinden oluşmaktadır. Hasta güvenliği değerlendirme ölçütleri olarak Merkezimizde; Hasta ve Çalışan Güvenliği, Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi alt başlıklarının uygulanabilirliğine bakılmıştır. Daha önceki dönemler için Sağlık Bakanlığı Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Ölçütlerinden (Ek2) 2007 3. döneminden itibaren İl Sağlık Müdürlüğümüz tarafından merkezimize yapılan Ek 2 denetim puanlamaları değerlendirilmiştir.

Bu çalışmalar doğrultusunda; Hasta ve Çalışan Güvenliği Komisyonumuz oluşturuldu. Komisyonumuzun ilk işi Hasta Ve Çalışan Güvenliği Talimatını oluşturarak, personellerimizi bu konuda yetkin hale getirecek eğitimleri vermek oldu. Hasta güvenliği talimatımızın temelini; Joint Commission International (JCI) standartları, Dünya Sağlık Örgütü'nün hasta güvenliği çözümleri ve literatür taramaları üzerinden oluşturuldu. Hasta güvenliği dokümantasyonu kimliklendirilmenin yapılması, etkin iletişimin sağlanması, yüksek riskli ilaç güvenliğinin sağlanması, yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi, enfeksiyonların azaltılması, düşmelerin engellenmesi, el hijyeninin sağlanması konularından yola çıkılarak oluşturuldu ve uygulamaya alındı.

Hasta ve Çalışan Güvenliği Komisyonu ile paralel çalışmalar gösteren Enfeksiyon Kontrol Komisyonumuz ise, ağız ve diş sağlığı ile ilgili enfeksiyonların azaltılması hedefiyle; Hasta ve Çalışan İçin Koruyucu Standart Önlemler, El Yıkama, Hijyen, El Hijeni için 5 An, Temizlik, Dezenfektan Kullanma (Aspirasyon Sisteminin Haftalık Dezenfektanının Kullanma, Kreşuar Gider Temizleyici Kullanma, Yer Yüzey Temizliğinde amaşır Suyu Kullanma, Hızlı Yüzey Dezenfektanı Kullanma, Yer Yüzey Dezenfektanı Kullanma, Alkol Bazlı El Antiseptiği Kullanma), Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon, Koruyucu Bariyer Kullanma talimatlarını oluşturarak yayınladı. Bu çalışmalar sayesinde 2007 2. Döneminden sonra Ek 2 Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Kat Sayımızda % 15'lik bir artış gözlenmiştir. Sağlık Bakanlığı ADSM Hizmet Kalite Standartlarının (Ek2) yayınlaması ile birlikte Hasta Güvenliği planları oluşturularak çalışmalar genişletilmiştir.

3. SONUÇ

Sağlık hizmetinin ayrılmaz bir bölümü olan koruyucu ve iyileştirici ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kamu kuruluşlarının kültürel yapısının içerisinde, hasta güvenliğini bir sistem olarak uygulamak gerekmektedir. Literatür taramalarında ağız ve diş sağlığı merkezlerine özgü hasta güvenliği sistem çalışmalarına ulaşılamamıştır. Bu konudaki bilimsel araştırmaların artırılması ve bir model oluşturulması faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

AKALIN, Erdal (2007), "Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği" http://www.akademika.org/iku-dergisi/pdf/pdf_IKU_142.pdf

AKALIN, Erdal (2004), "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?", **Ankem Dergisi**, 2004, 18 (Ek 2), 12-13

AKALIN, Erdal (2005), "Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği" **Yoğun Bakım Dergisi** 2005;5(3):141-146

http://www.dcyogunbakim.org.tr/yayinlar/_2005/2005_3/141-146.pdf

http://www.kalder.org.tr/genel/15kongre/sunumlar/ozlem_yildirim.ppt, (22.11.2006)

Hoelsing, Helen(2008) "Joint Commission International-Paint Safety Solutions" **4. İnternational Nursing Management Conference**, October 13-15 2008, Antalya

RADYASYON GÜVENLİĞİNDE YENİ OLANAKLAR: DİĞİTAL RADYOLOJİ

Uz. Dr. Ramazan Canural¹, Uz. Dr. M. Reha Toptepe¹, Gökhan Keser¹
Uz. Dr. Nalan Gökalp⁵⁴, Uz. Dr. Berna Öztürk¹

Özet

Önemli bir çevre etkeni olarak iyonizan radyasyon, sağlık sektöründe tanısal amaçla yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Tanısal amaçtan ödün vermeden, mümkün olduğu kadar az iyonizan radyasyon uygulamak genel kuraldır. Digital radyoloji sistemi, konvansiyonel tekniklere göre daha hassas ve daha az iyonizan radyasyon dozu gerektiren ve mükerrer tetkiki azalması, film banyo atıkları üretmeyen yeni baskı teknikleri, hastaların radyasyon alanlarında daha az zaman geçirmesini sağlayan hızlı işlevsellik, bütün tetkiklerin arşivlenerek gereksiz tekrarlardan kaçınmayı sağlaması yönüyle üstündür. Filmin banyo edilmemesi çalışanlar açısından kimyasal madde (ağır metaller) maruziyetini ortadan kaldırmış, böylece hem iş güvenliği artırılmış hem de iş gücü kaynaklarının etkin kullanımı sağlanmış oldu.

Röntgen filmlerinin ve röntgen banyo atık suyunun oluşmaması çevre kirliliği açısından son derece önemlidir. Hastalar röntgen görüntülerini hastane dışındaki diğer hekimlerine de internet aracılığı ile hastanemizden verilen kendilerine özgü kod numarası girilerek gösterebilmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Digital Röntgen, İyonizan Radyasyon

Abstract

As an important environmental element, ionizing radiation is used the diagnostic aimed in the health sector widely. It is a general rule to give less radiation as possible as not making concession from the diagnostic aim. Digital Radiology System is superior with the ways of more sensitive and those that require less ionizing radiation dose and those that decrease the repeated examinations in comparison with the conventional techniques; new print techniques that don't bring froth the film bath wastes the speed functionality that provides the patients to spend less time in the radiation places; to file all examinations in the order to provide keeping away from the unnecessary repetitions. It has done away with the chemical material (the heavy metals) obligation not to develop a x-ray film. In the view of staffs. In this way Both the Security of work has increased and active use of the working power sources have been provided.

It is extremely important from the point of view of the environmental pollution that x- rays and the waste water of the x-ray bath. Patients can have also their x-rays control their doctors at the outside of the hospital (Physician Doctor Etc.) and

⁵⁴ Denizli Devlet Hastanesi, nlngokalp@mynet.com

consult by internet entering their identity no and the code number proper to given from our hospital.

Key Words: Digital Radiology, Ionizing Radiation

1. GİRİŞ

1.1. Amaç

Hastanemizdeki radyoloji bölümünün digitalizasyonunun radyasyon güvenliğine ne gibi katkı sunabileceğini tartışmak. Çalışmadaki amaçlarımız;

- Gelişmiş teknolojiye sahip digital röntgen sistemi ve PACS sisteminin alınarak tüm röntgen görüntülerinin daha hızlı ve net çekilebilmesi,
- Direkt olarak kanalizasyona verilen kimyasal ağır metaller içeren röntgen banyo suyunun istenmeyen çevresel etkilerinin engellenmesi,
- Tekrar çekimlerinin önlenmesi, verilen radyasyon dozunun azaltılması ve takibinin sağlanması yolu ile hasta ve çalışan güvenliğinin artırılması.
- Hastanemizdeki radyoloji bölümünün digitalizasyonunun radyasyon güvenliğine ne gibi katkı sunabileceğini tartışmak.

1.2. Çalışmanın Önemi

Bilindiği gibi son yıllarda çevresel etmenlerin halk sağlığı üzerindeki etkileri araştırmacıların gittikçe daha ilgisini çekmektedir. Genel olarak olumsuz çevresel etkilerin mümkün olduğunca azaltılması, ölçülebilmesi ve kontrol altına alınabilmesi, etiyojisinde çevresel etkilerin de bulunduğu hastalıkların azaltılması açısından önemlidir. Önemli bir çevre etkeni olarak iyonizan radyasyon sağlık sektöründe tanınan amaçla yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. İyonizan radyasyonun biyolojik etkileri uzun yıllardan beri bilinmektedir. Tanınan amaçtan ödün vermeden, mümkün olduğu kadar az iyonizan radyasyon uygulamak genel kuraldır.

Teknolojik ilerlemelerle birlikte radyolojide tanınal görüntü elde etme yöntemleri de gelişerek 'digital çağa' ayak uydurmuştur. Bu ilerlemeler radyasyon güvenliğinde yeni olanaklar getirmiştir. Konvansiyonel tekniklere göre daha hassas ve daha az iyonizan radyasyon dozu gerektiren ve mükerrer tetkiki azaltan detektörler, film banyo atıkları üretmeyen yeni baskı teknikleri, hastaların radyasyon alanlarında daha az zaman geçirmesini sağlayan hızlı işlevsellik, bütün tetkiklerin arşivlenerek gereksiz tekrarlardan kaçınmayı sağlamak bu yeni olanakların başlıcalarıdır (J. Anthony Seibert, 2006).

Röntgen filmlerinin ve röntgen banyo atık suyunun oluşmaması çevre kirliliği açısından son derece önemlidir.

2. YÖNTEM

Hastanemizde digital flat panel, ccd kamera, computerize digital sistemler, gibi tekniklerle digital görüntülerin elde edilmesi ve bu tekniklerle elde edilen tıbbi görüntülerin, PACS ile ilgili yerlere gönderilmesi ve arşivlenmesi. Digital röntgen ve PACS sistemi açık ihale yöntemi ile satın alınmıştır.

2.1. Çalışmanın Planlanması

Hastanemizde 14001-2004 çevre yönetim sistemi belgelendirme çalışmaları kapsamında 2008 yılı ana hedeflerinde röntgen banyo atık suyu, röntgen filmlerinin çevresel etkilerini önlenmesi amaçlandı. Bu amaç doğrultusunda digital röntgen sisteminin alınması planlandı. 2007 yılında başlayan fizibilite çalışmaları kapsamında digital röntgen sistemine geçmiş olan hastaneler radyoloji uzmanımız ve bilgi işlem sorumlumuz tarafından ziyaret edilerek bilgi alındı. PACS sistemi incelendi.

2.3. Çalışmanın Sınırlılıkları

Uzun vadedeki avantajlarında rağmen, ilk yatırım maliyetinin yüksek olması sistemin sınırlılığını oluşturmaktadır.

2.4. Maliyet Analizi

Yapılan maliyet analizinde sistemin 4 yılda kendini amorti edeceği ve maliyet etkin olduğu saptanmıştır.

Digital Röntgen Cihazı Maliyeti:

4 Adet digital röntgen cihazı: 2 400 000 TL

2 Adet cihazın upgrade edilmesi: 200 000 TL

2 Adet CR cihazı: 150 000 TL

Toplam Maliyet: 2 750 000 TL

Digital görüntüde kullanılan sarf malzeme: CD: 75 KR

Konvensiyonel Röntgen Giderleri:

Sisteme geçişle birlikte radyolojide çalışan 3 personel diğer birimlerde görevlendirildi. Aylık yaklaşık 3 000 TL

6 adet otomatik banyo makinesi aylık bakım: 900 TL

Radyolojide kullanılan filmlerin maliyeti: Aylık 24 000 TL

Mamografide kullanılan filmlerin maliyeti: Aylık 4 000 TL

Tomografide kullanılan filmlerin maliyeti: Aylık 14 000 TL

Film banyo solüsyonu aylık ortalama maliyet: 1 500 TL

Amortisman giderleri aylık ortalama 2 600 TL

Aylık toplam gider 50 000 TL

3. SONUÇ

Filmin banyo edilmemesi çalışanlar açısından kimyasal madde (ağır metaller) maruziyetini ortadan kaldırmış, böylece hem iş güvenliği artırılmış hem de iş gücü kaynaklarının etkin kullanımı sağlanmış oldu. Elde edilen görüntü bilgisinin digital formda olması film basımından önce tüm ayarların istenilen biçimde yapılmasını sağlamaktadır. Digital formdaki bilginin bilgisayar ortamında saklanması, nakledilmesi ve gerekli durumda tekrar film basılabilmesi diğer üstünlükleridir. Böylece sonraki gelişlerinde hastanın önceki grafileri görülerek hastanın takibi ve ne kadar radyasyon aldığı anlaşılabilir.

Hastalar röntgen görüntülerini hastane dışındaki diğer hekimlerine de (aile hekimi, vb) internet aracılığı ile TC kimlik no'ları ve hastanemizden verilen kendilerine özgü kod numarası girilerek gösterebilmekte, danışabilmektedirler.

Daha düşük DQE, daha yüksek doz(X-ışını) gerektirir. Tersini düşünürsek daha yüksek DQE, daha düşük doz gerektirir. En yüksek DQE değeri analog(klasik) röntgen filmlerinde elde edilirken sonra sırasıyla DR(CsI), DR(Selenium) ve en sonda da CR gelmektedir. Hastanemize alınan Siemens marka dijital röntgen cihazları DR(CsI) olup analog filmlerden sonra en yüksek DQE değerine sahip DR cihazıdır ve analog cihazlardan sonra en düşük doz gerektiren bir dedektöre sahiptir. DR cihazlarının hastalara analog cihazlara nazaran daha az radyasyon verdiği söylenemez. Ancak analog cihazlarda underexposed(düşük doz) veya overexposed(yüksek doz) nedeniyle film tekrarı yaklaşık % 5-10 olmakta ve buda hastaların aldığı doz oranını artırmaktadır (P.R. Vaidya, 2006).

Genel olarak değerlendirildiğinde hastanemizde, film tekrar sayıları, hastaların radyoloji bölümündeki geçirdikleri zaman süreleri, hastaların ve çalışanların aldıkları radyasyon dozu azalmıştır. Hastanemizde günde ortalama 1500 adet röntgen filmi çekilmektedir.

Tekrar çekilen röntgen filmi sayısı dijital röntgen sistemine geçmeden önce günde ortalama 20 adet kadardı. Digital sistemde günlük ortalama 6 adet bulundu.

Hastanın röntgen filmi çekiminden sonra banyo edilerek filmi almasına kadar geçen süre yaklaşık 1 saatken şu anda 10 dakikanın altına inmiştir. Röntgen çekimlerinden saniyeler içinde görüntü hekimin bilgisayarına ulaşmaktadır.

Hastanın ve çalışanın aldığı radyasyon dozunun film tekrar sayıları oranında azaldığı düşnlmektedir.

KAYNAKLAR

P.R. Vaidya, Ph.D. (2006) "Flat Panel Detectors in Industrial Radiography" Head, Quality Control Section Quality Assurance Division Bhabha Atomic Research Centre Bombay – 400 085, India.

Journal of Thoracic Imaging Volume 18(3) July 2003 pp 124-137 Digital Radiography of the Chest: Detector Techniques and Performance Parameters

J. Anthony Seibert, Ph.D.(2006) "Overview of Digital Detector Technology" Department of Radiology University of California, Davis

İZMİR İLİ HASTANELERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI

Ali Çakır⁵⁵, Doç. Dr. Özkan Tütüncü⁵⁶

Özet

Günümüzün en karmaşık yapıdaki işletmeleri olan hastanelerde sunulan hizmet yüksek güvenilirliğe sahip olmalıdır. Çalışanlar tarafından yapılacak küçük bir hata, bazen öldürücü olabilen sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle bu sektörde hedeflenen başarı düzeyi "sıfır hata" 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 kültürünün kurum kültürü ve kalite kültürünün parçası olduğunda mümkün olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Tıbbi Hata, Hata Raporlama

Abstract

The service of hospitals must have high safety in which has got the most complicated administrating. The error of health staff can sometimes cause mortal results. So, the success level must be 'zero error'.

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 is possible when it is an item of organizational culture, safety culture and quality culture.

Key Words: Patient Safety, Patient Safety Culture, Medical Error, Medical Error Reporting

1. GİRİŞ

Sağlık sektörü, güvenlik çalışmalarını bakım sağlayıcısı bireyden uzakta yapıldığı bir sisteme doğru kaydıkça, suçlama kültürü (Krizek, 2000: 135), sessizlik kültürü (Hart ve Hazelgrove, 2001: 10) ve güvenlik kültürü gibi kavramlar ortaya çıkmaya başladı (Benner, 2001: 10). Bu kavramlar çalışma ortamında ve işin kendisinin kurallarında, hataları ve ters giden işleri üreten bir mantık olduğu inancının var olduğunu göstermektedir (Gardner, 1999: 27).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında yayınlanan Institute of Medicine raporuna

55 İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, alicakir76@hotmail.com

56 Dokuz Eylül Üniversitesi, ozkan.tutuncu@deu.edu.tr

göre, bu ülkedeki hastanelerde her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Kohn vd., 2000). Bu rakam, sağlık sektöründeki hataların ne kadar önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alan tıbbi hatalar, trafik kazaları, AIDS, diyabet, meme kanseri gibi nedenlerden daha fazla ölüme yol açmaktadır (Kohn vd., 2000).

Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında yer alan "güvenli" sıfatı, sunulan hizmetin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapılmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007: 42). Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilerin maruz kalabileceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (Yıldırım, 2005: 34). Sağlık hizmetleri kişilere zarar vermez. Burada belirtilen, hizmetin sunum süreçlerinde ortaya çıkabilecek riskler nedeniyle oluşabilecek zararlardır (Aydın, 2007: 3).

Sağlık sektöründe yapılan işlemler nedeniyle oluşan hatalar doğrudan insanın ölümüyle veya önemli derecede zarar görmesiyle sonuçlanabilmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar, bu hataları ve buna bağlı ölümleri en aza indirmeye odaklanmaktadır (Kohn vd., 2000). Bir sağlık kuruluşunun hastaların güvenliğini sağlamasından daha önemli bir şey yoktur. Bu yüzden sağlık sektörü yöneticilerinin asli görevlerinden birisi, hasta güvenliğini artırmak olmalıdır (Graham vd., 2007.)

Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır. Hasta güvenliğine yönelik yapılan araştırmalarda genellikle tıbbi hatalara yönelik istatistiksel sonuçlar verilmekte, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik oluşturulan programlarda bu tıbbi hataları önlemek için çözümler aranmaktadır. Yapılan bir araştırmada tıbbi hata yapıldığına inananların oranının Amerika Birleşik Devletleri(A.B.D)'nde %34, Kanada'da %30, Avustralya' da %27, Almanya'da %23, İngiltere'de %22 olduğu saptanmıştır (Schoen, 2005).

A.B.D.'deki hastanelerde hasta güvenliğiyle ilgili olaylar, 2003 ile 2005 arasında yüzde 3 oranında artış göstermiş ve bu alanda en iyi hastaneler ile en kötü hastaneler arasındaki fark büyüklüğünü korumuştur. Yaklaşık 5 bin hastanedeki 40 milyondan fazla kayıtların incelendiği dördüncüsü yayınlanan hasta güvenliği çalışmasına göre, çalışmanın yapıldığı 3 yıllık sürede 1.16 milyon hasta güvenliği olayı meydana gelmiştir. Bu da %2,86'lık insidans anlamına gelmektedir. Bu tıbbi hatalardan 247 bin 662'si ölümle sonuçlanmıştır. Buna göre hasta güvenliği ile ilgili bir olaya maruz kalan hastalardan yaklaşık %25'nin ölme riski bulunmaktadır (www.nlm.nih.gov, 2007).

Yine Amerika'da yayınlanan diğer bir rapora göre, "Medicare" popülasyonunda bulunan hastalarda 2000 ile 2002 yılları arasında 37 milyon hastaneye yatışta 1.14 milyon (%3.08) hasta güvenliği ihlali saptanmıştır. Bu rapora göre Amerikan hastanelerinde bir yılda 195,000 hastanın önlenebilir hatalardan dolayı ölebileceği öngörülmektedir (Health Grades Quality Study, 2004).

Avrupa'ya baktığımızda, Genel Hasta Derneği'nin (Der Allgemeine Patientenverband) yapmış olduğu, 2006 yılında yayınlanan, "tıbbi sanat hataları" üzerine yapılan araştırma sonuçlarına göre; Almanya'da her sene, 25.000 kişi yanlış uygulamalar nedeniyle ölmektedir (www.patienten-verband.de, 2007).

Sağlık hizmetlerindeki işlemler her ne kadar hastaların fayda görmeleri amacıyla yapılıyor olsalar bile, bazen onlar için zararlı da olabilmektedir. Avrupa Komisyonu da Avrupa'daki hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalarla ilgili Eylül-Ekim 2005 tarihlerini kapsayan bir çalışma yürütmüştür. Ankete Türkiye'den katılanların %88'i ülkemizde tıbbi hataların önemli bir problem olduğunu, %65' tıbbi bir hataya maruz kalmaktan dolayı endişe duyduğunu, %10'u kendisinin veya ailesinin herhangi bir tıbbi hataya maruz kaldığını ifade etmişlerdir. Bu oranlar AB ortalamasının üzerinde değerlerdir (European Commission, 2006; <http://ec.europa.eu>, 2007; www.hm.saglik.gov.tr, 2007).

Çalışanlar açısından bakıldığında, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından desteklenen bir çalışmaya katılan doktorların birçoğu, herhangi bir tıbbi hataya neden olduklarını belirtmiştir. Yüzde 56'sı ciddi bir tıbbi hataları olduğu ya da böyle bir hatada yer aldıklarını, yüzde 76'sı küçük tıbbi hataları olduğunu ve yüzde 66'sı da neredeyse hata yapmak üzere olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yarısından fazlası (yüzde 54) tıbbi hataların bireylerin başarısızlıklarından değil sağlık hizmetindeki sistem sorunlarından kaynaklandığını belirten cümleye katıldıklarını ifade etmişlerdir (www.ahrq.gov, 2007).

Beklenmedik olayların temel nedenlerinin araştırılmasına inildiğinde, nedenler ile yönetim sistemi arasında sıkı bir bağın olduğu görülebilir. Yönetim politikaları, prosedürler, denetlemenin etkililiği, eğitim gibi faktörlerin olayların nedenleri ile bağlantılı oldukları bilinmektedir. Bunun yanında uygun personel seçiminin yapılmaması da yönetim zayıflığıdır. O halde beklenmedik olayların oluşmasını sağlayan temel faktörler, aynı zamanda yönetim ve işletim problemlerinin de temel nedenidir(Gödelek, 2007: 115-127).

Beklenmedik olayların raporlanması ile hastane yöneticileri, konu üzerinde çalışan komiteler, süreçlerdeki iyileştirmeye açık alanları belirlemeye, düzeltici veya önleyici faaliyetleri başlatmaya yönelik bilgiye sahip olurlar. Dikkatsizlik, yorgunluk, etkin olmayan iletişim, kötü tasarlanmış ekipman, ihmalkarlık, gürültülü çalışma ortamları insan hatalarını etkileyen faktörlerdir. Durum böyle olunca, sistemlerin insan hatalarını önleyecek şekilde tasarlanmasının önemi artmaktadır (Yıldırım, 2005: 36).

Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır. Ancak tüm bu hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan tespit edilmelidir. Bu da uygun raporlama ile olasıdır. Raporlamanın, hemen deşifre edilemeyen, cezalandırıcı olmadan kişilerin hata bildirimini teşvik edici, bildirim yapan personeli koruyucu bir yapıda olması tercih edilir. Zorunlu tıbbi hata bildiriminden çok gönüllü bazda hata bildirimine odaklanmak ana stratejilerden birisi olmalıdır (Akgün ve Al-

Assaf, 2007: 44).

Sağlık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını inceleyen bir araştırmada, kurumsal iklime benzer bir takım faktörlerin etkili olduğu ortaya konulmuştur. Çalışanlar, iş arkadaşları tarafından ayıplanma, hata yaptığını toplumda kabule zorlanma ve hata yaptığının sicil dosyasına işlenmesi kaygısı taşımaktadırlar(Wolf vd., 2000). Bunun yanı sıra, hatanın tam olarak tanımlanması konusunda ortak bir görüşe varılamaması, yönetimin desteğinin olmaması ve rapor hazırlamanın belirli bir çaba gerektirmesi de çalışanların hata raporu doldurmamasının nedenlerinden sayılabilir (Tütüncü vd., 2007: 8).

Oğuz (2004)'a göre, tıbbi hataların önlenmesine yönelik klasik yaklaşım, günümüzde "suçlayıcı-cezalandırıcı model" olarak adlandırılan uygulamalardır. Tıbbi hatalarla yoğun olarak ilgilenen ülkelerde, bu hataların önlenmesine yönelik ilk uygulamalar, hata yapanı belirlemek ve cezalandırmak şeklinde olmuştur. Yıldırmanın amaç olarak hataları önlemenin önüne geçtiği bu sistemlerde, sağlık hizmetlerinin sunumunda doğrudan görev alan çalışanlar kendilerini savunmak için çeşitli stratejiler geliştirmişlerdir. Tıbbi hataları gizlemek, bu amaçla meslek içi dayanışma sağlamak, herhangi bir hata ortaya çıktığında yasal olarak suçsuz kabul edilebilmek için gerekligereksiz tıbbi işlemler yapmak ve bunların kaydını tutmak gibi pek çok tutum, sağlık çalışanlarının yaygın tutumları haline gelmiştir.

Hataların bildirilmesiyle ilgili yapılan bir çalışmaya katılanlar, tıbbi hataların rapor edilmesini engelleyecek faktörlere örnek olarak, olumsuz kurumsal yanıtlardan duyulan korku (örneğin ayıplama, disipline verme), dava açılmasından duyulan korku ve yönetimin verilen bilgileri ne yönde kullanacağı yönünde duyulan şüphe gibi faktörleri göstermektedir. (Uribe vd., 2002).

Olayları raporlamanın teşvik edilmesi istenirken, bu konudaki engelin, olumsuz odaklanmak olduğu hatırlanmalıdır. Hataları oluştuktan sonra kayıt etmek, bunu yaparken çalışanların korku ve çekinme duyguları ile baş etmek yerine, güvenliğe ilişkin doğru davranışa anında geri bildirim verilmesi, takdir edilmesi, ödüllendirilmesi ve sisteme yaygınlaştırılmasının sağlanması ile neredeyse hataların en hızlı biçimde rapor edilmesinin sağlanması olumlu olana odaklanarak mümkün olacaktır (Şerifoğlu ve Sungur, 2007: 297-312).

Hasta güvenliği programlarının uygulanmaya çalışıldığı ülkelere yaşanmış deneyimlerden ortaya çıkan sonuç, "suçlayıcı-cezalandırıcı model" in belirlediği tutumların, tıbbi hataları önlemek ve hasta güvenliğini sağlamak açısından yetersiz kaldığı, üstelik bu tutumları değiştirmenin de önemli zorluklar içerdiği. Bu olumsuzluklar, uygulamadaki yetersizliklerden değil, bizzat hata kavramının kendisine ilişkin özelliklerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenlerle "suçlayıcı-cezalandırıcı model" yerine "bildirici model" in benimsendiği bir sistemi kurmak daha doğru olacaktır (Oğuz, 2004).

Hasta güvenliği konusundaki olumsuzlukların pek çok nedeni vardır. Çalışan

yetersizliği, kalite geliştirme konusundaki etkin yolları uygulamak için gerekli olan bilgi eksikliği veya bu bilginin gelişmesine olanak tanıyacak sistemin olmayışı, hataların fark edilmesindeki eksiklik, hataları izlemeye ve hatalardan ders almaya yardımcı olacak sistemlerin eksikliği, değişim ve yeni teknolojilerin ortaya çıkışındaki hızlılık, kurum kültüründeki engeller en çok karşılaşılanlar arasındadır (Yıldırım, 2005: 36).

Hasta bakımındaki güvenliği sağlamak için yüksek güvenlik önlemleri ve kurumsal kültürdeki faktörler ele alınmalıdır. Çünkü hatalar sadece bireylerden değil, sistemden de kaynaklanmaktadır. Sistemdeki iyileştirmeler, hataların en aza indirilmesini sağlayacaktır(AHRQ, 2003). Tıbbi hataların çoğu planlama aşamasında giderilebilmektedir (Kohn vd., 2000).

Hataların önlenmesini sağlayan, cezalandırma yerine ödüllendirecek bir kurumsal iklim yaratmak, bu amaçla çalışanların eğitimlerine önem vermek gerekmektedir. Çalışma ortamında tutum ve davranışlarda hataları ortaya çıkartacak, hataların ciddi hasarlara yol açmasını engellemek için, bunların saptanmasının önemini vurgulandığı bir kurum kültürü oluşturmak gerekir. Bunun için bütün sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünü algılama biçimlerini değiştirmek ve bu kültürü benimsemelerini sağlamak zorunludur.

Ancak değişimin önünde bazı engeller olduğu gibi, hasta güvenliği kültürünün oluşmasında da bir takım engel bulunmaktadır (Ünsal, 2006). Bu engeller:

- Hastaya yansıyan istenmeyen etkileri takip yöntemlerinin yetersiz olması veya hiç olmaması
- Hastadan ayrı çalışma kültürü
- Takip kriterlerinin yanlış vurgulanması (hata sayısı yerine hata oranı gibi)
- Sistemden önce çalışanı suçlama geleneği
- Hatalı kişi arama çabasının hasta güvenliği konusunda veri elde edilmesini zorlaştırması
- Hastaya odaklanmamış kalite sistemi
- Hataların açıkça tartışılması konusunda çalışanların endişeleri
- Gizli bir hatadansa açık bir hata aramaya doğal eğilim

Hasta güvenliğinin kurum kültürünün bir parçası olmasının önündeki bu engeller, etkin bir liderlik anlayışı ile ortadan kaldırılabılır. Ancak liderler sadece tepe yöneticiler düşünülmemelidir. Güvenli bakım için doğrudan hasta bakımından sorumlu sağlık çalışanları, özellikle de hemşirelerin hepsi birer lider olmak zorundadır. Hemşireler, hastanelerde merkezi bir role sahiptir; hasta güvenliği stratejilerini oluşturmak ve

sürdürmek konusunda ideal bir pozisyonları vardır. Kendini lider hisseden hemşireler, güvenli olmayan durumlara direnir, risk alır ve mücadele ederler (Kocaman, 2007).

2.ÖNEMİ VE AMACI

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 algısının ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık kurumlarında daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Bu çalışmada, hasta güvenliği ile ilgili temel kavramlar ele alınarak, İzmir ilindeki hastanelerde hasta güvenliği kültürü oluşmasına yönelik olarak çalışanların ve hastane yönetiminin tutumları belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmanın amacı, bu kültürün oluşumunda ve gelişiminde rol oynayan faktörlerin belirlenip, hastane yönetimlerinin güvenlik kültürü politikalarını belirlemelerinde dikkat edecekleri hususları saptamalarına yardımcı olmaktır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma İzmir ilinde 2 eğitim ve araştırma hastanesi(E.A.H), 2 dal hastanesi ve 2 ilçe devlet hastanesi olmak üzere kamuya bağlı 6 hastanede yapılmıştır. 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. Veriler SPSS 13.0 programı ile $\alpha = ,93$ güven aralığında analiz edilmiştir. Anket çalışmasına hastanelerde sağlık hizmetleri ve idari hizmetler sınıfı olmak üzere tüm personel dâhil edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemde bu hastanelerde yaklaşık 2300 personel görev yapmaktadır. Hastanelerin kalite birimlerinin desteğiyle dağıtılan anketlerden 803 tanesi geri dönmüştür(geri dönüş oranı %35).

4.BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma anketine katılanların demografik dağılımları ve profili Tablo 1'de gösterilmiştir. Ankete katılanların 49'u 18–25 yaş arasında, 378'i 26–33 yaş arasında, 262' si 34–41 yaş arasında, 114' ü 42 yaş ve üzerindedir. Bu sonuçlara göre ankete katılanların çoğunluğu 42 yaşın altındadır. Bu da hastanelerin genel olarak genç çalışanlara sahip olduğunu göstermektedir.

Ankete katılan 803 kişinin 659'u kadın, 144' ü ise erkektir. Bu sonuca göre, ankete katılan çalışanların büyük bir çoğunluğunun bayan çalışanlar olduğu anlaşılmaktadır. Hemşire grubunun genellikle bayan olması, hastanelerde bayan ağırlıklı bir çalışma ortamının olmasına neden olmuştur.

Anketi cevaplayanların çoğunluğunu da hemşireler oluşturmaktadır. 477 hemşire, 113 doktor, 113 diğer yardımcı sağlık personeli (laborant, radyolog, sağlık memuru vs.) ve 87 diğer sağlık personeli ve idari personel ankete katılmıştır. Katılanların 13'ü ise bu soruyu cevaplamamıştır. Anketi cevaplayanlardan 739'u görevleri gereği hastalarla doğrudan iletişim kurduğunu, 64' ü ise kurmadığını belirtmişlerdir. Bu oran meslek gruplarının dağılımıyla da doğru orantılı görülmektedir.

Ankete katılan 803 kişiden 5' i İlköğretim mezunu, 179' u lise, 378'i Önlisans, 234'ü lisans ve lisansüstü mezundur. 7 kişi bu soruyu cevaplamamıştır. Bu sonuçlara göre araştırmamıza katılanların büyük çoğunluğunun üniversite mezununu olduğu görülmektedir. Katılanların 311'i 5 yıldan az, 390'ı 6-15 yıl, 102'si ise 15 yıldan fazla aynı hastanede görev yapmaktadır.

Tablo 1. Örneklem profilinin sayısal ve yüzdesel dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı(n)	Yüzde%
<u>Cinsiyet</u>		
• Kadın	659	82,1
• Erkek	144	17,9
Toplam	803	100,0
<u>Yaş Grubu</u>		
• 18-25	49	6,1
• 26-33	378	47,1
• 34-41	262	32,6
• 42-49	88	11,0
• 50 ve üzeri	26	3,2
Toplam	803	100,0
<u>Meslek</u>		
• Hemşire	477	59,4
• Hekim	113	14,1
• Teknisyen	113	14,1
• Diğer	87	10,8
Toplam	790	98,4

<u>Eğitim Durumu</u>		
• İlkokul	2	0,2
• Ortaokul	3	0,4
• Lise ve dengi	179	22,3
• Önlisans	378	47,1
• Lisans	160	19,9
• Lisans Üstü	74	9,2
Toplam	796	99,1
<u>Çalışma yılı</u>		
• 1'den az	70	8,7
• 1-5 yıl	241	30,0
• 6-10 yıl	223	27,8
• 11-15 yıl	167	20,8
• 16-20 yıl	72	9,0
• 21 yıl ve üstü	30	3,7
Toplam	803	100,0
<u>Haftalık çalışma saati</u>		
• 20-39 saat	18	2,2
• 40-59 saat	587	73,1
• 60-79 saat	163	20,3
• 80-99 saat	25	3,1
• 100 saat ve daha fazla	10	1,2
Toplam	803	100,0
<u>Hastalarla doğrudan iletişim kurma</u>		
• Evet	739	92,0
• Hayır	64	8,0
Toplam	803	100,0
<u>KYS belgeli hastanede çalışan</u>		
• Belgeli	380	47,3
• Belgesiz	423	52,7
Toplam	803	100,0

Araştırmaya katılanların anket sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde, 372'si(%46,3) çalıştıkları hastanelerde hasta güvenliğinin iyi olduğunu, 250'si(31,1) ne iyi ne kötü olduğunu, 180'i(%22,4) ise kötü olduğunu belirtmişlerdir. Ankara'da yapılan bir araştırmada hemşirelerin %45,5'i, doktorların %60,6'sı "burada hasta olsaydım kendimi güvende hissederdim" ifadesine katılmaktadır (Kaya ve Güven, 2009: 261).

Hastanelerde hata raporlama sıklığı analiz edildiğinde(Tablo 2), hastaya zarar verebilecek düzeyde bir hata gerçekleşip zarar vermeden atlatıldığında her zaman raporlanmaktadır(%12). Ancak hata hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde asla raporlanmamaktadır(%19) veya nadiren raporlanmaktadır(%39). Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Hastanesinde yapılan bir araştırmada ise, katılımcıların %40,4'ü yanlış bir uygulama sonucunda hasta ciddi hata görmediyse rapor etmediklerini, %50 si ise yanlış bir uygulama sonucunda hasta etkilenmeden fark edip düzeltildiğinde bildirimde bulunmadığını belirtmişlerdir(Yıldız ve Alan, 2009).

Tablo 2. Raporlanan olayların sıklığı

İfadeler	Asla		Nadiren		Arasıra		Çoğu zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?	154	19	313	39	151	19	109	13,6	76	9,5
Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?	165	21	291	36	178	22	107	13,3	62	7,7
Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?	136	17	253	32	172	21	145	18,1	96	12

Çalışanlara son 1 yıl içerisinde kaç tane olay bildirim formu doldurduğu sorulduğunda, cevaplayanların %81,5'i(635 kişi) hiç olay raporu doldurmadığını ifade etmiştir. 1-2 olay raporu dolduranların oranı %13,4(104 kişi), 3-5 olay raporu dolduranların oranı %3,3(26 kişi), 6-10 rapor dolduranların oranı %1,5(12 kişi), 11 ve üzeri olay raporu dolduranların oranı ise %0,3(2 kişi) dir. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)'nin Sağlık ve İnsan Hizmetleri bölümü tarafından desteklenen çalışmaya göre, katılımcıların yüzde 83'ü en az bir kere formal hata bildirim mekanizması kullandıklarını ifade etmiştir. Bunlar içinde en sık kullanılanı, tıbbi hatanın risk yönetimi birimlerine sözlü olarak bildirilmesi (yüzde 68) ya da bir olay bildirim raporu hazırlanması (yüzde 60) olarak göze çarpmaktadır (www.ahrq.gov, 2007).

Hastanelerin Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahip olup olmamalarına göre çalışanların olay raporu doldurma davranışları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(F=17,713; p=,001). Belgesiz hastanelerden ankete katılan 408 kişiden sadece 54'ü(%13) ü herhangi bir olay bildirim raporu doldurduğunu ifade ederken, belgeli hastanelerden katılan 371 çalışanın 90'ı(%24) olay raporu doldurduğunu belirtmiştir. Birçok çalışmada Toplam Kalite Yönetimi'nin hata yapmayı önlediği ve hataları azalttığı saptanmıştır (Cooper ve Philips, 1995). AHQR'ın çalışmasına göre birçok doktor mevcut sistemin tıbbi hataların bildirilmesi ve bu konudaki bilgilerin paylaşılması için yetersiz kaldığını düşünmektedir (www.ahrq.gov, 2007). Çalışma raporuna göre doktorlar, olay bildirimini yerine meslektaşlarıyla direkt konuşmayı tercih etmektedir.

Hasta güvenliği konusunda yönetimle çalışanlar arasındaki iletişimin düzeyi sorgulandığında(Tablo 3), çalışanların %24'ü hastanede oluşan hatalarla ilgili asla bilgilendirilmediklerini, %32'si alınan kararları sorgulama özgürlüklerinin asla olmadığını, %30'u ise tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını nadiren tartıştıklarını belirtmişlerdir. Ankara'da 2003 yılında yapılan bir araştırmada doktorların %51.0 i birimlerinde hataları tartışmayı zor buldukları belirlenmiştir (Kaya ve Güven, 2009: 261).

Tablo 3. Hasta güvenliğine yönelik kurum içi iletişim

İfadeler	Asla		Nadiren		Arasına		Çoğu zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir.	113	14	241	30	192	24	167	20,8	90	11,2
Hastanemizde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz.	194	24	207	26	210	26	129	16,1	63	7,8
Personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır.	258	32	220	27	198	25	87	10,8	40	5
Hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız.	120	15	239	30	197	25	165	20,5	82	10,2
Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder.	147	18	237	30	207	26	138	17,2	74	9,2
Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır.	83	10	245	31	176	22	181	22,5	118	14,7

Tablo 4’de çalışanların anketteki bazı ifadelerine verdikleri cevaplar gösterilmiştir. Çalışanların %75,2 si performans için hasta güvenliğinden asla vazgeçilmediğini belirtmelerine rağmen, yine de hastanelerinde hasta güvenliği ile ilgili sorunları olduğunu (%38,1) düşünmektedir. %21,8’ine göre daha ciddi hataların olmaması tamamen şans eserdir.

Araştırmaya katılanların %76,3’ü hatalardan dersler çıkarttıklarını belirtirken, %43,3’ü bu doğrultuda hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıldığını ifade etmiştir. Kaya ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise doktorların %57,6’sı, hemşirelerin %43,8’i servislerinde tıbbi hataların uygun şekilde ele alındığını belirtmişlerdir (Kaya ve Güven, 2009: 263). ABD’de yapılan bir çalışmada doktorların büyük bölümü, hasta güvenliğini geliştirmek için tıbbi hataları hastanelerine ya da sağlık hizmeti örgütlerine bildirilmesi gerektiği konusunda hemfikir olduklarını ve yüzde 89’u tıbbi hataları meslektaşlarıyla tartışmaları gerektiğini belirtmişlerdir (www.ahrq.gov, 2007).

Çalışanlar ‘iş yükü ağırlaştığında bir takım gibi çalışırız’ ifadesine %53,1 oranında katılmaktadır. Bu oran ‘hastane birimleri en iyi düzeyde hasta bakımı sağlamak için birlikte uyum içinde çalışır’ ifadesini (%39,5) destekler niteliktedir. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre ise ‘bir ekip gibi çalışırız’ ifadesine katılanların oranı %36’dır (Kaya ve Güven, 2009: 264).

Tablo 4. Çalışanların anketteki bazı ifadelerine verdikleri cevaplar

İfadeler	Katılıyorum		Ne katılıyorum, Ne katılmıyorum		Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%
Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.	604	75,2	103	12,8	96	11,9
Daha ciddi hataların olmaması tamamıyla şans eserdir.	175	21,8	130	16,2	496	61,8
Hastanemizde hasta güvenliği ile ilgili sorunlarımız vardır.	306	38,1	161	20	336	41,9
Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız.	348	43,3	206	25,7	249	31
Hatalarımızdan ders alırız.	512	76,3	112	14	78	9,7
Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz.	396	49,3	181	22,5	225	28
Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir.	297	37	206	25,7	300	37,3
İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız.	426	53,1	142	17,7	235	29,3
Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür.	446	55,5	184	22,5	173	21,6

Herhangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür.	489	60,9	186	232	128	15,9
Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar.	673	71,4	131	16,3	99	12,4
İş yükünü paylaşılabilecek yeterli personelimiz vardır.	134	16,7	120	14,9	549	68,3
Hasta bakımı için fuzuli olarak, gereğinden fazla personel takviyesi alınız.	50	6,2	65	8,1	687	85,6
Daha çok işi daha hızlı yapabilmek için, sürekli aşırı yoğun bir tempoda çalışmaktayız.	640	79,7	73	9,1	90	11,2
Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır	314	47,2	209	26	280	34,9
Hastane yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur.	380	47,3	169	21	254	31,7
Hastane yönetimi, sadece ters bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor izlenimi vermektedir.	274	34,1	205	25,5	324	40,4
Birlikte çalışması gereken birimler arasında, iyi düzeyde işbirliği bulunmaktadır.	319	39,8	237	26,9	246	30,7
Hastane birimleri en iyi düzeyde hasta bakımı sağlamak için, birlikte uyum içinde çalışmaktadır.	317	39,5	233	29	253	31,6
Hastane birimleri birbirleriyle eşgüdümlü (koordinasyonlu) çalışmamaktadır.	322	40,1	233	29	247	30
Hastanede sorunlar genellikle birimler arası bilgi alışverişi sırasında, ortaya çıkmaktadır.	201	25	290	36,1	312	38,9
Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır.	89	11,1	148	18,4	565	70,4

Olay bildirim raporlarının doldurmayanların(%81,5) gerekçesi olarak değerlendirebileceğimiz 'personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar' ifadesine çalışanların sadece %12,4'ü katılmazken, %71,4'ü bu görüşü desteklemektedir. Çanakkale'de yapılan araştırmada da çalışanların %78,8'i hataların sicil dosyalarına işlenmesinden endişe duymaktadır. Çalışanların %60,9'u olay bildiriminde bulunduğu olayın kendisinin değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceğini ve hataların kendi aleyhlerinde kullanılacağını(%55,5) düşünmektedir. Ankara'da yapılan araştırmaya göre ise doktorların sadece %27'3 ü 'bildirilen hatalar yüzünden personel cezalandırılmaz' ifadesine katılmaktadır (Kaya ve Güven, 2009: 263).

Sağlık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını inceleyen bir araştırmada, kurumsal iklime benzer bir takım faktörlerin etkili olduğu ortaya konulmuştur. Çalışanlar, iş arkadaşları tarafından ayıplanma, hata yaptığını toplumda kabule zorlanma ve hata yaptığının sicil dosyasına işlenmesi

kaygısı taşımaktadırlar (Wolf vd., 2000).

Anket sorularında en yüksek oranda desteklenmeyen ifadeler personel yetersizliği ile ilgili olanlardır. Çalışanlar 'hasta bakımı için gereğinden fazla personel takviyesi alırsız' ifadesine %85,6, 'iş yükünü paylaşacak yeterli personelimiz vardır' ifadesine %68,3 oranında katılmamaktadır. Ankara'da yapılan araştırmada da 'personel sayısı mevcut hastalara bakmak için yetersizdir' ifadesine çalışanların %93,9'u katılmamıştır (Kaya ve Güven, 2009: 263).

Çalışanların %79,7'si sürekli aşırı yoğun tempoda çalıştıklarını belirtirken, Ankara'daki çalışmada doktorların %90,9'u, hemşirelerin %93,9'u servislerinde yüksek düzeylerde iş yükü olduğunu ifade etmişlerdir. (Kaya ve Güven,2009:263) Sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin iş yükü hataların ortaya çıkmasında önemli bir etkidir. 168 hastaneyi kapsayan bir araştırma sonuçlarına göre; hemşire başına düşen 1 hastalık artış, hasta mortalitesinde %7 artışa, hemşirelerde %23 oranında tükenmeye neden olmaktadır (Aiken vd., 2002).

Çalışanların %47,3'üne göre hasta güvenliği hastane yönetimi için en öncelikli konudur. ABD'de yapılan bir çalışmada ise çalışanların %72'si hasta güvenliğinin bir öncelik olarak artırıldığını belirtmişlerdir (Thomas vd., 2005: 28).

Personelin %47,2'sine göre yönetim hasta güvenliği için çalışma ortamı sağlarken, %34,1'ine göre yönetim sadece ters bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor izlenimi vermektedir. ABD' de yapılan bir diğer çalışmaya göre ise doktorların %50'si, hemşirelerin %51'i liderlerinin kurumlarını güvenlik merkezli bir kurum haline getirmeye çalıştığı görülmüştür (Pronovost vd., 2003: 408).

Ankete katılanların %39,8'i birlikte çalışması gereken birimler arasında iyi düzeyde bir işbirliği bulunduğunu ifade etmişlerdir. Ankara da yapılan çalışmada ise, doktorların %56'sı hemşirelerle iletişimin yeterli düzeyde olduğunu belirtirken, hemşirelerin %33'ü doktorlarla işbirliğinin kalitesini yeterli bulmaktadır (Kaya ve Güven, 2009: 263).

Hastanelerinde insanların birbirini desteklediğini belirtenler %37 olarak bulunmuştur. Ankara'da yapılan araştırmada da doktorların %36,4'ü, hemşirelerin %35,5'i diğer personelden hasta bakımı için ihtiyaç duyduğu desteği gördüğünü belirtmiştir (Kaya ve Güven, 2009: 264).

5. SONUÇ

İzmir ilindeki hastanelerde hasta güvenliği kültürü oluşmasına yönelik olarak çalışanların ve hastane yönetiminin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılanların yarısından daha azı çalıştıkları hastanenin hasta güvenliği düzeyini "iyi" olarak değerlendirmektedir.

Tıbbi hataların düzeltilmesi mümkün olmamasına rağmen, bu hatalardan dersler çıkartılarak tekrarının önlenmesi mümkündür. Ancak araştırmada elde edilen bulgulara göre çalışanlardan tarafından tıbbi hata bildirimleri yapılmamaktadır. Çalışanlar hata bildiriminde bulduklarında cezalandırılacakları endişesi ile hata raporu doldurmamaktadır. Ayrıca hastanede meydana gelen hatalarla ilgili çalışanlara bilgilendirme yapılmadığı ve bir daha oluşmasını önlemek amacıyla tartışmaların yetersiz olduğu görülmektedir.

Hasta güvenliği kültürünün hastanelerde oluşturulması ve yaşatılması için amaca yönelik planlamanın, sürekliliğin ve etkinliğin sağlanmasında en önemli destek yönetimin güvenliğe olan inancı ve taahhüdüdür. Üst yönetim olumlu güvenlik kültürünün oluşturulmasında sorumluluğu üstlenmeli ve çalışanların katılımları ile sürekliliğini sağlamalıdır. Araştırma sonuçları çalışanların hasta güvenliği konusunda teşvik edilmediklerini ortaya koymaktadır.

Araştırmaya göre çalışanların dörtte üçü performans için hasta güvenliğinden asla vazgeçilmediği belirtse de, çalışanların üçte birinden fazlası da hasta güvenliği ile ilgili kurumlarında sorunlar olduğunu ifade etmektedir.

Çalışmada personelin hatalardan ders aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ancak başkalarının yaptıkları hatalarla ilgili geri bildirimler yetersiz olduğundan, sadece kendi hatalarından dersler çıkartıldığı kanısına varılmıştır.

Bulgulara göre hasta güvenliği kültürünün oluşmasındaki en önemli engellerden birisi personel yetersizliğidir. Çalışanların büyük çoğunluğu iş yükünün fazla olduğunu ve sürekli aşırı yoğun tempoda çalıştıklarını belirtmektedir.

Sonuç olarak, hasta güvenliğinin temelini tıbbi hatalar oluşturmaktadır. Tıbbi hataların azaltılması hatta tamamen ortadan kaldırılması hasta güvenliğinin temel hedefidir. Hataların oluşmadan önlenmesi için öncelikli görev yönetimindir. Yönetim hasta güvenliğine yönelik daha fazla kaynak ayırmalıdır. Ayrıca hasta güvenliği odaklı sistemi oluşturarak, tüm çalışanların katılımını teşvik etmelidir. Hasta bakımıyla ilgili alınan kararlara çalışanların da önerileri ile katılmalarını sağlamalıdır. Ancak kamu hastanelerindeki hiyerarşik yapılanma ve dikey örgütlenme, çalışanların yönetime katılması önünde bir engel olarak durmaktadır. Bu yüzden öncelikle kültürel dönüşüm gerçekleştirilmelidir.

Hastanelerde meydana gelen hataların bildirimlerinin yapılmadığı görülmektedir. Çalışanlar hataların raporlanması konusunda direnç göstermektedir. Çalışanlar öncelikle kendi geleceklerini düşündükleri için, hataların değerlendirilmesinin, kendileri için olumsuz geri dönüşlere sebep olacağı endişesi ile bu konuda isteksiz davranmaktadır. Mevcut kültürel yapı içerisinde bu kaygıların olması doğaldır. Bu yüzden hastane yönetimi tarafından hastaların raporlanması konusundaki direktifler,

bir sonuç vermeyecektir. Her ne kadar çalışanlara bu konuda taahhütte bulunulsa da, hataların raporlanmasıyla ilgili kültürel değişimin bir anda gerçekleşmesi beklenmemelidir. Bu yüzden çalışanlar öncelikle, 'ramak kaldı' ya da 'neredeyse hata' denilen olayların bildirim konusunda teşvik edilmelidir. Bu olaylar hastalara zarar vermeden fark edildiği için raporlanması konusunda çalışanlar da katılımcı olabilecektir. Böylece ciddi hataların raporlanması konusunda da kültürel alt yapı oluşturulabilir.

KAYNAKLAR

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH.(2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, **The Journal Of American Medical Association**, October 2002, 23-30;288(16):1987-93, ABD.
- 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
- Aydın, Bilge(2007).Hasta Güvenliği Bülteni, Hasta Güvenliği Derneği Yayını, Sayı:1
- European Commission (2006),http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf
- www.hm.saglik.gov.tr
- Gardner, Richard L.(1999). Benchmarking Organizational Culture: Organizational as an Primary Factor in Safety Performance, 1999;29:(2):14-20.
- Gödelek, Ertuğrul(2007). İnşaat, Otomotiz, Mobilya-Hızır Sektöründe Çalışanların Güvenli İş Davranışları Değişim Basamakları Yordanabilir mi?, **IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri**, 20-21 Nisan 2007, MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424, Adana.
- Graham, S., Brookey J. ve Steadman C.(2007). Patient Safety Exeutive Walkarounds, <http://www.ahrq.gov.tr/downloads/pub/advances/vol4/Graham.doc> (12.02.2007)
- Hart, E. ve Hazelgrove, J.(2001). Understanding the Organization context for adverse events in the health services: The Role of Cultural Censorship. **Quality Health Care** 2001;10:(4):157-262
- Health Grades Quality Study, Patient Safety in American Hospitals, July 2004 www.healthgrades.com/media/english/pdf/HG_Patient_Safety_Study_Final.pdf (20.11.2007)
- Kaya S. ve Güven G.S(2005). Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dahiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması, **Sağlık ve Hastane Yönetimi 2.Ulusal Kongresi**, 28-30 Eylül 2005,Ankara.
- Kocaman, Gülseren(2007). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Liderlik, **Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Paneli**, 24 Şubat 2007, İzmir.
- 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 Pres. <http://www.iom.edu>, <http://www.nap.edu> (22.6.2007)

Krizek, Thomas J. (2000). Surgical Error: Ethical Issues of Adverse Events. Arch Surg 2000;135:1359-1366, Florida.

Oğuz, N.Yasemin(2004). Yüksek Riskli bir Mekan: Sağlık Kuruluşu, **Tıp Dünyası**, 15 Ocak 2004 Sayı:116 <http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/index.php> (20.11.2007)

Pronovost,P.J.,Weaast,B.,Holzmueller,C.G., Rosenstein,B.J.,Kidwell R.P., Haller,K.B.(2005). Evolution of The Culture of Safety: Survey of Clinicians and Managers in an Academic Medical Center,**Quality and Safety in Health Care** 2003;12:405-410.

Schoen,Christian(2005). Taking the pulse of health care systems: Experiences of Patients With Health Problem Six Countries, **Health Affairs** 2005; November issue

Şerifoğlu U.K. ve Sungur E.(2007). Kazaların Habercileri: Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlık&Güvenlik Kültürü İlişkisi, **IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri**, 20-21 Nisan 2007, MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424, Adana.

Thomas, E.J., Sexton,J.B.,Neiland,T.B.,Frankel,A.ve Helmreich,R.L.(2005). The Effect of Executive Walk Rounds on Nurse Safety Climate Attitudes: A Randomized trial of Clinical Units, **BMC Health Services Research** 2005;5:28.

Tütüncü, Ö., Küçükusta,D.ve Yağcı K.(2007). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı, Dokuz Eylül Üniversitesi, **Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 7 (1),İzmir.

Uribe, C., Schweikhart, S., Pathak, D.(2002). Perceived Barriers to Medical-Error Reporting: An Exploratory Investigation. **J Health Manag** , 47 (4), 263-80.

Ünsal, İbrahim(2006). Hasta Güvenliği Perspektifi ile Laboratuvar Kalite Yönetimi ve ISO 15189, **Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Performans Yönetimi Kongresi**, 15-19 Kasım 2006, Antalya.

Wolf, Z.R., Serembus, J. 2000). Responses and Concerns of Healthcare providers to Medication Errors, Clin Nurse Spec, 14 (6), 278-287

Yıldırım, Özlem(2005). Akreditasyon ve Hasta Güvenliği, **SB Diyalog**, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Yıl: 2005, Sayı: 15, s.34-38, Ankara.

Yıldız G.ve Alan H.(2009). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi, **3.Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi,11-14 Şubat 2009**,Antalya.

www.nlm.nih.gov/medlineplus/, (20.11.2007)

www.patienten-verband.de/25000.html, (20.11.2007)

www.ahrq.gov/news/pres/ (20.11.2007)

HEKİMLERİN TIBBİ HATALARIN NEDENLERİNE YÖNELİK YAKLAŞIMLARI: KOCAELİ İLİ ÖRNEĞİ

Mehmet Top⁵⁷, Ömer Gider⁵⁸, Yunus Taş⁵⁹, Seher Çimen⁶⁰, Menderes Tarcan⁶¹

Özet

Çoğu hasta güvenliği araştırması tıbbi hatalara ilişkin hekimlerin görüş ve değerlendirmelerinden daha çok tıbbi hataların nedenleri veya sonuçlarına odaklanmıştır. Bu çalışmada hekimlerin tıbbi hatalar konusundaki görüş ve değerlendirmeleri sistematik bir şekilde belirlenmeye ve analiz edilmeye çalışılmıştır. Araştırma evrenini Kocaeli’nde bulunan bir Üniversite hastanesi ve dört Sağlık Bakanlığı hastanesinde görevli hekimler oluşturmaktadır. Araştırmada 236 hekime anket uygulanmıştır.

Araştırmada iş yükü, tükenmişlik, stres, personel yetersizliği, yanlış teşhis ve mevzuat boşluğu temel tıbbi hata nedenleri olarak bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda hekimlerin 28 tıbbi hata nedeni konusuna ilişkin algılamalarının 6 faktör altında toplandığı bulunmuştur. Bu araştırmada elde edilen sonuçlar tıbbi hataların azalmasına yönelik yönetim müdahalelerinin geliştirilmesine ve hekimlere yönelik yeni politikaların oluşturulmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Hatalar, Hasta Güvenliği, Hekimler, Sağlık Yönetimi, Faktör Analizi

Abstract

Most patient safety research has focused on the causes or the consequences of medical errors rather than providers’ perceptions of the medical errors problem. The present study systematically identifies and analyzes perceptions that may influence physician operational behaviors related to medical errors. The study population included 236 physicians at a university hospital and four Ministry of Health hospitals in Kocaeli.

Common reasons for errors as cited by this study: workload, fatigue, stress, short staffed, misdiagnosis and lawsuit. Factor analysis indicated that 6 interpretable factors underlie the 28 issues associated with physicians’ perceived medical errors reasons. The discussion of findings may serve as a promising foundation for developing management interventions related to medical errors and policies for medical errors more likely to be adopted by physicians.

Key Words: Medical Errors, Patient Safety, Physicians, Health Management, Factor Analysis

57 Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, mtop@hacettepe.edu.tr

58 Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, omer.gider@kocaeli.edu.tr

59 Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, y.tas@koaeli.edu.tr

60 Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, scimen@koaeli.edu.tr

61 Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, menderestarcan@gmail.com

I. GİRİŞ

Hipokrat yemininde hekimler, hastaların güvenliği için onlara herhangi bir zarar vermeyeceklerine dair yemin etmelerine rağmen, uygulamada sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi hatalar her zaman var olmuştur (Myhre ve McRuer 2000: 879; Nolan 2000: 771). Aslında araştırmalar tıbbi bakım hizmetinin hastalara hiç bir zarar veya yan etki olmaksızın verilmeyeceğine işaret etmektedir (Leape, 1994: 1851).

Tıbbi hatalar konusunda yapılan araştırmalar tıbbi hata problemine ilişkin sağlık hizmeti sunan kişilerin (özellikle hekimlerin) görüş ve değerlendirmelerinden daha çok tıbbi hataların sayısı, maliyeti ve tıbbi hataları önlemeye yönelik olası çözüm önerileri üzerinde durmaktadır. Dolayısı ile tıbbi hatalara ait başta hekimler olmak üzere sağlık hizmeti sunucularının görüş, değerlendirme ve algılamaları fazla bilinmemektedir. Bunun sonucu olarak politika belirleyenler ve eğitimciler bu bilgi eksikliği dahilinde tıbbi hatalara ilişkin politikalar geliştirmektedirler (Menachemi 2002: 10-15).

Bu çalışmamızda tıbbi hatalara ilişkin hekimlerin kendi deneyim ve görüşlerine göre bazı tıbbi hata nedenlerine ait görüş ve düşüncelerini belirlemek, bu görüş ve değerlendirmelerin hekimlerin çalışılan hastane mülkiyeti değişkenine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini analiz etmek ve açıklamak amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmada tıbbi hata nedenlerine yönelik yaklaşımların faktör yapısını incelemek de amaçlanmıştır. Ayrıca araştırmada tıbbi hataların hekime, hastaya, topluma ve toplamda sağlık sistemine maliyeti konusundaki hekim algılamalarını belirlemek de amaçlanmıştır.

2. LİTERATÜR İNCELEMESİ

Tıbbi hata, amaçlanan bir tedavi planını başaramama veya yanlış tedavi planı uygulama şeklinde genel anlamda tanımlanabilmektedir. Literatür tıbbi hataları istenmeyen durumlarla ilintilendirmektedir. Yanlış tıbbi uygulama veya tedavi planını tamamlayamama gibi durumlarda hastanın ölümü, sakat kalması, uzun süreli hastanede yatması vb. sonuçlar ters etkiler olarak değerlendirilmektedir. Sonuçta tıbbi hatanın oluşabilmesi için hastada istenmeyen yan etki veya ona zarar verici bir durumun oluşması söz konusudur. Ancak tıbbi hata hastada hasara yol açabilir veya açmayabilir. Tıbbi hata nitelemesinin yapılabilmesi için hastanın zarar görmesi şart değildir (Weingart vd., 2000: 775-780).

Uygulamada tıbbi hataları tespit etmek zordur. Çünkü hizmet sağlayıcılar genellikle tıbbi hataları bildirmekten ve rapor etmekten kaçınmaktadırlar. Ayrıca, hastada meydana gelen istenmedik durumların tıbbi hata ile ilişkisini açıklamak çoğu zaman zorlaşmaktadır. (Leape 2000; Weingart vd., 2000: 775-780).

Çalışmanın bu kısmında tıbbi hatalar konusunda çalışmamızla ilgili olduğu düşünülen bazı araştırmalardan kısaca bahsedilecektir Classen vd., (1997) bir eğitim ve araştırma hastanesinde yanlış ilaç reçete etmenin yan etkilerini araştırmıştır.

Araştırmalarında hastaneye yatışların %2,43'ünün hastaya yanlış ilaç verilmesinden kaynaklandığını bulmuşlardır. Ayrıca araştırmalarında yanlış ilaç reçete edilmesi sonucunda hastaneye yatış sürelerinde, maliyetlerde ve ölüm sayısında istatistiksel olarak anlamlı artışların olduğuna işaret etmişlerdir (Classen vd., 1997: 301-302).

Kuzey Carolina'da yapılan bir araştırmada tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine tıbbi hataların nedenleri ile ilgili bazı sorular yneltirmiştir. Bu araştırmada öğrencilerin %45'i tıbbi hatanın, büyük bir hasar veya ölüme neden olan nitelikte olduğunu ifade etmiştir. Öğrenciler yanlış ilaç reçete etme, yetersiz eğitim, personel yetersizliği (azlığı) ve ihmalini tıbbi hataların temel nedenleri olarak açıklamışlardır (Estrada, 2000: 507).

New York'ta 51 eyalet hastanesinin 30000 hasta kaydı incelenmiş ve tıbbi hata oranı % 3,7 olarak bulunmuştur. Bu tıbbi hataların %70'i kısa dönem sakatlığa (6 ay veya daha az süreli), % 3' kalıcı sakatlık ve yaralanma, yaklaşık %14' ise ölümlle sonuçlanmıştır (Brennan vd., 1991: 371).

Hekimin bilgi seviyesinin yetersizliği ve yeni tedaviler veya ilaçlar hakkında yeterli bilgisinin olmaması, teşhis ve görüntüleme birimlerinden (röntgen, biyokimya, hematoloji, patoloji vb.) gelen yanlış raporlar, hekim tedavi emirlerinin yardımcı sağlık personeli tarafından yeterince yerine getirilememesi, hasta kayıtlarının güvenirliği ve doğruluğu, hekimin iş yükünün fazla olması tıbbi hataların temel nedenleri olarak literatürde sıklıkla yer almaktadır (Windsor ve Pong 1998: 186; Plebani ve Carraro 1997: 1348; Macklis vd.,. 1998: 551). Hastaların hastalıkları ne kadar komplike oldukça ve hastanın yaşı 60 üzerinde oldukça hekimlerin tıbbi hata yapma olasılığının arttığı belirtilmektedir (Weingart vd., 2000: 774).

Tıbbi hatalarda tıp mesleğinin kendi doğasından kaynaklanan temel faktörler vardır. Tıp mesleği oldukça stresli ve iş değişkenliği veya iş kompleksliği oldukça yoğun bir uygulama alanıdır. Bundan dolayı hekimlerin yaşadığı aşırı stres, iş yükünün fazla olması, hekimler ve hasta arasında yaşanan iletişimsizlik gibi faktörlerde önemli birer tıbbi hata kaynağıdır (Sowb, 2000: 25-28). Bu anlamda tıbbi hataları tıp eğitimi st düzeyde tutarak standardize etmek, hasta tedavisinde hekim-hasta, hekim-hekim ve hekim-yardımcı sağlık personeli iletişimini ve entegrasyonunu geliştirmek, tedavi kararlarına hastaları dahil etmek ve sağlık personelinin bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirici hizmet içi eğitimlere önem vermek, takım çalışması kültürünü güçlendirmek, tıbbi hataları azaltma adına önemli birer strateji noktası olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca ilaç tedavilerinde önemli tıbbi hatalar yaşanmaktadır. İlaç sektöründe yeni ilaçların piyasaya sürülmesi, onbinin üzerinde ilacın tedavilerde kullanılması hekimlerin bazen ilaçları yanlış reçete etmesine ve ilaç isimlerini karıştırmalarına neden olmaktadır (Menachemi, 2002: 10).

Tıbbi hataları azaltmada sağlık sektöründe bilgi sistemlerini güçlendirmek ve yaygınlığını artırmak önemli bir yönetsel araçtır (Bates, 2000: 29). Bilgisayar destekli

hekim tedavi emirleri ve bilgisayarlı hekim karar destek sistemleri, hekimlerin el yazısını okuyamama başta olmak üzere birçok tıbbi hata kaynağını ortadan kaldıracığından tıbbi hata oranlarının azaltılmasında önemli yer tutmaktadır. Ayrıca bilgi sistemleri ilaçlar, ilaçların etkileşimi, alerjik durumlar hakkında da önemli veri sağlayarak tedavilerin güvenilirliğinin ve dolayısı ile hasta güvenliğinin artmasına neden olmaktadır (Bates, 2000: 29-32). Hem hekim tedavi emirlerini bilgisayara girilmesinin hem de karar destek sistemini uygulamanın tıbbi hataları yaklaşık %83 azalttığı belirtilmiştir (Bates, 2000: 33; Teich vd., 1999: 197).

3. YÖNTEM

Tıbbi hatalar konusunda genel bir literatür incelemesinden sonra bu bölümde araştırma ve metodoloji üzerinde durulacaktır.

3.1. Amaç

Daha önce de ifade edildiği üzere bu çalışmada, tıbbi hatalara ilişkin hekimlerin kendi deneyim ve görüşlerine göre bazı tıbbi hata nedenlerine ait görüş ve düşüncelerini belirlemek, bu görüş ve değerlendirmelerin hekimlerin çalışılan hastane mülkiyeti değişkenine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini analiz etmek ve açıklamak amaçlanmıştır. Araştırmada hekimlerin tıbbi hataların nedenlerine ilişkin değerlendirmelerinden hareketle tıbbi hata nedenlerinin faktör analizi ile faktör yapısının ortaya çıkarılması da amaçlanmıştır. Ayrıca araştırmada tıbbi hataların hekime, hastaya, topluma ve toplumda sağlık sistemine maliyeti konusundaki hekim algılamalarını belirlemek de amaçlanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmada örneklem çekilmemiş ve evrende bulunan tüm hekimlere (Temel Tıp Bilimleri dışında) ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırma evrenini Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan 450, Kocaeli Devlet Hastanesinde çalışan 84, İzmit Devlet Hastanesi 87, Derince Devlet Hastanesi 70, İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi 31 olmak üzere 722 hekim oluşturmaktadır. Araştırmada toplam 236 hekime ulaşılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin hastane yönetiminden alınan hekim sayıları dikkate alındığında anket uygulanan hekim oranı yaklaşık % 33 dür.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Veri Analizi

Veriler bu araştırma için geliştirilen bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma anketinin hazırlanmasında tıbbi hatalar konusundaki literatüründen yararlanılmıştır. Tıbbi hatalar ve tıbbi hatalara neden olan faktörleri ölçmek için hekimlere 9'lu Likert ölçeğinden yararlanılarak ilgili sorular yöneltilmiştir. Kullanılan 9'lu Likert ölçeğinde; "1-Etkisiz", "9-Çok etkili" şeklinde değerlendirilmiştir. Tıbbi hataların maliyeti konusundaki soruda ise "1-Maliyetsiz", "9-Çok yüksek maliyetli" şeklinde değerlendirilmiştir. Ayrıca ankette ülkemizde tıbbi hataların ne derece sorun olarak kabul edildiğine dair soruya da yer verilmiştir. Bu sorunun yanıtları ise "1-Ciddi

değil", "9- Çok ciddi" şeklinde incelenmiştir. Dolayısı ile hekim yanıtları 1 değerine yaklaştıkça etkisizlik, maliyet düşüklüğü ve az ciddiye alma söz konusu iken, yanıtların 9 değerine yaklaşması çok önemlilik, çok yüksek maliyet ve çok ciddiye alma anlamına gelmektedir.

Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hekimlere tıbbi hataya neden olabilen bazı etkenler, tıbbi hataların topluma, hastaya, hekime ve sağlık sistemine maliyeti ile ülkemizde tıbbi hataların ne derecede önemli bir sorun olarak görüldüğüne dair Likert ölçeği esasına göre hazırlanmış sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise hekimlerin bazı demografik özelliklerine ait bilgilere yer verilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan anketin güvenilirlik katsayısı (alpha skoru) % 91,7 gibi oldukça yüksek çıkmıştır. Yani tıbbi hatalara neden olan faktörlere ait veri ölçüm aracıdaki 28 sorunun güvenilirliği (Cronbach Alpha) değeri % 91,7 olarak bulunmuştur.

Dolayısı ile anketin güvenilirlik katsayısının kabul edilebilirliği de oldukça yüksektir. Anketler araştırmacılar tarafından hekimlere elden dağıtılmıştır. Araştırma 01.04.2008- 20.06.2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 16.0 ortamında bilgisayara aktarılmış, veri analizi için tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel analizler ile t-testi ve faktör analizi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında elde edilen temel bulgular, uygulanan istatistik analizler sonucunda oluşan temel tablolar doğrultusunda ana çerçevede sunulacaktır.

Tablo 1. Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan bazı faktörler hakkındaki algılama ve değerlendirmeleri (n=236)

Tıbbi Hatalara Neden Olan Bazı Faktörler	Ortalama	Std. Sapma
Kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene etme ve tedavi etme baskısı	7,31	1,90
Yoğun çalışma vb. nedenlerden oluşan yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik (fatigue)	7,18	1,94
Kompleks tıbbi vakalar / Hastaların aynı anda birden fazla hastalığının olması (co-morbidities)	6,38	2,06
Personel azlığı	6,11	2,29
Tıbbi prosedürlerin komplikasyonu (istenilmeyen sonucu)	6,03	2,02
Hekimin tıp ve kendi uzmanlık alanındaki bilgi yetersizliği/eksikliği	6,01	2,46
Yanlış veya eksik teşhis / tanı	5,96	2,34

Stres	5,92	2,23
Ülkemizdeki mevzuat boşluğu (Tıbbi hatalar konusunda hasta ve hekim için koruyucu yasaların olmaması)	5,86	2,39
Tanı destek birimlerinden kaynaklanan hatalar (Patoloji, Lab. Radyoloji vb.)	5,47	2,26
Hasta dosyasındaki yetersiz ve eksik dokümantasyon	5,32	2,24
Hekim ve hasta arasındaki iletişim sorunu ve iletişim engelleri	5,25	2,16
Hastanın dürüst davranmaması	5,17	2,31
Yazılan ilaç veya ilaç dozu hataları	5,14	2,15
Doktorlar arasında iletişimsizlik ve iletişim azlığı	5,14	2,14
Hekim tedavi talimatlarının (orderlarının) uygulanmaması	5,07	2,44
Hastaya ait bilgi ve verilere ulaşmada yaşanan gecikmeler	5,01	2,07
Dikkatsizlik ve/veya ihmalkârlık	5,00	2,38
Hasta tedavisinde kullanılan ilaç ve tıbbi malzemenin maliyetinden kaynaklanan baskı	4,89	2,38
Laboratuvar test sonuçlarının yanlış yorumlanması	4,78	2,32
Hemşirelik hizmetleri hatası	4,66	2,19
Hekimin, hastanın özgeçmişi ve hastalığı hakkında bilgi yetersizliği	4,65	2,25
Tıbbi kayıtların yanlışlığı	4,46	2,33
Öntanı ve kesin tanı arasındaki uyumsuzluk	4,44	2,06
Olası tıbbi hatada ödenecek tazminat düzeyi/tazminat ödeme zorunluluğu	4,25	2,61
Eczane hatası (yanlış ilaç, doz vb. verme)	4,09	2,32
Hekimin el yazısının anlaşılabilmesi	3,94	2,30
Yardımcı sağlık personelinin yaptığı tıbbi hatalardan dolayı tazminat ödeme sorumluluğu	3,92	2,03

Tablo 1, araştırma kapsamındaki hekimlerin tıbbi hataları etkileyen faktörler üzerindeki değerlendirmelerine ait bazı tanımlayıcı istatistikleri göstermektedir. Tabloda tıbbi hataları etkileyen faktörler hekimlerin değerlendirmeleri doğrultusunda tıbbi hataların oluşmasındaki etkilerine göre en çok etkiliden en az etkilie doğru

sıralanmıştır. Buna göre araştırmaya katılan hekimler, tıbbi hataları en çok etkileyen olası faktör olarak "kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene etme ve tedavi etme baskısını" algılamaktadırlar. İkinci en yüksek etkili faktör olarak ise "yoğun çalışma vb. nedenlerden oluşan yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik (fatigue)" gösterilmiştir. Bu iki nedenin en fazla tıbbi hatalar üzerinde etkisi olduğu düşüncesi, hekimlerin tıbbi hataların temel kaynağı olarak iş yüklerinin fazla olması, hastalarını muayene etmek için yeterli zamanı bulamamaları, kısa sürede çok hasta tedavi etme baskısı ve tükenmişlik duygusunun olduğuna işaret etmektedir. Hekimler ayrıca "Hekimin tıp ve kendi uzmanlık alanındaki bilgi yetersizliği/eksikliği" önemli bir etken sayarak kendi öz eleştirilerini de yapmaktadır. Hekimlerin mesleklerini stresli bir ortamda sunmaları tıbbi hataların oluşmasında önemli faktörler arasında değerlendirilmiştir. Hekimlerin tıbbi hata nedenleri arasında tazminat ödeme ile ilgili ifadeleri düşük düzeyde etkili algılamaktadır. Ülkemizde tıbbi hataların belirlenmesi ve bunlara yönelik mevzuat tam teşekkül etmediğinden hekimler tıbbi hatalardan dolayı tazminat ödeme baskısının tıbbi hatalardaki etkisini düşük düzeyde algılamış olabilir. Zaten tıbbi hatalar konusundaki mevzuat eksikliği hekimler tarafından önemli bir neden olarak ifade edilmiştir.

Tablo 2. Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan bazı faktörler hakkındaki algılama ve değerlendirmelerinin hastane mülkiyetine göre dağılımı ve karşılaştırılması

Tıbbi Hatalara Neden Olan Bazı Faktörler	Üniversite (n=136)		Sağlık Bakanlığı (n=100)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
1. Hekimin tıp ve kendi uzmanlık alanındaki bilgi yetersizliği/eksikliği	6,15	2,37	5,83	2,57	0,977	0,329
2. Olası tıbbi hatada ödenecek tazminat düzeyi/tazminat ödeme zorunluluğu	4,23	2,59	4,27	2,64	-0,122	0,903
3. Öntanı ve kesin tanı arasındaki uyumsuzluk	4,58	2,09	4,24	2,02	1,252	0,212
4. Yazılan ilaç ve ilaç dozu hataları	4,94	2,25	4,25	2,19	2,352	0,019*
5. Yanlış veya eksik teşhis / tanı	6,05	2,37	5,84	2,31	0,683	0,495
6. Hasta tedavisinde kullanılan ilaç ve tıbbi malzemenin maliyetinden kaynaklanan baskı	4,82	2,24	4,99	2,56	-0,529	0,597

7. Yoğun çalışma vb. nedenlerden oluşan yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik (fatigue)	7,15	1,94	7,23	1,95	-0,323	0,747
8. Kompleks tıbbi vakalar / Hastaların aynı anda birden fazla hastalığının olması (co-morbidities)	6,46	1,98	6,27	2,16	0,683	0,495
9. Kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene etme ve tedavi etme baskısı	7,12	1,97	7,56	1,77	-1,745	0,082
10. Tıbbi prosedürlerin komplikasyonu (istenilmeyen sonucu)	6,13	1,90	5,88	2,17	0,947	0,345
11. Dikkatsizlik ve/veya ihmalkârlık	5,33	2,31	4,54	2,40	2,548	0,011*
12. Stres	5,88	2,19	5,98	2,29	-0,356	0,722
13. Hekim tedavi talimatlarının (orderlarının) uygulanmaması	5,26	2,40	4,81	2,47	1,395	0,164
14. Hekimin, hastanın özgeçmiş ve hastalığı hakkında bilgi yetersizliği	5,07	2,14	5,24	2,16	-0,613	0,541
15. Hastanın dürüst davranmaması	4,82	2,25	5,64	2,32	-2,711	0,007*
16. Hekim ve hasta arasındaki iletişim sorunu ve iletişim engelleri	5,16	2,21	5,37	2,10	-0,729	0,467
17. Doktorlar arasında iletişimsizlik ve iletişim azlığı	5,37	2,20	4,83	2,04	1,912	0,057
18. Hasta dosyasındaki yetersiz ve eksik dokümantasyon	5,53	2,18	5,03	2,29	1,698	0,091
19. Hekimin el yazısının anlaşılabilmesi	4,27	2,40	3,48	2,09	2,638	0,009*
20. Hastaya ait bilgi ve verilere ulaşmada yaşanan gecikmeler	5,04	2,07	4,97	2,08	0,244	0,807
21. Tanı destek birimlerinden kaynaklanan hatalar (Patoloji, Lab. Radyoloji vb.)	5,57	2,30	5,33	2,20	0,792	0,429
22. Laboratuvar test sonuçlarının yanlış yorumlanması	4,95	2,50	4,54	2,04	1,337	0,183
23. Hemşirelik hizmetleri hatası	4,82	2,25	4,43	2,10	1,364	0,174

24. Yardımcı sağlık personelinin yaptığı tıbbi hatalardan dolayı tazminat ödeme sorumluluğu	3,77	2,03	4,13	2,01	-1,341	0,181
25. Eczane hatası (yanlış ilaç, doz vb. verme)	4,00	2,38	4,22	2,25	-0,718	0,474
26. Tıbbi kayıtların yanlışlığı	4,54	2,37	4,34	2,28	0,663	0,508
27. Personel azlığı	6,20	2,44	5,98	2,08	0,721	0,472
28. Ülkemizdeki mevzuat boşluğu (Tıbbi hatalar konusunda hasta ve hekim için koruyucu yasaların olmaması)	5,86	2,37	5,80	2,42	0,001	0,997

*: P < 0,05 anlamlı farklılık

Tablo 2, hekimlerin çalıştığı hastanenin mülkiyetine göre tıbbi hataya neden olduğu düşünülen bazı faktörlerin tıbbi hataların oluşmasındaki etkilerine ait değerlendirmelerin dağılımını ve karşılaştırmasını göstermektedir. Tablo incelendiğinde üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerle Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin değerlendirmeleri arasında genelde anlamlı farklılığın olmadığı anlaşılmaktadır. Farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını analiz etmek için iki bağımsız grupta iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) uygulanmıştır. Uygulanan istatistiksel çözümleme sonucunda, 28 tane tıbbi hataya neden olduğu düşünülen faktörden sadece 4'ünde üniversite hastanesi ve devlet hastanesinde çalışan hekimlerin algılamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 3. Hekimlerin tıbbi hataların kendilerine, hastalara, kurumlara ve topluma/ sağlık sistemine maliyeti hakkında algılamaları

Tıbbi hataları maliyeti hakkındaki algılamalar	Ort.	Std. Sapma
Tıbbi hataları topluma /sağlık sistemine maliyeti	6,75	2,05
Tıbbi hataların hastalara maliyeti	6,57	2,29
Tıbbi hataların size (hekime) maliyeti	6,05	2,45
Tıbbi hataların kurumlara maliyeti	6,04	2,32

Araştırmada hekimlerin tıbbi hataların maliyeti konusundaki görüşleri de sorgulanmıştır. Bu noktada hekimler, tıbbi hataların sırasıyla en çok topluma (sağlık sistemine), hastalara, hekimlere ve son olarak sağlık kurumlarına maliyetinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3).

Herhangi bir tıbbi hata oluştuğu zaman bunun hastaya, hasta yakınlarına, hekimlere ve sağlık sistemlerine başta mali olmak üzere birçok olumsuz etkileri olmaktadır. Tıbbi hatanın maliyet etkisi, tedavinin uzaması, yeni sakatlıkların veya komplikasyonların

tedavisi, ilaç harcamalarının artması anlamında ilave maliyetler getirmesi sonucunda olmaktadır. Ayrıca tıbbi hataların alternatif maliyetleri ve toplumda yarattığı manevi hasarlar da söz konusudur. Tıbbi hatalar, toplumun sağlık sistemine ve hekimlere olan güvenini her zaman olumsuz yönde etkilemektedir (Menachemi, 2002: 10).

Tıbbi hataların hastaneye yatış başına hastane maliyetlerini yaklaşık 5000 Dolar artırdığı ifade edilmektedir (Bates, vd., 1995: 29; Classen et al., 1997: 301).

Fırsat maliyetlerini düşündüğümüzde tıbbi hataların önemli olumsuz sonuçları olmaktadır. Tekrarlanan laboratuvar testleri, tekrarlanan ilaç tedavileri ve tıbbi hatanın yarattığı olumsuz sağlık durumunun tedavisi için yapılan ilave maliyetler sağlık sigorta primlerinde artışlara yol açmakta ve dolayısı ile bu ilave harcamaların alternatif alanlarda kullanılması söz konusu olamamaktadır.

Ülkemizde tıbbi hatalar konusu ne derece ciddi bir sorun olarak algılanıyor şeklinde yöneltilen soruya hekimler 1 den 9'a kadar yanıtlar vermiştir. 1 hiç ciddiye alınmadığını, 9 ise çok ciddiye alındığını göstermektedir. Araştırmada hekimlerin tıbbi hataların ülkemizde ortalama 4,98 ile orta düzeyde ciddiye alındığını düşündükleri anlaşılmıştır.

Tablo 4. Hekimlerin minimal düzeyde olumsuz sonuçlanan ve sakatlık veya ölüme neden olan tıbbi hataya tanık olup/ olmama durumlarının dağılımı (n=236)

Tıbbi Hata Görüp/Görmeme Durumu	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Minimal ve küçük düzeyde olumsuzlukla sonuçlanan bir tıbbi hata görme	198	83,9	38	16,1
Sakatlık veya ölüme sonuçlanan bir tıbbi hata görme durumu	102	43,2	134	56,8

Araştırmada hekimlere ayrıca minimal düzeyde olumsuzluk ve sakatlık veya ölüme sonuçlanan herhangi bir tıbbi hataya tanık olup olmadıkları (görüp görmedikleri) sorusu yöneltilmiştir. Hekimlerin %83,9'u (198 hekim) minimal ve küçük düzeyde olumsuzlukla sonuçlanan bir tıbbi hataya tanık olduğunu, % 43,2'si ise sakatlık veya ölüme sonuçlanan bir tıbbi hataya tanık olduğunu belirtmiştir. Tablo 4'de görüldüğü gibi hekimlerin yüksek oranda tıbbi hataya tanık olmaları dikkat çekicidir.

Tablo 5. Hekimlerin minimal düzeyde olumsuzlukla sonuçlanan, sakatlık veya ölüme neden olan tıbbi hataya tanık olup/olmama durumlarının hastane mülkiyetine göre dağılımı (n=236)

Tıbbi Hata Görüp / Görmeme Durumu			Çalışılan hastanenin mülkiyeti			Ki-Kare	p
			Üniversite	Sağlık Bakanlığı	Satır Toplam		
Ciddi sakatlık veya ölüme sonuçlanan bir tıbbi hata gördünüz mü?	Evet	Sayı	63	39	102	1,259	0,289
		Satır Yüzdesi	61,8	38,2	100,0		
		Sütun Yüzdesi	46,3	39,0	43,2		
	Hayır	Sayı	73	61	134		
		Satır Yüzdesi	54,5	45,5	100,0		
		Sütun Yüzdesi	53,7	61,0	56,8		
	Sütun Toplam	Sayı	136	100	236		
		Yüzde	57,6	42,4	100,0		
	Minimal veya küçük düzeyde olumsuzlukla sonuçlanan bir tıbbi hata gördünüz mü?	Evet	Sayı	114	84		
Satır Yüzdesi			57,6	42,4	100,0		
Sütun Yüzdesi			83,8	84,0	83,9		
Hayır		Sayı	22	16	38		
		Satır Yüzdesi	57,9	42,1	100,0		
		Sütun Yüzdesi	16,2	16,0	16,1		
Sütun Toplam		Sayı	136	100	236		
		Yüzde	57,6	42,4	100,0		

Tablo 5, hekimlerin çalıştıkları hastanenin mülkiyetine göre tıbbi hata görüp görmeme sayısı ve yüzdeleri ile bunlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığını göstermektedir. Tablo incelendiğinde üniversite hastanesinde Sağlık Bakanlığı hastanesine göre daha çok sayıda ve yüzdede tıbbi hataya tanık olan hekimin olduğu görülmektedir. Bu farklılığın anlamlı olup olmadığını analiz etmek için Ki-Kare testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hekimlerin tıbbi hata görüp görmeme yüzdeleri arasında anlamlı farklılığın olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 6. Tıbbi hata nedenlerinin faktör analizi özdeğerler ve varyans açıklama yüzdeleri

Faktörler	Initial Eigenvalues (Başlangıç özdeğerleri)			Extraction Sums of Squared Loadings (Çıkarma sonrası yüzde yükler)			Rotation Sums of Squared Loadings (Rotasyon sonrası yüzde yükler)		
	Toplam	Varyans açıklama %si	Kümülatif %	Toplam	Varyans açıklama %si	Kümülatif %	Toplam	Varyans açıklama %si	Kümülatif %
1. Faktör	8.972	32,042	32.042	8.972	32,042	32,042	3.859	13,781	13,781
2. Faktör	2.594	9,265	41.306	2.594	9,265	41,306	3.640	12,999	26,780
3. Faktör	1.828	6,529	47.835	1.828	6,529	47,835	3.424	12,228	39,007
4. Faktör	1.648	5,886	53.721	1.648	5,886	53,721	3.015	10,766	49,774
5. Faktör	1.330	4,752	58.473	1.330	4,752	58,473	2.088	7,455	57,229
6. Faktör	1.005	3,591	62.064	1.005	3,591	62,064	1.354	4,834	62,064
Extraction Method: Principal Component Analysis.									

Tablo 6, hekimlerin bazı tıbbi hata nedenlerinin tıbbi hatalardaki etkisine ilişkin yaptıkları değerlendirmelere uygulanan faktör analizine ilişkin özdeğer ve varyans açıklama yüzdelerini göstermektedir. Tablo incelendiğinde 28 tane tıbbi hata nedeninin uygulanan faktör analizi sonucu 6 faktör altında toplandığı ve bu altı faktörün toplam varyansın % 62,024'ünü açıkladığı görülmektedir. "Varimax with Kaiser normalization" rotasyon yöntemi sonucunda faktörlerin toplam varyansı açıklama yüzdeleri ve özdeğerleri birbirine yakın değerlerde bulunmuştur.

Faktör analizinde ikili değişkenler arasındaki korelasyonun önemliliğinin yeterli sayıda olması önemli bir model varsayımdır. Bunu test etmek için örneklem yeterliliğini değerlendirmede kullanılan Kaiser Meyer Olkin (KMO) ölçüsüne bakılmaktadır. KMO değişkenler arasındaki kovaryans düzeyini değerlendirir ve böylece kullanılan faktör analizinin uygunluğu belirlenmiş olur. Bu çalışmada veri setinin KMO istatistiği 0,883 olarak bulunmuştur ve bu veri setine faktör analizi uygulanabileceğini göstermektedir. KMO değerinin 0,6 üzerinde olması literatürde ideal durum olarak yorumlanmaktadır (Tabachnick ve Fidell 1996: 252). Ayrıca Barlett'in sphericity testi (Barlett's test of sphericity) faktör analizi varyansını test etmede kullanılmaktadır. Çalışmamızda yapılan Barlett'in sphericity testi sonunda, $\chi^2 = 3154,53$; $p = 0,000$ ($p < 0,001$) bulunmuştur. Bu sonuçlar uygulanan faktör analizi yaklaşımının kabul edilebilirliğini göstermektedir.

Tablo 7. hekimlerin tıbbi hataların nedenlerine ilişkin değerlendirme ve algılamalarının faktör yapısı - rotated component matrix^a

	Faktörler					
	1. Faktör	2. Faktör	3. Faktör	4. Faktör	5. Faktör	6. Faktör
TIBBİ HATA NEDENLERİ (ANKETTEKİ SORU SIRA NUMARASINA GÖRE VERİLMİŞTİR)	Yardımcı sağlık personeli odaklı nedenler	İletişim eksikliği ve hasta dosyası odaklı nedenler	Hekimin yetersizliği odaklı nedenler	Çalışma koşulları odaklı nedenler	Mevzuat eksikliği ve tazminat baskısı odaklı nedenler	Hastanın dürüst davranmaması ve maliyet odaklı nedenler
FAKTÖRLERİN GUVENİRLİK KATSAYILARI (ALPHA DEĞERLERİ)	0,874	0,848	0,823	0,774	0,678	0,450
23. Hemşirelik hizmetleri hatası	0,748					
13. Hekim tedavi talimatlarının (orderlarının) uygulanmaması	0,722					
25. Eczane hatası (yanlış ilaç, doz vb. verme)	0,704					
22. Laboratuvar test sonuçlarının yanlış yorumlanması	0,690					
21. Tanı destek birimlerinden kaynaklanan hatalar (Patoloji, Lab. Radyoloji vb.)	0,616					
26. Tıbbi kayıtların yanlışlığı	0,599					
27. Personel azlığı	0,464					
18. Hasta dosyasındaki yetersiz ve eksik dokümantasyon		0,793				
17. Doktorlar arasında iletişimsizlik ve iletişim azlığı		0,694				
20. Hastaya ait bilgi ve verilere ulaşmada yaşanan gecikmeler		0,689				
19. Hekimin el yazısının anlaşılabilmesi		0,643				
16. Hekim ve hasta arasındaki iletişim sorunu ve iletişim engelleri		0,552				
14. Hekimin, hastanın özgeçmiş ve hastalığı hakkında bilgi yetersizliği		0,512				
5. Yanlış veya eksik teşhis / tanı			0,825			

1. Hekimin tıp ve kendi uzmanlık alanındaki bilgi yetersizliği/eksikliği			0,729		
4. Yazılan ilaç ve ilaç dozu hataları			0,723		
11. Dikkatsizlik ve/veya ihmalkârlık			0,658		
3. Öntanı ve kesin tanı arasındaki uyumsuzluk			0,625		
7. Yoğun çalışma vb. Nedenlerden oluşan yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik (fatigue)				0,754	
9. Kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene etme ve tedavi etme baskısı				0,754	
8. Kompleks tıbbi vakalar / Hastaların aynı anda birden fazla hastalığının olması (co-morbidities)				0,694	
10. Tıbbi prosedürlerin komplikasyonu (istenilmeyen sonucu)				0,631	
12. Stres				0,615	
2. Olası tıbbi hatada ödenecek tazminat düzeyi/tazminat ödeme zorunluluğu					0,749
24. Yardımcı sağlık personelinin yaptığı tıbbi hatalardan dolayı tazminat ödeme sorumluluğu					0,717
28. Ülkemizdeki mevzuat boşluğu (Tıbbi hatalar konusunda hasta ve hekim için koruyucu yasaların olmaması)					0,629
15. Hastanın dürüst davranmaması					0,563
6. Hasta tedavisinde kullanılan ilaç ve tıbbi malzemenin maliyetinden kaynaklanan baskı					0,547

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Tablo 7, tıbbi hata nedenlerinin faktör yapısını ve faktörlerin altına toplanan tıbbi hata nedenlerinin faktör yüklerine göre dağılımını göstermektedir. Ayrıca tabloda faktörlerin güvenilirliğini gösteren Alpha değerleri de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, faktörlerin altına toplanan tıbbi hata nedenlerinin faktör güvenilirlik katsayılarının oldukça yüksek olduğu dolayısı ile güvenilirliğinin kabul edilebilir olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızda elde edilen veri setine uygulanan faktör analizi sonucunda 28 tıbbi hata nedeninin 6 faktör altında toplandığı bulunmuştur. Bu faktörler, altlarında toplanan tıbbi hata nedenleri doğrultusunda adlandırılmaya

çalışılmıştır. Daha önce faktörlerin toplam varyansı açıklama yüzdeleri Tablo 6'de verildiğinden burada tekrar bu yüzdelerden bahsedilmeyecektir.

Birinci faktör altında 7 tıbbi hata nedeni toplanmıştır. Bu nedenlerin hemşirelik hizmetleri hatası, hekim tedavi talimatlarının uygulanmaması, personel azlığı, eczane hataları, tıbbi kayıtların yanlışlığı, laboratuvar hataları ve tanı destek birimlerinden kaynaklanan hatalar olduğu görülmektedir. Dolayısı ile bu hataların hekime yardım ve destek sağlayan yardımcı sağlık personeli odaklı tıbbi hata nedenleri olduğundan dolayı, birinci faktör "**yardımcı sağlık personeli odaklı tıbbi hata nedenleri**" şeklinde isimlendirilebilir.

İkinci faktör altında 6 tıbbi hata nedeni bulunmaktadır. Bunlar, hekimlerin kendi aralarındaki iletişim eksikliği, hekim-hasta arasındaki iletişim yetersizliği, hasta dosyalarında eksik bilgi ve belge olması, hekimin hasta özgeçmişini hakkında yetersiz bilgisi, hekimin el yazısının okunamaması gibi nedenlerdir. Dolayısı ile bu nedenlerin daha çok iletişim ve hasta dosyası başta olmak üzere hastaya ait bazı bilgi eksikliği odaklı olmasından dolayı, ikinci faktör "**iletişim ve hasta dosyası odaklı tıbbi hata nedenleri**" olarak değerlendirilebilir.

Üçüncü faktör altında 5 tane tıbbi hata nedeni toplanmıştır. Bunlar hekimin tıp ve uzmanlık alanındaki bilgi eksikliği, ön tanı ve kesin tanı uyumsuzluğu, hekimin ihmali ve dikkatsizliği, ilaç ismi ve dozunu yanlış yazma, yanlış teşhis koyma gibi daha çok hekimin kendisinden kaynaklanan nedenlerdir. Bu özellikten dolayı üçüncü faktör, "**hekim odaklı tıbbi hata nedenleri**" şeklinde nitelendirilebilir.

Dördüncü faktör altında yine 5 tıbbi hata nedeninin toplandığı görülmektedir. Bunlar yoğun çalışma temposu, kısa sürede çok sayıda hastayı muayene etme ve tedavi etme baskısı, tedavisi zor komplike vakalar, stres gibi çalışma koşulları ile ilgili nedenlerdir. Dördüncü faktör altında toplanan tıbbi hata nedenleri hekimin çalışma şartları ile ilgili olduğundan "**çalışma koşulları odaklı tıbbi hata nedenleri**" şeklinde bir niteleme yapmak mümkündür.

Beşinci faktör altında 3 tıbbi hata nedeni toplanmıştır. Bunlar; tıbbi hatadan dolayı tazminat ödeme baskısı, yardımcı sağlık personelinin yaptığı hatadan kaynaklanan tıbbi hatadan dolayı hekimin tazminat ödeme korkusu ve ülkemizde tıbbi hatalar konusunda yeterli mevzuatın olmadığına dair nedenlerdir. Buradaki nedenlerin daha çok mevzuat ve tazminat içerikli olduğu anlaşılmaktadır. Beşinci faktör bu temel özelliğinden dolayı "**mevzuat eksikliği ve tazminat ödeme baskısı odaklı tıbbi hata nedenleri**" şeklinde isimlendirilebilir.

Altıncı faktör altında ise 2 tıbbi hata nedeni vardır. Bu faktör altında toplanan tıbbi hata nedenlerinin birbiri ile çok ilişkili olmadığı görülmektedir. Zaten faktörün altında toplanan bu değişkenlere uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda da Alpfa katsayısı düşük (% 45) bulunmuştur. Altıncı faktör altında toplanan tıbbi hata nedenleri, hastanın dürüst davranmaması ve hekimin tedavide kullandığı ilaç ve tıbbi malzemenin maliyetinin çok yüksek olmasıdır. İlaç ve tıbbi malzeme maliyeti çok yüksek olması

durumunda hekim kendini daha az maliyetli ilaç veya tıbbi malzeme kullanma zorunluluğunda hissedebilir ve bu durum bazen tıbbi hata kaynağı olabilmektedir. Altıncı faktör **"hastanın dürüst davranmama ve maliyet baskısı odaklı tıbbi hata nedenleri"** şeklinde tanımlanabilir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada ülkemizde tıbbi hatalar konusunda hekimlerin tıbbi hataların nedenleri başta olmak üzere tıbbi hataların maliyetleri konusundaki değerlendirme ve algılamaları belirlenmeye çalışılmış ve ayrıca hekimlere büyük ölçekli veya küçük ölçekli bir tıbbi hata ile karşılaşmış ve karşılaşmadıkları sorulmuştur. Daha önce de ifade edildiği üzere tıbbi hatalar konusunda yapılan araştırmalarda hekimlerin algılama, düşünce ve değerlendirmelerinin literatürde yeterince yer verilmediğine işaret edilmektedir. Tıbbi hatalar konusunda ülkemizde de son derece sınırlı araştırma yapılmıştır. Özellikle tıbbi hatalarla ilgili veri ve bilgiye ulaşmak çok zor olduğundan bu konuda bilimsel araştırmalar yapmak da zorlaşmaktadır. Bu çalışmada sadece ülkemizin bir ilindeki üniversite hastanesi ve dört devlet hastanesinde çalışan hekimlerin tıbbi hatalar konusundaki değerlendirmeleri incelenmiştir. Bu durum araştırmada önemli bir sınırlılık olarak ele alınabilir. Dolayısıyla araştırma sonuçlarını tüm ülke hekimlerine genellemek söz konusu değildir. Ayrıca araştırmada dünyada kabul edilmiş bir indeks veya skala gibi ölçüm aracı kullanılmamıştır. Daha önce bu konuda yapılmış araştırmalar ve ilgili literatür taraması sonucunda anket formu araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bu nokta da önemli bir sınırlılık olarak düşünülebilir.

Araştırmada hekimler, tıbbi hataları en çok etkileyen olası faktör olarak "kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene etme ve tedavi etme baskısını" algılamaktadırlar. Bu sonuç tıbbi hataların oluşmasında hekimlerin iş yükünü temel faktör olarak gördüklerini göstermektedir. Buna paralel olarak hekimler yoğun çalışma ve iş yükünden kaynaklanan bitkinlik, yorgunluk ve motivasyonsuzluğu da ikinci en önemli tıbbi hata nedeni olarak değerlendirmektedirler. Bu iki nedenin tıbbi hatalar üzerinde en fazla etkisinin olduğu düşüncesi, hekimlerin tıbbi hataların temel kaynağı olarak iş yüklerinin fazla olması, hastalarını muayene etmek için yeterli zamanı bulamamaları, kısa sürede çok sayıda hasta tedavi etme baskısı ve tükenmişlik duygusunun olduğuna işaret etmektedir. Hekimler ayrıca "Hekimin tıp ve kendi uzmanlık alanındaki bilgi yetersizliği/eksikliği" önemli bir etken sayarak kendi öz eleştirilerini de yapmaktadırlar.

Araştırmada hekimler tıbbi hataların sırasıyla en çok topluma (sağlık sistemine), hastalara, hekimlere ve son olarak sağlık kurumlarına maliyetinin yüksek olduğunu açıklamıştır. Bunun yanı sıra hekimlerin %83,9'u (198 hekim) minimal ve küçük düzeyde olumsuzlukla sonuçlanan bir tıbbi hata gördüğünü, % 43,2'si ise sakatlık veya ölümlerle sonuçlanan bir tıbbi hata gördüğünü belirtmiştir.

Araştırmada tıbbi hata nedenlerine yönelik hekimlerin değerlendirmelerinden elde edilen veri setine faktör analizi uygulanmış ve 28 tıbbi hata nedeninin faktör yapısı

açıklanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda 28 tıbbi hata nedeninin 6 faktör altında toplandığı bulunmuştur. Bu altı faktör altında toplanan tıbbi hata nedenlerinin içeriği ve birbiri ile ilişkisine göre isimlendirilmiştir. Faktörler "yardımcı sağlık personeli odaklı, iletişim ve hasta dosyası odaklı, çalışma koşulları odaklı, hekim odaklı, mevzuat eksikliği ve tazminat ödeme baskısı odaklı, hastanın dürüst davranmama ve maliyet baskısı odaklı" tıbbi hata nedenleri olarak isimlendirilmiştir.

Araştırma sonuçları ülkemizde tıbbi hatalar konusunda daha çok araştırma yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu araştırma küçük ölçekli tanımlayıcı bir araştırma niteliğindedir. Sağlık Bakanlığı bu konuda ulusal projeler başlatmalı ve tıbbi hatalar konusundaki veriler ve mahkeme kayıtlarının araştırmacılara açılması gerekmektedir. Özellikle tıbbi hataların maliyeti konusunda ülkemizde çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Tıbbi hataları azaltmak için öncelikle tıp fakülteleri arasında eğitim standardının sağlanması gerekmektedir. Tıp eğitim standartları belirlenerek bu doğrultuda her tıp fakültesinin hekim yetiştirmesi kaçınılmazdır. Tıbbi hataların oluşmasında hekimin bilgi ve beceri eksikliği her zaman söz konusu olabilmektedir. Bu sebeple hekimlerin aynı üst seviyede yetiştirdikten sonra onların kendilerini yeni gelişen tıba uyumlaştırması da sağlanmalıdır. Hekimlerin iş yükünü yeniden düzenleyen ve onlara hastalarını tedavi için yeterli zamanı sağlayacak planlamaların yapılması gerekmektedir. Özellikle hekimlerin bitkinlik ve tükenmişlik duygusunu ortadan kaldıracak maddi ve manevi özendiricilerin gündeme getirilmesi kaçınılmazdır.

Tıbbi hataların azaltılmasında sağlık yönetimi açısından en önemli nokta tıbbi kayıtların ve hasta dosyalarının güvenilirliğidir. Sağlık bilgi sistemlerinin hastanelerde geliştirilmesi ve elektronik hasta kayıtlarının yapılması, hasta dosyalarının elektronik ortamda saklanması ülkemizde tıbbi hataların azalmasına önemli katkı sağlayacaktır. Buna benzer çözümlerin hayata geçirilmesinde sağlık yöneticileri aktif olarak rol almalı ve sağlık sektöründe gerekli yönlendirmeleri yapmalıdırlar.

Ülkemizde tıbbi hatalar konusunda mevzuat eksikliğini de hekimler önemli bir tıbbi hata nedeni olarak algılamaktadır. Türk hukuk sisteminde Anayasa, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Türk Tabipleri Birliği Yasası, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği gibi birçok yasa ve yönetmelikte hekimlerin mesleki faaliyetlerini düzenleyen maddeler olmakla birlikte hekimlerin hukuki sorumluluklarını düzenleyen özel hükümler mevcut değildir. 2002 Yılında tartışılmaya açılan ve Malpraktis Yasası olarak bilinen "Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı" ülkemizde tıbbi hatalar konusunda hassasiyetin gösterilmeye başlandığına işaret etmektedir. Yasa Tasarısının amacı (Türk Tabipleri Birliği 2002); "sağlık personelinin koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici standart tıbbi uygulamayı yapmaması, mesleki bilgi ve beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zararlar ile ilgili sorumluluğa ilişkin usul ve esaslar ile bu zararları önleyici ve sağlık hizmetlerini geliştirici mekanizmaları düzenlemektir." şeklinde ifade edilmektedir. Her ne kadar "tasarı" yasallaşmasa da hekimlere mesleki sorumluluk sigortası yaptırma yükümlülüğünü de getirmektedir.

Nitekim, 16 Mart 2006 tarih ve 26110 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Tebliği” ve 21 Eylül 2006 tarih ve 26296 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu Tebliği” ile hekimlere ve sağlık personeline mesleki faaliyetlerini ifa ederken neden olduğu zararlar dolayısıyla ödemek zorunda kaldığı veya kalacağı tazminat tutarlarına ilişkin hükümler getirilmiştir (Resmi Gazete 2006). Mesleki Sorumluluk Sigortası’nın yanı sıra şu anda tasarı haliyle duran “Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı”nın kamuoyu, sağlık hukukçuları ve meslek örgütlerince gözden geçirilip, tartışılıp yasallaşmasının tıbbi hataları azaltmada ve tıbbi hataların hukuki sonuçlarını aydınlatmada önemli bir adım olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Bates, D. (2000), “Using Information Technology to Reduce Rates of Medical Errors in Hospitals”, **British Medical Journal**, Vol. 320, pp. 788-791.

Bates, D. W. - Cullen, D. J. -Laird, N.- Petersen, L. A.- Small, S. D.- Servi, D. (1995), “Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events”, **Journal of the American Medical Association**, Vol. 274, No. 1, pp. 29-34.

Brennan, T. (2000), “The IOM Report on Medical Errors- Could it do Harm?” **New England Journal of Medicine**, Vol. 342, No.15), pp. 1123-1125.

Brennan, T. A- Leape, L. L. - Laird, N. M. - Herbert, L. - Localio, R. A. - Lawthers, A. G. (1991), “Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study”. **New England Journal of Medicine**, Vol.324, No. 6, pp. 370-376.

Classen, D. C. - Pestotnik, S. L. - Evans, R. S. - Lloyd, J. F. -Burke, J. P. (1997), “Adverse Drug Events in Hospitalized Patients”, **JAMA**. Vol. 227, No. 4, pp. 301-306.

Estrada, C. (2000), “Medical Errors Must Be Discussed During Medical Education”, **British Medical Journal**, Vol. 321, pp. 507.

Leape, L. (1994), “Errors in Medicine”, **JAMA**, Vol. 272, No. 23, pp. 1851-1857.

Leape, L. (2000), “Institute of Medicine Medical Error Figures Are Not Exaggerated”, **Journal of the American Medical Association**, Vol. 284 No.1, pp. 423

Macklis, R. M. - Meier, T. - Weinhaus, M. S. (1998), “Error Rates in Clinical Radiography”, **Journal of Clinical Oncology**, Vol. 16, pp.551-556.

McDonald, C. J. - Weiner, M. - Hui, S. L. (2000) “Deaths due to Medical Errors are Exaggerated in Insitute of Medicine Report”, **Journal of the American Medical Association**, Vol. 284, No1, pp. 93-95.

Menachami, N. (2002), “Physicians’ perceptions of medical errors, (Unpublishen

doctorate dissertation), The University of Alabama at Birmingham.

Myhre, B. A. ve McRuer, D. (2000) "Human error-as Significant Cause of Transfusion Mortality", **Transfusion**, Vol. 40, pp. 879-885.

Nolan, T. W. (2000), "System Changes to Improve Patient Safety", **British Medical Journal**, Vol. 320, pp. 771-773.

Plebani, M. ve Carraro, P. (1997), "Mistakes in Stat Laboratory: Types and Frequencies, **Clinical Chemistry**, Vol. 43, pp. 1348-1351.

Resmi Gazete, 16 Mart 2006 tarih ve 26110 sayılı, **Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Tebliği**.

Resmi Gazete, 21 Eylül 2006 tarih ve 26296 sayılı **Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu Tebliği**.

Sowb, Y. A. (2000), "**Cognitive Analysis of Intraoperative Critical Events**". (Unpublished Doctoral Dissertation), University of California, Davis, Davis, CA.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (1996) **Using Multivariate Statistics: Third Edition**. New York: HarperCollins College Publisher.

Teich, J. M.- Glaser, J. P. - Beckley, R. F. - Aranow, M. - Bates, D. W. - Kuperman, G. J. (1999), "The Brigham Integrated Computer System (BICS): Advanced Clinical Systems in an Academic Hospital Environment, **International Journal of Medical Informatics**, Vol. 54, No. 3, pp. 197-208.

Türk Tabipleri Birliği, "Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı" TBMM'ye Sunuldu., 2002. <http://www.ttb.org.tr> (10.08.2008)

Weingart, S.N. - Wilson, R. M. - Harrison, B. (2000) "Epidemiology of Medical Error, **British Medical Journal**, Vol. 320 No. 7237, pp. 774-777.

Windsor, J. A. ve Pong, J. (1998), "Laparoscopic Biliary Injury: More than a Learning Curve Problem, **Australian and New Zealand Journal of Surgery**, Vol. 68, pp.186-189.

HASTA VE ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ

AYAKTAN FİZİK TEDAVİ UYGULANAN HASTALARDA AĞRI İYİLEŞMESİNİN MEMNUNİYET İLE İLİŞKİSİ

Uz. Dr. Derya Soy Buğdaycı⁶², Fadime Çınar¹,
Berkay Tüzer¹, Kadriye Öneş¹

Özet

Bu çalışma İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi ayakta fizik tedavi ünitesinde tedavi edilen 241 hastanın ağrılarında iyileşme ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla planlandı.

Ocak-Mart 2008 tarihleri arasında ayakta fizik tedavi bölümlerinde 15 seans tedaviye alınan 239 hasta ağrısını Visüel Analog Skala (VAS) ile tedavi öncesi ve tedavi bitiminde 0-100 arasında puanlandı. Aynı hastalara tedavi bitiminde bölüme özel olarak hazırlanmış 15 sorudan oluşan memnuniyet anketi dolduruldu.

Hastalar 1 ay sonra telefon aracılığı ile aranarak ağrıları VAS ile tekrar sorgulandı. Elde edilen verilere İstatistiksel analizde SPSS programında spearman ,anova testleri uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 52.1±12,7 ,%78 i kadın, tedaviye alınana kadar geçen süre ortalaması 2.9 hafta, tedavi öncesi VAS ortalamaları 69,4±19,3, tedavi bitişi VAS ortalamaları 36,9±19,9 ve kontrol VAS ortalamaları ise 28,4±20,3 olarak bulundu.

Hastaların tedavi öncesi ve bitişinde VAS, tedavi öncesi ve 1 ay sonraki kontrol VAS ve tedavi bitiş ile kontrol VAS değerleri karşılaştırıldığında ağrıda anlamlı derecede düzelme saptandı ($p < 0.001$).

Hasta memnuniyet anketindeki sorular ile VAS skalasındaki düzelme arasındaki ilişkiye bakıldığında, tedavi yapan sağlık görevlisinin hastayla kurduğu iletişimden memnuniyeti ile tedaviden fayda gördünüz mü sorusu, tedavi öncesi ve tedavi bitiş VAS verileri arasındaki fark anlamlı olarak ilişkili bulundu. ($p < 0.001$)

Bu çalışma sonunda ayakta fizik tedavi ünitesinde hastanın tercihi ve memnuniyetini ölçmede VAS ile ağrı değerlendirilmesinin de önemli rol oynadığı ve aynı zamanda tedaviyi uygulayan hemşirelerin hasta ile kurduğu iletişimin iyileşme sürecini hızlandırdığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ayaktan Fizik Tedavi, Hasta Memnuniyeti, VAS

62 İstanbul Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi

Abstract

This study was projected to search for the relation between the pain recovery and the satisfaction in patients of the Outpatients' Physical Therapy Unit at İstanbul Physical Therapy and Rehabilitation Education Research Hospital.

239 patient, who had been treated between January-March 2008 for 15 sessions at the outpatients department of physical therapy, had graded his/her pain, both before and after the treatment, between 0-100 in visual analog scale (VAS). At the end of the therapy, the said patients took a 15 questioned satisfaction poll which was specifically designed for the department. Also, at the end of a 1 months control period, they were called at home and questioned for their pain according to VAS again. Anova and Spearman tests in SPSS were conducted for statistical analysis.

Avarage age of the patients was $52,1\pm 12,7$. 78% of the patients were female. Avarage waiting period for the start of the therapy was 2.9 weeks. Avarage VAS values of pre-therapy, end-therapy and the control date were $69.4\pm 19,3$, $36,9\pm 19,9$ and $28.4\pm 20,3$ respectively.

The VAS values of pre-therapy and end-therapy; pre-therapy and 1 months control date; and end-therapy and control date were all compared and a significant recovery in pain has been confirmed

$P < 0.001$. Satisfaction poll answers and the recovery in VAS values were compared and a significant correlation has been confirmed between the questions for '(i) the satisfaction for the relation between the paramedic and the patient' and '(ii) the benefit from the therapy' and the difference between pre-therapy and end-therapy VAS values $p < 0.001$. And a moderately significant correlation has been stated for the question 'would you prefer our hospital' $p < 0.05$

Also pain grading according to VAS method was proved to play an important role in evaluating the preference and the satisfaction of the patient at the Outpatients' Physical Therapy Unit.

Key Words: Out Patient Physiotherapy, Patient Sationfaction, VAS

1. GİRİŞ

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli hasta bakımının en önemli gösterge/erindendir. Hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanmaktadır. Bu nedenle literatürde hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve geniş ölçüde hasta ile sağlık çalışanı birlikteliğinin oluşturduğu vurgulanmaktadır. Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda bu birlikteliğin odak noktasının iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirlenmiştir. (1)

Gelişen Tıp Teknolojisinin hastalıkların iyileşmesinde gösterdiği ilerlemenin yanı sıra, çok eski tarihlerden beri hastalıkların iyileştirilmesinde kullanılmış ve denenmiş olan gerek sözlü, gerek müzikli gerekse objelere dayanan iletişim çabalarının günümüzde sağlık personeli&hasta arasında tıp harici ilgi ve bilgi alışverişinin hastanın iyileşme sürecinde etkin bir rol üstlendiğinin ortaya koymuştur.

Sağlık teknolojisindeki ileri gelişmeler kaliteli sağlık bakımı hizmeti verilmesine ön plana çıkararak iyileşmeye yönelik beklentileri arttırmıştır. Sunulan hizmetin kalitesinin düşük olması hastaların geç iyileşmesine ve sağlık maliyetinin artmasına sebep olmaktadır.(2)

Tıp personeli ve hastalar arasındaki güven ilişkisinin kuvvetli olması ve anlaşılır iletişime dayanması tıbbi önerilerin hastalar tarafından benimsenerek ve anlaşılarak daha verimli uygulanmasına sebep olması bakımından iyileşme sürecini kısaltarak hizmet kalitesini arttırmaktadır.

Hizmet kalitesini arttırmak ve hasta memnuniyetini ile sağlık personeli arasındaki iletişimi ölçmek amacıyla İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan bu çalışmada Ayaktan Fizik Tedavi Ünitesine başvuran hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesinde kullanılan anketlerden elde edilen sonuçlara göre iyileşme ile sağlık personelinin hastayla kurduğu iletişim arasında pozitif yönlü bir memnuniyet değişimi saptanmıştır.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran ve fizik tedavi endikasyonu konulmuş, fizik tedavi randevusu verilmiş ve Ocak&Mart 2008 tarihleri arasında en az 15 seans tedaviye girmiş hastalar arasında gerçekleştirilmiş kesitsel tipte, epidemiyolojik ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde üç klinik şefliği, 30 asistan, 23 uzman doktor, 110 hemşire ve diğer 150 sağlık personeli olmak üzere 313 personel görev yapmaktadır. Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde araştırmaya alınan fizik tedavi salonlarında tedaviye alınan aylık ortalama 500 hastadan rastgele seçilen 239 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Fizik tedaviye alınan hastalara hastanemize özgün olarak hazırlanmış AYAKTAN TEDAVİ GÖREN HASTALARDA MEMNUNİYET ANKETİ doldurulmuştur. Aynı hastaların ağrıları tedavi öncesi ve tedavi bitiminde yüz yüze görüşülerek visüel analog skala (VAS) ile 0-100 mm arasında puanlanmıştır. VAS tıp araştırmalarında ağrı değerlendirilmesinde kullanılan bir skaladır.

VAS: Visual Analog Skala sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin

iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizelge üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir.(3)

Fizik tedavi endikasyonu konulmuş hastalar arasında fizik tedavi sürecini tamamlamış, memnuniyet anketlerini doldurmuş ve 1 ay sonra telefonda arandığında VAS anketi sonuçlarına tutarlı cevaplar verebilmiş olan hastalar değerlendirmeye alınmış olup fizik tedavisini yarıda bırakmış, memnuniyet anketlerini doldurmamış ve telefonla arandığında ulaşılamayan ya da tutarlı bir cevap alınamayan hastalar araştırmanın dışında tutulmuştur.

Araştırmanın değişkenlerini yaş, cinsiyet, hastayı memnun edenler, hastanın hoşnut olmadığı durumlar ve fizik tedaviye verdiği cevap sonucu yaşam VAS ağrı skalasında meydana gelen değişimler oluşturmaktadır.

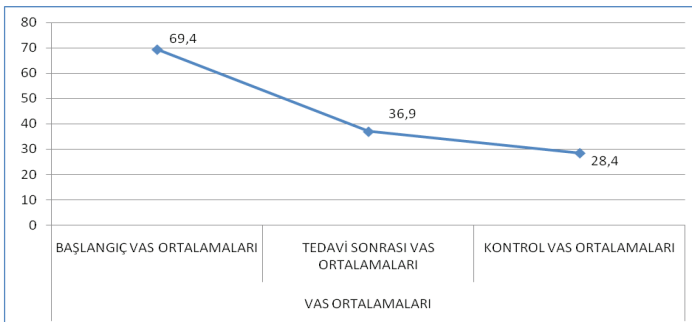
Araştırma bir klinik şef muavini uzman hekim, bir başhemsire yardımcısı ve fizik tedavi salonları çalışanları tarafından yüz yüze uygulanan anketler, tedavi sonrası telefonla ulaşılan hastalardan tedavi sonrası oluşan VAS sonuçlarının edinilmesi ve verilerin kalite biriminde istatistikî çalışmalarının çıkarılması aşamalarıyla gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel analizde SPSS 15.0 sürümünde student –t testi,pearson,ANOVA testleri uygulandı.

3. BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması $52.1 \pm 12,7$ %78 i kadın, tedaviye alınana kadar geçen süre ortalaması 2.9 hafta, tedavi öncesi VAS ortalaması tedavinin başlangıcında $69,4 \pm 19,3$ bulunmuşken, tedavi sonrasında yapılan incelemede ise tedavi bitiş VAS ortalamasının $69,4 \pm 19,9$ 'ten $36,9 \pm 20,3$ 'a kadar gerilediği gözlenmiştir. Bir ay sonra telefonla gerçekleştirilen kontrol sonrasında elde edilen verilere göre de kontrol VAS ortalaması daha da düşerek 28,4'a kadar gerilediği saptanmıştır.

Grafik1. (VAS ortalamalarının grafiği)



Tablo 1. Tüm hastaların tedavi öncesi / sonrası ve kontrol VAS sonuçları

	t	p
Tedavi Öncesi/Tedavi Bitişi	22,95	0,000
Tedavi Bitiş / Kontrol	6,48	0,000
Tedavi Öncesi / Kontrol	24,70	0,000

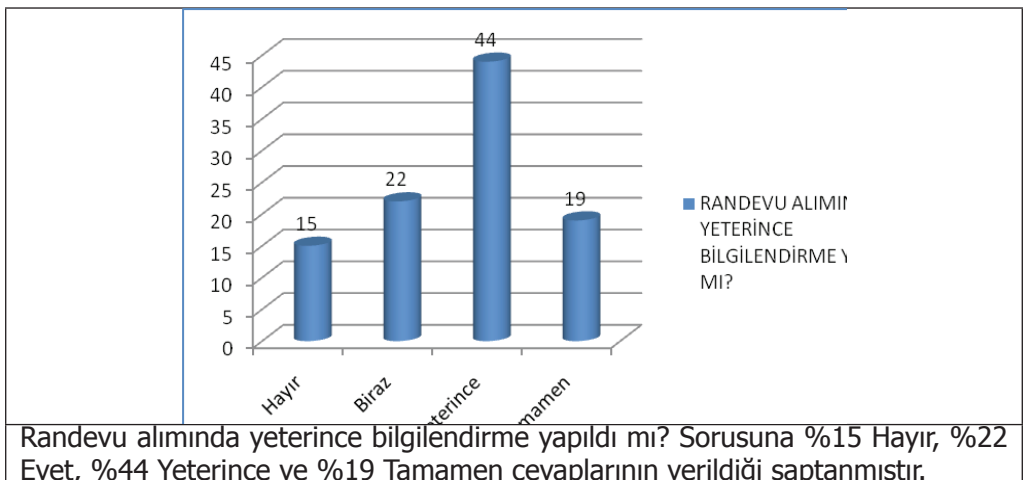
Ayrıca yapılan çalışma sonucunda tedavi öncesi, tedavi bitişi ve kontrol VAS sonuçları ile yaş, cinsiyet ve tanılar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ($P<0,05$)

Tablo 2. Memnuniyet anketlerinin soruları ile VAS'ta ki iyileşme arasında ki ilişki

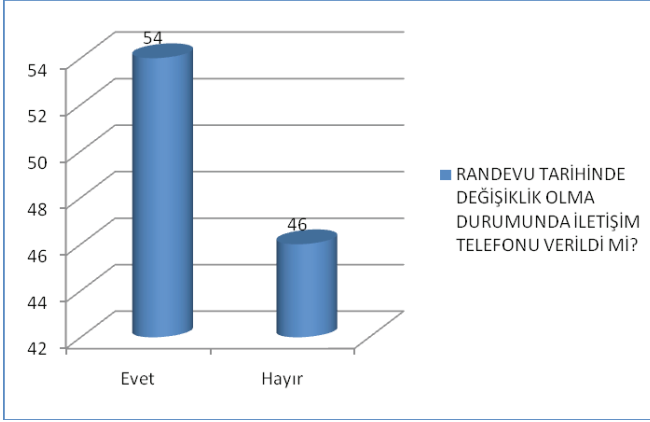
Sorular (n=239)	p
Randevu alımında yeterince bilgilendirme yapıldı mı?	0,784
Randevu tarihinde değişiklik olması durumunda iletişim telefonu verildi mi?	0,680
Tedavinin ilk gününde tedaviye ulaşmakta zorluk çektiniz mi?	0,122
Tedavi yapan sağlık görevlisinin sizinle kurduğu iletişimden memnun musunuz?	0,001**
Tedavi yapan sağlık çalışanı size tedavinizle ilgili bilgi verdi mi?	0,283
Tedaviden fayda gördünüz mü?	0,000**
Tekrar hastalandığınızda hastanemizi tercih eder misiniz?	0,052

(Spearrman Testi)

Tedaviyi yapan sağlık personelinin sizinle kurduğu iletişimden memnun musunuz sorusu ile VAS ve tedaviden fayda gördünüz mü sorusu ile VAS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($P<0,001$)

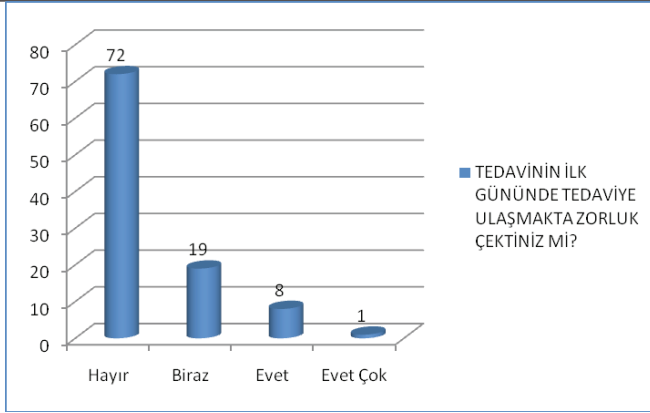
Grafik 2.

Grafik 3.



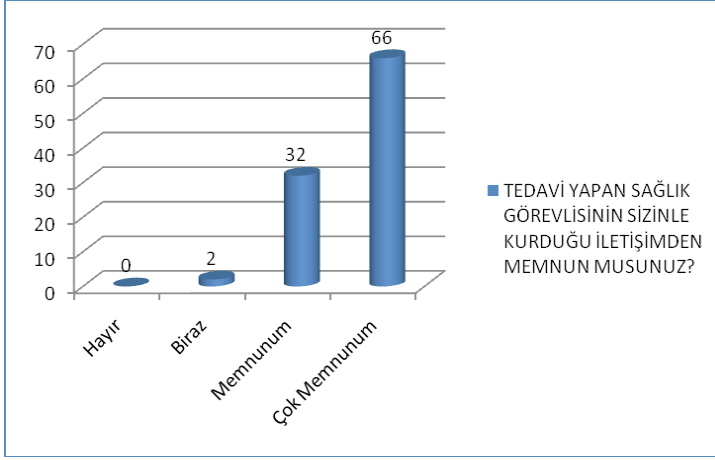
Randevu tarihinde değişiklik olması durumunda iletişim telefonu verildi mi? Sorusuna katılımcıların %54'ünün evet, %46'sının ise hayır cevabı verdiği saptanmıştır.

Grafik 4.



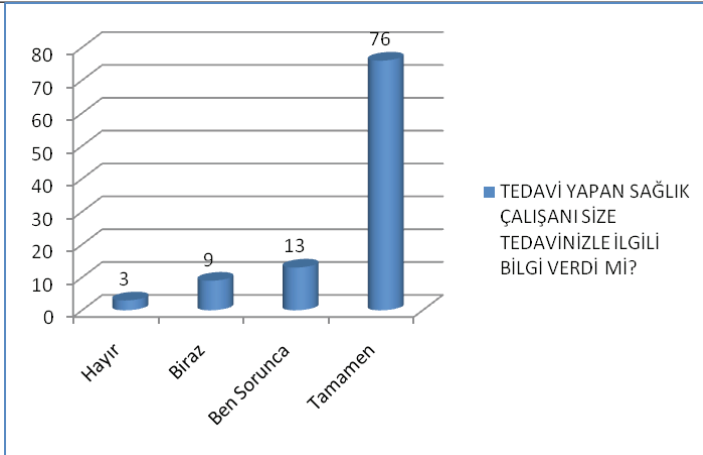
Tedavinin ilk gününde tedaviye ulaşmakta zorluk çektiniz mi? Şeklindeki soruya katılımcılar %72 oranında hayır cevabı verirken biraz diyenler %19, evet diyenler %8 ve evet çok diyeler %1 olarak saptanmıştır.

Grafik 5.



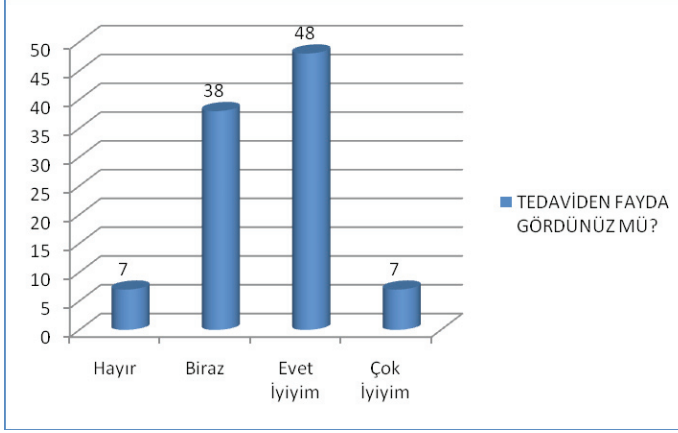
Tedavi yapan sağlık görevlisinin sizinle kurduğu iletişimden memnun musunuz? Sorusuna katılımcılar %66 oranında çok memnunum cevabını işaretlerken, %32'si memnunum cevabını vermiştir. Katılımcıların %2'sinin soruya biraz cevabını verdiği bunun yanı sıra hayır cevabı veren katılımcı olmadığı saptanmıştır.

Grafik 6.



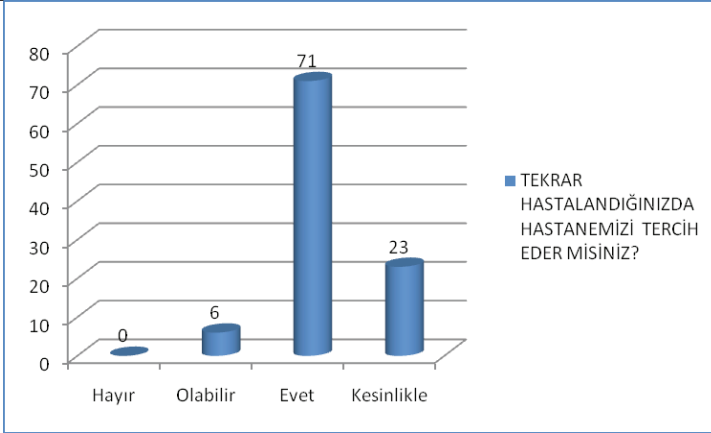
Tedavi yapan sağlık çalışanı size tedavinizle ilgili bilgi verdi mi? %76 oranında tamamen seçeneğini işaretleyen katılımcılar, %13 oranında ben sorunca, %9 oranında biraz ve %3 oranında da hayır cevabı vermişlerdir.

Grafik 7.



Tedaviden fayda gördünüz mü? Sorusu karşısında katılımcıların %7'si Hayır, %38'i Biraz, %48'i Evet İyiyim ve %7'si de Çok İyiyim cevabını işaretledikleri saptanmıştır.

Grafik 8.



Tekrar hastalandığınızda hastanemizi tercih eder misiniz? Sorusuna katılımcılar %23'ü oranında çok kesinlikle cevabını işaretlerken, %71'i Evet cevabını vermiştir. Katılımcıların %6'sının soruya olabilir cevabını verdiği bunun yanı sıra hayır cevabı veren katılımcı olmadığı saptanmıştır.

4. TARTIŞMA

Hastanelerde hizmetin kalitesinin değerlendirilmesindeki en önemli verilerden biri hasta memnuniyetidir. Hasta memnuniyetini sağlamanın kriterleri arasında verilen tıbbi hizmetin, kullanılan cihazların teknolojik özelliklerinin ve hastanenin fiziki özelliklerinin yanı sıra en öne çıkan faktörlerden biri de sağlık personelinin hastayla kurduğu iletişim olarak görülmektedir.

Fiziki şartların uygunluğu, cihaz teknolojisinin gelişmişliği ya da verilen tıbbi hizmetin genişliğine karşın, personelin hastayla olan iletişiminin iyi olmaması durumunda genel bir memnuniyetten bahsetmek söz konusu olmamaktadır.

Araştırmamıza konu olan Ayaktan Fizik Tedavi gören hastaların arasından seçilen örneklemelerle gerçekleştirilen anketlerde ise genel hasta memnuniyeti %93 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların personelle kurduğu iletişimden memnuniyet oranı %98 olarak saptanmıştır.

Hastanemizde düzenlenen anket çalışmaları sonucunda Poliklinik Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti %80,4 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmanın Yataklı Servis Hizmetleri Memnuniyeti bölümünde ise memnuniyet oranı %89,9'dur.(4)

Yıldırım ve arkadaşlarının Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin yataklı servislerinde yaptığı çalışmada bu oran %85,5 olarak saptanmıştır.(5)

Yine Yıldırım ve arkadaşlarının Gazi hastanesi yataklı servisinde yaptıkları çalışmada grubun %36,9'u doktorlardan, %25,1'i hemşirelerden memnun olduğu bulunmuştur. Gazi hastanesi yatan hasta servislerinde genel hizmetlerden memnuniyet incelendiğinde; yemek servisinden %67,3'ü, odaların temizliğinden %59,4'ü ve yemek kalitesinden %50,2'si memnun olduğunu belirtmiştir. Gazi Hastanesi çalışmasında hasta ve yakınlarının %1,6'sı genel servis hizmetlerinden hiç memnun olmadığını belirtmiştir. Yine bu çalışma içinde yer alan hastaların %67,2'si hekimlerden çok memnun olduğunu belirtmiştir. En çok memnun kaldıkları konu sağlık çalışanlarının davranışı %50,8'dir. En çok rahatsız oldukları konu fizik teknik koşullar %39,3 olmuştur. %93,4'ü hastalandıklarında hastaneyi tekrar tercih edeceklerini ve %91,8'i hastane hizmetlerinden genel olarak memnun kaldığını belirtmişlerdir.(6)

Sağlık Bakanlığı Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Biriminin 181 hasta ve hasta yakını üzerinde yapmış olduğu Hasta memnuniyeti anketi sonuçlarına göre ankete katılanların %88'i doktorlardan, %90'i hemşirelerden, %89'u laboratuvar teknisyenlerinden, %92'si röntgen teknisyenlerinden, %82'si hizmetlilerden iyi ve çok iyi düzeyde memnuniyet belirtmiştir.(7)

Çalışmamızda hastaların tanısı, yaşı, cinsiyeti ile iyileşme arasında ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda VAS ile değerlendirilen ağrılarında tedavi öncesi-sonrası ve tedavi öncesi- kontrol arasında anlamlı düzelme saptanmıştır.

VAS özellikle fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde kas iskelet sistemi hastalıklarında ağrı ölçümünde hasta değerlendirmesi için ve takipte sık kullanılan bir skaladır. VAS hastalıklara özgün iyileşme skalaları ile benzer geçerlilik ve güvenilirlik göstermiştir.(8,9) Bilimsel çalışmalarda VAS kullanımı ile ilgili çok sayıda yayın olmasına karşın bu çalışma kalite ve memnuniyet çalışmalarında VAS ın kullanımı ile ilgili ilk çalışmadır.

5. SONUÇ

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi, hasta memnuniyeti ve ağrıda ölçülebilir iyileşme üzerinde önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden olan iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme görevini sağlık çalışanı olarak fizik tedavi ünitesinde tedaviyi yapan hemşireler üstlenmiştir. Tedavi hizmeti veren bu hemşirelerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamıştır.

Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca birey olarak değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Yaptığımız bu çalışma ile durumu ve yapılacak işlemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır. Bilgi verme hastalara olarak değer verildiğini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemektedir, ek olarak personelin hastaya gerçekten ilgi göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularını da içermektedir. Yapılan bu çalışmada sonuçlar bilgi vermenin önemini ortaya koymakla birlikte özellikle sağlık personeli açısından bu alanda daha fazla ilerleme kaydedilmesi gerekmektedir. Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için tüm sağlık hizmetlerinin özellikle hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemlidir. Hastaların hastanede tedaviye girdikleri süre içinde verilen hemşirelik hizmetinden duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür. Tedaviden duyulan memnuniyet iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemekte ve hızlandırmaktadır.

KAYNAKLAR

Yılmaz M,Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçüsü: Hasta Memnuniyeti; C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2001 5(2)

Andalep S:Service quality perceptionsand patient satisfaction a study of hospitals in a devoloping country .Social science &Medicine 52:1359-1370,2001.

Downie WW,Leatham PA ,et al.Studies with pain rating scales. Annals Rheumatic Diseases 37:378-3 Yıldırım

Çınar F,Tüzer B :İst.Fizik Ted.EA Hastanesi yatanve ayaktan hasta memnuniyetlerinin Karşılaştırılması.Kalite Departmanı, 2008

Yıldırım A.Maral I,Aycan S,Bumin MA: Gazi Hastanesi Yataklı Servislerinde Hizmet Alanların Hastaneden Memnuniyet Durumları. Gazi Kalite Günleri II Bildiri Özet Kitabı 71,1999

A, Maral I, Aycan S, Bumin MA: Gazi Hastanesi yatan hastalarının sağlık personelinde memnuniyet durumları. Gazi Kalite Günleri II Bildiri Özet Kitabı 72, 1999

Atahan Ö. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel hasta memnuniyeti anketi.

Huskisson EC:Visual Analog Scales .In Melzack R(ed):Pain measurement and assesment. New York, Raven,1983,pp-33-40

Chapmann RC,Syrjala K L,Measurement of Pain .In The Management of Pain .Philedelphia-London, 1990,pp-581-582

HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA YÖNELİK HASTA MEMNUNİYETİNİN İNCELENMESİ

Müjgan Türker⁶³, Şerife Erdost⁶⁴, Pakize Aygün⁶⁵,
Gülistan Karagöz⁶⁶, Aysun Neymen⁶⁷

Özet

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında 01 Mart 2004-31 Aralık 2007 tarihleri arasında "yatarak tedavi gören hastaların hemşirelik uygulamalarına yönelik hasta memnuniyetinin yaş, yatış süresi ve eğitim düzeylerine göre retrospektif olarak incelenmesi" amacıyla yapılmıştır. Hasta memnuniyetini önde tutan hizmet anlayışının gelişmesiyle birlikte hastaların memnuniyetinin artırılması için eğitim, yaş ve yatış süresinin hangi kriterleri ve nasıl etkilediğini belirleyerek etkili önlemlerin alınmasını sağlamaktadır.

Veri toplama aracı olarak İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından hazırlanmış olan hasta memnuniyeti anketi formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Science) for Windows 10.0 programında yapılmış, ortalamaların alımında aritmetik yöntem kullanılmıştır. Crotabs, Frekans ve Chi-Square yöntemiyle çalışılmıştır. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında 01 Mart 2004-31Aralık 2007 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalara uygulanmış hemşirelik uygulamalarına yönelik hasta memnuniyet anketleri taranarak elde edilmiştir.

Genel hasta memnuniyetine bakıldığında (n:4484, %91,5) kişinin memnun oldukları tespit edilmiştir. Yıllara göre bakıldığında 2004 yılında (n:766, %93,5) kişinin memnun olduğu saptanmış, 2004 yılından sonra hasta memnuniyet düzeyinde düşüş olduğu tespit edilmiştir ($X^2=141,232$, $P=0,000$). Aylara göre bakıldığında; ekim aylarında hasta memnuniyetsizliğinde artış gözlenmiştir ($X^2=17,823$, $P=0,037$). Hasta memnuniyetinin düşük olduğu yıl tekrar sorgulandığında 2006 yılı olduğu tespit edilmiştir. Yatış sürelerine göre hasta memnuniyeti incelendiğinde; yatış kalış süresi 8–15 gün arasında kalanların (n=802, %91,2) daha az memnun oldukları görülmüştür ($X^2=15,718$ $P=0,204$). Aldıkları eğitim durumuna bakıldığında okuyazar olanların (n=35, %94,6) daha memnun oldukları tespit edilmiştir ($X^2=28,123$, $P=0,137$).

Yaptıkları işe bakıldığında; öğrencilerin (n=195,%87,1) memnuniyetsiz olduğu, işsizlerin (n=89,%94,7) memnun olduğu tespit edilmiştir ($X^2=30,090$, $P=0,090$). Öğrencilerin memnuniyetsizlik düzeyin yüksek olması düşüncelerini daha rahat ifade edebilmelerine ve beklentilerinin daha fazla olmasına bağlanmıştır. Anketi

63 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, mujganturker@gmail.com

64 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, erdostserife@mynet.com

65 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, pakizeaygun@yahoo.com

66 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, gulistankaragoz@yahoo.com

67 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, aysunneymen@hotmail.com

kimin doldurduğuna bakıldığında; hastaların (n=3429, %92,3) yakınlarına göre daha memnun oldukları saptanmıştır ($X^2=16,472, P=0,011$). Hasta yakınlarının memnuniyetsizlik oranının daha yüksek olması refakatçilerin hemşirelerden beklentilerinin fazla olması ve hemşirelerin refakat eğitimi için yeterli zamanının olmaması olarak gösterilebilir. Yaşa göre bakıldığında; 39–44 yaş arasında (n=476, %93,3) bulunanların daha memnun oldukları gözlenmiştir ($X^2=44,256 P=0,019$).

Anahtar Kelimeler: Hasta, Memnuniyet, Hemşire

Abstract

This study was carried out at İstanbul University Cerrahpaşa Medical School Internal Diseases Main Discipline Department among 01. March 2004- 31 December 2007. Its purpose is retrospective investigation of satisfaction of the patients who were treated at hospital according to the age, bedside term and education levels regarding nursing practices. Determining which criteria and results were related with the developing of predicted patient satisfaction according to the education, age and term of staying in hospital and also provides taking effective precautions.

Patient Satisfaction Survey Form prepared by İstanbul University Medical Faculty Nursing Services Department was used as data collecting method. Obtained data was prepared at SPSS 10.0 programme, arithmetic method was used at taking averages. It was studied by Crosstabs, Frequency and Chi – Square method. Provided by scanning patient satisfaction survey regarding nursing practices which were applied to the patients who stayed at the hospital among 01 March 2004-31 December 2007 at the İstanbul University Cerrahpaşa Medical School Internal Diseases Main Discipline Department.

When general patient satisfaction is considered: It was determined that (n=4484, %91,5) people were satisfied. When it is considered according to the years: In 2004 it was determined that (n=766, %93,5), people were satisfied . After 2004 it was observed that satisfaction of patients were low. When it is considered according to the months: Increase of patient dissatisfaction was observed at October ($X^2=17,823 P=0,037$). When the year at which patient satisfaction was lower again analyzed, it was determined that it was 2006. Factor of being lower patient satisfaction in 2006 was analyzed and it is seen that the factors are amendment of clinic, opening provisional services, changing places of nurses and patients. When the patient satisfaction is analyzed according to the term of staying at the hospital: There was no significant difference ($X^2=15,718 P=0,204$). It was determined that women were more satisfied than the men ($X^2=9,860 P=0,131$). With respect to their educational background: Significant difference was found ($X^2=28,123 P=0,137$). Patients who graduated from Primary school were more satisfied.

When it is looked at their jobs; it was determined that students were dissatisfied but unemployed were satisfied ($X^2=30,090 P=0,090$). Lower satisfaction level at the students was dependent to their expectations and also they could explain their

opinions more clearly. When it is looked who had filled the survey. It was determined that patients were more satisfied than their relatives ($X^2=16,472$ $P=0,011$).The levels of satisfaction of patients' relatives are lower because their expectations from nurses are higher and nurses don't have adequate time for accompanying training. When it is looked according to the age: It was confirmed that the patients who were 39-44 years were more grateful from the nurses ($X^2=44,256$, $P=0,019$).

Key Words: Patient, Satisfaction, Nurse

1. GİRİŞ

İnsanoğlunun kalite konusundaki beklentileri yüzyıllar öncesinin uygarlıklarına kadar uzanan bir geçmişe sahip olduğu, sağlık hizmetlerinde ise, bir takım beklenti ve yaptırımların İÖ. 2000 yıllarına dayandığı belgelenmektedir (Ersoy ve Kavuncubaşı, 1999: 349).

Sağlık hizmetlerinde çağdaş ilkeleri tanımlayan Alma-Ata Bildirisi ve Dünya Sağlık Örgütü'nce yürütülen 2000 yılında herkese Sağlık Programına göre, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulması hükümetlerin sorumluluğunda bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin bir gösterge olduğu ve hasta memnuniyeti hakkında edinilen bilgilerin sağlık hizmetlerinin tasarım ve yönetiminde çok önemli bir yeri olduğu bildirilmektedir (Uz, 1995: 53).

Memnuniyetin hasta uyumunun ön koşulu olduğu kabul edilip, kaliteli sağlık hizmeti için de, hasta memnuniyetinin sağlanması ve geliştirilmesi hedeflenmelidir. Hasta memnuniyetini geliştirmenin yolu da, onu ölçmekten geçer (Akalin, 2001: 1352).

Hastaların sağlık kurumlarından aldıkları hizmetler konusundaki memnuniyetlerinin ölçüldüğü araştırmalarda elde edilen sonuçlar, hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinden, Sağlık hizmetlerindeki eksiklerin belirlenmesine ve giderilmesine kadar birçok konuda yol gösterici olabilmektedir (Ak, 2001: 854).

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindedir. Hasta memnuniyetini açıklayan teoriler yeterli olmadığından hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Bu nedenle literatürde hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve geniş ölçüde hasta hemşire birlikteliğinin oluşturduğu vurgulanmaktadır. Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda bu birlikteliğin odak noktasının iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirlenmiştir. Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir (Yılmaz, 2001).

Özetleyecek olursak hasta memnuniyetin önemi sağlık sektörünün özelleşmeye başlaması sonucu pazarlama ve maliyet kaygılarının oluşması, hastaların hakları konusunda bilinçlenerek beklentilerinin artması, hasta memnuniyet ölçümlerini zorunlu hale getirmiştir.

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında tedavi gören hastaların 2004 Mart ve 2007 Aralık ayları arasında "Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi" amacıyla planlanmıştır.

2. BULGULAR

2.1. Demografik Özellikler

Anket uygulamasına 4903 kişi katılmıştır. Bu kişilerin demografik dağılımları Tablo 1'de belirtilmiştir. Buna göre ankete katılanların %51,8'i kadın , %24,5'i 57 yaş üstü,%32,1'i ilkokul mezunu ,%34,5'i ev hanımı,%31,2 sinin anketi 2007 yılında doldurulmuş olduğu, ankete katılanların %75,8'i hastanın anketi doldurduğu ,% 18–23 gün arası refakat kaldıkları, %25,6'sının 16–30 gün arası hastanede yatmış oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 1. Demografik özellikler

CİNSİYET(N=4903)			EĞİTİM(N=4903)		
	n	%		n	%
Cevap Yok	137	2,8	Cevap Yok	328	6,7
Erkek	2224	45,4	Okuma Yazma Bilmiyor	223	4,5
Kadın	2542	51,8	Okuma Yazma Biliyor	37	0,8
			İlkokul Mezunu	1574	32,1
			Ortaokul Mezunu	522	10,6
			Lise Mezunu	1198	24,4
			Üniversite Mezunu	1021	20,9
YAŞ(N=4903)			İŞ (N=4903)		
Cevap Yok	160	3,3	Cevap Yok	295	6,0
15 Yaş Altı	10	0,2	İşsiz	94	1,9
15-20 Yaş	265	5,4	Memur	582	11,9
21-26 Yaş	461	9,4	İşçi	361	7,4
27-32 Yaş	517	10,5	Serbest	746	15,2
33-38 Yaş	526	10,7	Emekli	910	18,5
39-44 Yaş	510	10,4	Ev Hanımı	1691	34,5
45-50 Yaş	667	13,6	Öğrenci	224	4,6
51-56 Yaş	585	11,9			
57 Yaş Üstü	1202	24,5			
YIL(N=4903)			DOLDURAN (N=4903)		
2004 Yılı	819	16,7	Cevap Yok	13	0,3
2005 Yılı	1350	27,5	Hasta	3716	75,8
2006 Yılı	1206	24,6	Hasta Yakını	1174	23,9
2007 Yılı	1528	31,2			
REFAKATÇİNİN MEMNUNİYETİ DOLDURDUĞUNDA HASTANEDE KALMA SÜRESİ (N=1111)			HASTANIN MEMNUNİYETİ DOLDURDUĞUNDA HASTANEDE KALIŞ SÜRESİ (N=3648)		
1-5 gün	205	89,1	1-7 gün	791	21,68
6-11 gün	222	91,0	8-15 gün	879	24,10
12-17 gün	149	87,1	16-30 gün	934	25,60
18-23 gün	101	94,4	31-90 gün	791	21,68
24 gün ve üstü	333	92,8	91 gün üstü	253	6,94

2.2. İç Hastalıkları Anabilim Dalında Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetleri Uygulamalarından Memnuniyet Düzeylerinin Dağılımı

Anket 3 bölümden oluşmaktadır:

- Tanıtım ve Bilgilendirme
- İletişim ve İlişkiler
- Bakım ve Tedavi

Genel memnuniyet düzeylerin hesaplanmasında aritmetik ortalama kullanılmıştır.

2.2.1. Tanıtım ve Bilgilendirme Alt Boyutunda Yer Alan Uygulamalar

Tablo 2’de belirtildiği gibi İç Hastalıkları Anabilim Dalında yatan hastaların hemşirelik hizmetleri uygulamalarından memnuniyet düzeylerinin tanıtım ve bilgilendirme alt boyutunda yer alan uygulamaların dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin; kendisini hastaya tanıtmasından (n=4450, %90,8), servisin fiziki ortamı ve işleyişi ile ilgili gerekli açıklamaları yapmasından (n=4439, %90,5), hastalara uygulanan tedavi ve bakım uygulamaları hakkında bilgi vermesinden (n=4490, %91,6), taburcu olduktan sonra hastaların sağlığına yönelik yapması gerekenlerle ilgili bilgi vermesinden (n=3899, %79,5) ve ihtiyaç duyduklarında hemşirelere ulaşabilmemesinden (n=4539, %92,6) memnun oldukları saptanmıştır.

Tablo. 2. Tanıtım ve bilgilendirme alt boyutunda yer alan uygulamaların dağılımı

	MEMNUNİYET DÜZEYİ							
	Fikrim Yok		Memnun Değilim		Kismen Memnunum		Memnunum	
TANITIM VE BİLGİLENDİRME	n	%	n	%	n	%	n	%
Hemşirelerin kendisini bana tanıtmasından	127	2,6	35	0,7	291	5,9	4450	90,8
Hemşirelerin servisin fiziki ortamı ve işleyişi ile ilgili gerekli açıklamaları yapmasından	110	2,2	45	0,9	309	6,3	4439	90,5
Hemşirelerin bana uygulanan tedavi ve bakım uygulamaları hakkında bilgi vermesinden	105	2,1	39	0,8	269	5,5	4490	91,6
Hemşirelerin taburcu olduktan sonra sağlığıma yönelik yapmam gerekenlerle ilgili bilgi vermesinden	744	15,2	50	1,0	210	4,3	3899	79,5
İhtiyaç duyduğumda hemşirelere ulaşabilmemden	119	2,4	32	0,7	213	4,3	4539	92,6

2.2.2. İletişim ve İlişkiler Alt Boyutunda Yer Alan Uygulamalardan Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 3'te belirtildiği gibi hemşirelerin; kendileriyle konuşurken anlayabileceği bir şekilde açık ve anlaşılır dil kullanmasından (n=4675, %95,3), konuşurken kullandığı ses tonu ve yüz ifadesinden (n=4554, %92,9), sorularını yanıtlamada yeterli zaman ayırmasından (n=4479, %91,4), birey olarak bana saygı göstermesinden (n=4678, %95,4) ve hastalarla ilişkilerinde adil davranmasından (n=4641, %94,7) memnun oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 3. İletişim ve ilişkiler alt boyutunda yer alan yer alan uygulamaların dağılımı

İLETİŞİM VE İLİŞKİLER	Fikrim Yok		Memnun Değilim		Kısmen Memnunum		Memnunum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hemşirelerin benimle konuşurken anlayabileceğim bir şekilde açık ve anlaşılır dil kullanmasından	40	0,8	13	0,3	175	3,6	4675	95,3
Hemşirelerin konuşurken kullandığı ses tonu ve yüz ifadesinden	34	0,7	32	0,7	283	5,8	4554	92,9
Hemşirelerin sorularımı yanıtlamada yeterli zaman ayırmasından	60	1,2	36	0,7	328	6,7	4479	91,4
Hemşirelerin birey olarak bana saygı göstermesinden	43	0,9	17	0,3	165	3,4	4678	95,4
Hemşirelerin hastalarla ilişkilerinde adil davranmasından	115	2,3	15	0,3	132	2,7	4641	94,7

2.2.3. Bakım ve Tedavi Alt Boyutunda Yer Alan Uygulamalardan Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 4'te belirtildiği gibi hemşirelerin, hastaların; bakımına yönelik sorun ve ihtiyaçlarını doğru saptamasından (n=4623, %94,3), belirlenen sorun ve ihtiyaçlarını yeterli düzeyde karşılamasından (n=4590, %93,6) bakım ve tedavi uygulamaları için kendilerinden onayı almasından (n=4524, %92,3) planlanan zamanda ve sıklıkta yapmasından (n=4666, %95,2) ve bakım ve tedavi uygulamaları sırasında mahremiyetine özen gösterilmesinden (n=4623, %94,3) memnun oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4. Bakım ve tedavi alt boyutunda yer alan uygulamaların dağılımı

BAKIM VE TEDAVİ	Fikrim Yok		Memnun Değilim		Kısmen Memnunum		Memnunum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hemşirelerin bakıma yönelik sorun ve ihtiyaçlarını doğru saptamasından	94	1,9	13	0,3	173	3,5	4623	94,3
Hemşirelerin belirlenen sorun ve ihtiyaçlarını yeterli düzeyde karşılamaından	87	1,8	19	0,4	207	4,2	4590	93,6
Hemşirelerin bakım ve tedavi uygulamaları için benim onayımı almasından	159	3,2	21	0,4	199	4,1	4524	92,3
Hemşirelerin bakım ve tedavilerini planlanan zamanda ve sıklıkta yapmasından	70	1,4	16	,3	151	3,1	4666	95,2
Hemşirelerin bakım ve tedavi uygulamaları sırasında mahremiyetime özen göstermesinden	183	3,7	8	,2	89	1,8	4623	94,3

2.2.4. Genel Olarak Hemşirelik Hizmetleri Uygulamalarının Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 5'te belirtildiği gibi Hastaların çoğunun; hemşirelerin, tanıtım ve bilgilendirmelerinden; (n=3785,%77,2), iletişim ve ilişkilerinden; (n=4532, %92,4), bakım ve tedavi uygulamalarından; (n=4445, %90,7) memnun oldukları saptanmıştır. Hastaların, hemşirelik hizmetleri uygulamalarının tamamından genel olarak memnuniyet düzeyleri incelendiğinde ise çoğunun (n=4484, %91,5) memnun olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Genel olarak hemşirelik hizmetleri uygulamalarının memnuniyet düzeylerinin dağılımı

	Fikrim Yok		Memnun Değilim		Kısmen Memnunum		Memnunum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tanıtım ve Bilgilendirme	5	0,1	84	1,7	1029	21,0	3785	77,2
İletişim ve İlişkiler	5	0,1	26	0,5	340	6,9	4532	92,4
Bakım ve Tedavi	23	0,5	51	1,0	384	7,8	4445	90,7
Genel Memnuniyet	2	0,0	26	0,5	391	8,0	4484	91,5

2.2.5. Yıllara ve Aylara Göre Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 6'da belirtildiği gibi memnuniyet 2004 yılında en yüksek bulunmuş, (n=734,%93,5), 2005 yılı en düşük bulunmuştur (n=2074 %86,9) ($X^2=141,232$, $P=0,000$), aylar içerisinde memnuniyet en düşük (n=387,%91,1) Temmuz ayı olduğu görülmüştür.($X^2=37,635$ $P=0,265$) en yüksek(n=316,%93,2) Şubat aylarında görülmüştür.

Tablo 6. Yıllara ve aylara göre memnuniyet düzeylerinin dağılımı

	n	%
YIL		
2004	766	93,5
2005	1251	92,7
2006	1091	90,5
2007	1307	90,1
AY		
Ocak	259	91,2
Şubat	316	93,2
Mart	371	92,5
Nisan	407	91,7
Mayıs	443	91,3
Haziran	398	91,9
Temmuz	387	91,1
Ağustos	296	89,4
Eylül	363	92,1
Ekim	404	88,6
Kasım	408	91,9
Aralık	432	92,5

2.2.6. Yatış Sürelerine Göre Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 7'de belirtildiği üzere 8-15 gün arası yatanlar (n=802,%91,2) en düşük memnuniyet, 31-90 gün arası yatmış olanlarda (n=733,%92,7) en yüksek memnuniyet görülmüştür. ($X^2=15,718$ $P=0,204$) İstatistikî olarak çok anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Hesaplama yatış gününü belirleyenler hesaplama dâhil edilmemişlerdir.

Tablo 7. Yatış sürelerine göre memnuniyet düzeylerinin dağılımı

Yatış sürelerine	n	%
1-7	732	92,5
8-15	802	91,2
16-30	863	92,4
31-90	733	92,7
90 üstü	232	91,7

2.2.7. Cinsiyet, Yaş, Eğitim, İş ve Anket Doldurana Göre Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 8’de belirtildiği üzere cinsiyetini bildirmeyenlerin %85,4 memnun olduğu ($X^2=9,860$ $P=0,131$) görülmüştür. Kadın erkek arasında bir fark gözlenmemiştir. Okuma yazma bilen grubun ($n=210, \%94,2$) daha memnun olduğu ($X^2=28,123, P=0,137$), işsiz grubun ($n=89, \%94,7$) daha memnun olduğu ($X^2=30,090, P=0,090$), anketi doldurana hasta olması durumunda memnuniyetin ($n=3429, \%92,3$) ($X^2=16,472, P=0,011$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaş yükseldikçe memnuniyetin arttığı gözlenmiş, en yüksek memnuniyet ($n=476, \%93,3$) 39-44 yaş arası olduğu belirlenmiştir ($X^2=44,256$ $P=0,019$).

Tablo 8. Cinsiyet, yaş, eğitim, iş ve anket doldurana göre memnuniyet düzeylerinin dağılımı

	n	%		n	%		n	%
CİNSİYET			DOLDURAN			YAŞ		
Kadın	2328	91,6	Cevap Yok	10	100	57 Yaş Üstü	1115	92,8
Erkek	2039	91,7	Hasta	3429	92,3	51-56 Yaş	543	92,8
Cevap Yok	117	85,4	Hasta Yakını	1042	88,8	45-50 Yaş	620	93,0
EĞİTİM			İŞ			39-44 Yaş	476	93,3
Üniversite Mezunu	919	90,0	Cevap Yok	255	86,4	33-38 Yaş	476	90,5
Lise Mezunu	1087	90,7	İşsiz	89	94,7	27-32 Yaş	465	89,9
Ortaokul Mezunu	484	92,7	Memur	528	90,7	26-21 Yaş	408	88,5
İlkokul Mezunu	1462	92,9	İşçi	328	90,9	20-15 Yaş	236	89,1
Okuma Yazma Biliyor	35	94,6	Serbest	684	91,7	15 Yaş Altı	8	80,0
Okuma Yazma Bilmiyor	210	94,2	Emekli	846	93,0	Cevap Vermeyen	137	85,6
Cevap Yok	287	87,5	Ev Hanımı	1559	92,2			
			Öğrenci	195	87,1			

3. TARTIŞMA

Hasta memnuniyeti, hemşirelik hizmetlerinin kalitesi hakkında fikir veren önemli bir göstergedir. Hastanın hastanede kaldığı sürede en sık birlikte olduğu sağlık personeli hemşiredir. Hastaların hemşirelik hizmetlerini algılama düzeyleri geniş ölçüde hastanın sosyal durumuna, yaşına, eğitim düzeyine, kültürel geçmişine ve etnik yapısına bağlı olsa da, hemşirelerden aldıkları destek, hemşirelerin onlara gösterdiği saygı, onlara karşı kibar davranmaları, sorularına açık ve net yanıt vermeleri, hastaların her zaman hemşireye ulaşabilmesi memnuniyet için önemli göstergelerdir (Köşgeroğlu vd 2005; 6:75–83).

Hasta memnuniyetinde hemşirenin yeri tartışılmazdır. Hemşire yetersizliğinin vs. gibi nedenlerle hemşirelerin motivasyonu düşmesi sonucu hastaların memnuniyeti düşmektedir. Bu araştırmada 2006 yılı Ekim ayında hasta memnuniyetinin düşmesi en büyük göstergedir 2005 yılından sonra hasta memnuniyetinde düşüşün devam etmesi tadilat nedeniyle hemşirelerin yerlerinin sık olarak değiştirilmesinden rahatsızlık olmaları ve bunu hizmetlerine aksatmaları nedeniyle oluşmuştur.

Refakatle hastaların karşılaştırılmasında hastaların daha memnun olması refakatin hemşireden daha çok şey beklemesi, hemşirelerin hasta odaklı çalışması ve refakatin bağlılığı olmadığı düşüncesiyle duygularını rahat ifade etmesi olarak gösterilebilir bu konu ile ilgili ayrıntılı araştırma yaparak hasta memnuniyeti daha üst seviyelere çekilebilir

Tanıtım bilgilendirme bölümünde taburcu eğitimin düşük olmasının nedeni bazı hastaların taburcu olmadan anketi doldurmaları nedeniyle. Hastaların taburcu günü hastaneden çıkma telaşıyla anketleri doldurmaya istekli olmamaktadırlar. Bu yüzden 2008 revizyonunda bu soru kaldırılmıştır

Hasta yaşının yükseldikçe hasta memnuniyetinin artması yaşlı bireylerin daha anlayışlı olmaları nedeniyle. Ünalın ve arkadaşlarının çalışması bu tezi desteklemektedir. Hasta memnuniyetini ileride yüksek seviyelerde tutmak için ileriye yönelik çalışmak gerekecektir

Ünalın ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça memnuniyet oranı azalmakta olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p>0.05$). Esatoglu ve Ersoy (1996) ve Özmen (1996) çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha az memnun olduklarını, Yılmaz (2001) eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha memnun olduğunu, Okumuş ve ark. (1993), Akyol (1993), Filik ve ark. (2007) ise eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediğini belirlemişlerdir. Eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların bilgilendirilme düzeylerinden duydukları tatminin azaldığı belirtilmektedir Ünalın ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi memnuniyeti etkilememiştir (Ünalın vd., 2008). Bu çalışmada Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha az memnun oldukları tespit edilmiştir.

Cinsiyet arasında fark bulunmaması Ünalın ve arkadaşlarının araştırmasını desteklemektedir.

4. SONUÇ

Bu çalışmada ve bu konuda yapılan diğer çalışmalarda memnuniyet düzeyi için bir kritik sınır değer (kesme noktası) belirlenmemiştir, ancak literatürde % 70 ve üzerindeki memnuniyet oranının hizmetlerden memnuniyeti yansıttığı, bununda hizmetlerin nitelik ve nicelik olarak yeterli kalitede olduğunu gösterdiği genel ifadelerde yer bulmuştur (Şahin, 2005: 15).

- Hastanemizde hasta memnuniyeti kabul edilen memnuniyet düzeyinden çok yüksektir
- Memnuniyet anketlerinin devamlılığının sağlanması çok önemlidir
- Hemşirelik bazında ortak protokol oluşturulup bütün hastanelerde aynı zamanda uygulanması hastane performanslarını belirleyecek ve hastaneler yarış içinde olacaktır
- Anketin hastanedeki tüm çalışanları kapsamaması ve anketleri toplama işlevini hasta hakları şubesi açılıp onun tarafından yapılması daha sağlıklı olacak yavaş yapılan işlerin hızlanmasını sağlayacaktır

KAYNAKLAR

Eroğlu, Özmen, Noyaner, Aydın (2001) "Yoğun Bakımda Hasta Sağlık Bakım Kalitesini Geliştirebilir Miyiz?" Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 8 No 3 Sayfa 9 – 11

Bulut (2006) "Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi", Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi Cilt 12 No 4 Sayfa 288– 298

Ünal, Öztürk, Tolgad, Tasdelen, Yazlak, Öğüt, Gündüz, Elmalı (2008) "Kayseri Devlet Hastanesi'nden Poliklinik Hizmeti Alan SSK Mensubu Erişkin Hastalarda Memnuniyet Durumu" Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:8 Sayfa 86– 98

Aytar, Yeşildal (2004) "Yatan Hasta Memnuniyeti", Düzce Tıp Fakültesi Dergisi Sayı:3 Sayfa 10– 14

Yılmaz Meryem. (2001) "Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti" C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi Cilt: 5 Sayı:2 Sayfa 69-74

Özcan, Özkaynak, Toktaş (2008) "Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri", Dicle Tıp Dergisi, Cilt:35, Sayı:2 Sayfa 96– 101

Köşgeroğlu, Acat, Karatepe(2005) "Kemoterapi Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği", Anadolu Psikiyatri Dergisi Sayı:6 Sayfa 75– 83

Şahin, Bakıcı, Bilban, Dinçer, Yurtçu, Günel (2005) "Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması", Genel Tıp Dergisi Cilt:15, Sayı:4 Sayfa 137– 142

Dalbay, Biçer (2002) "Bir Kamu Hastanesinde ISO–9002:1994 Kalite Güvence Yönetimi Uygulamasının Hasta Memnuniyeti Ve Bazı Performans Göstergelerine Etkisi", İTÜ Dergisi/B Sosyal Bilimler Cilt:1, Sayı:1, Sayfa 11–19

Ercan, Ediz, Kan (2004) "Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek", Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt:30, Sayı:3, Sayfa 151–157

Ünalın, Öztürk, Tolga, Tasdelen, Yazlak, Ögüt, Gündüz, Elmalı (2008) "Kayseri Devlet Hastanesi'nden Poliklinik Hizmeti Alan SSK Mensubu Erişkin Hastalarda Memnuniyet Durumu", Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:8 Sayfa 85–98

Acuner, Öner, Üzgül, (2004) "Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 57 Sayı 4 Sayfa 205–214

Aytan (2004) "Hasta Memnuniyeti, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi Sayı 3 Sayfa 10–14

TSE (2008) "TS EN ISO 9001–2008 Kalite Yönetim Standardı

Alcan Z (2001) "Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi", Anadolu Matbaası İstanbul sayfa 87–88

Ak (2001) "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi'nin Başarıya Ulaşmasında Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) Yönteminin Etkisi Ve Bir Uygulama", <http://paribus.tr.googlepages.com/cakirer.doc> 29.1.2009

Ersoy, Edirne, Yıldırım "Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti", www.Sabem.Saglik.Gov.Tr/Akademik_Metinler/Goto.Asp?Id=2332 29.1.2009

Pekdemir, Durukan, Yıldız, Kavalci (2003) "Uzun Tatil Dönemlerinde Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyet Ve Demografik Analizi", Fırat Tıp Dergisi Cilt 8, Sayı 3, Sayfa 149-152

Özlu (2005) "Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti", www.hastahaklari.org/hastadok.htm

Bostan S (2006) "Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu", Sağlık Hakkı Dergisi, Cilt:1, Sayı:1, www.haksay.org/files/sedat05.doc

Mor, Koyun, Baysal, Akman, Gür "Çocuk Nefroloji Polikliniğinde Hasta Memnuniyeti ve Hemşirelik Hizmetlerinin Önemi", <http://www.millipediatri.org.tr/bildiriler/hp-08.htm>

Al, Yıldırım, Togun, Zengin, Bozkurt, Köse, Sohbet "Acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörler", <http://www.onlinemakale.com/home/jvi.asp?pdid=atuder&ping=tur&n=ATUDER-54376&look>, 29.1.2009

Pala T Saatli G Eser E Güngör N "Hastanede Yatan Hastaların Hastane Hizmetleri ve Hastane Çalışanlarından Memnuniyeti ve Bunu Oluşturan Bileşenler", <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m103.htm> 29.1.2009

Önsüz, Topuzoğlu, Cöbek, Ertürk, Yılmaz, Birol (2008) "İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi", Marmara Medical Journal Cilt 21sayı 1 Sayfa 33-49

Nesanır, Dinç, (2008) "Manisa Kent Merkezinde Yatarak Tanı ve Tedavihizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hasta Memnuniyeti Düzeyi", TAF Preventive Medicine Bulletin, Cilt:7, Sayı:5 Sayfa 419-428

Özer, Çakıl (2008) "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etmenler", Tıp Araştırmaları Dergisi, Cilt:5, Sayı:3 Sayfa 140-143

Acaroğlu, Şendir, Kaya , Soysal (2007) "Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesine Etkisi", Ü.F.N. Hem. Dergisi Cilt 15 - Sayı 59 Sayfa 61-67

ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ "BOLU İZZET BAYSAL DEVLET HASTANESİ"

Hüseyin İka⁶⁸, Songül Yorgun⁶⁹, Sema Umur⁷⁰, Adem Çakmak¹
Erdoğan Şentürk¹, Yaşar Aşık¹, Emine Yağlıoğlu¹
Nurcan Demirtaş¹, Meral Köse¹, Aysun Yılmaz¹

Özet

Bu çalışma TC Sağlık Bakanlığı'nın çalışan memnuniyeti konusunda İl Sağlık Müdürlükleri tarafından hastanelerde kontrolleri yapılacak olan EK-1 Hizmet Kalitesi Standartları doğrultusunda çalışanlarının memnuniyetlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi (Merkez ve Köroğlu Ünitesi)'nde çalışan toplam 514 çalışan oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminde ise izinli, raporlu ve çalışmaya katılmak istemeyenler dışında 342 çalışan yer almıştır. Araştırmanın verileri, konuya ilişkin hazırlanmış sorular aracılığıyla 6-15 Ekim 2008 arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılımlı konusunda çalışanlardan sözlü onamları alınmıştır. Mevcut çalışma, "Çalışan Memnuniyeti Anketi ve Uygulama Usul ve Esasları" doğrultusunda yapılmıştır.

Çalışmaya katılanların (n=342) % 70,1'ini bayanlar oluşturmaktadır. %83,2'si 26-45 yaş arasındadır. Çalışmaya katılanların %31,3'ü insan kaynaklarının etkin kullanılmadığını, %75,1'i Hastane idaresi tarafından çalışanları ödüllendirilmediğini, %81,5'i hizmet içi eğitimlerin düzenli yapıldığını ve %67,0'ı hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitim aldığını, %43,6'sı çalışma mekanı ve çalışma koşulları ile ilgili düzenlemelerde görüşlerine başvurulmadığını, %32,2'si çalışma mekanının ergonomik düzenlenmediğini, Çalışmaya katılanların % 18,9'u kurumdan ayrılmayı düşünürken, %21,1'i kesinlikle başka bir kurumda çalışmak istedikleri belirlenmiştir. Çalışma sonrası üst yönetime rapor sunulmuş ve gerekli eğitimler planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çalışan Memnuniyeti, Hizmet Kalitesi Standartları

Abstarct

This study was conducted for the App-1 of Service Quality Standards - Assessment of Employee Satisfaction which will be checked by City Health Authority. It is of descriptive nature and a total of 514 employees of Bolu İzzet Baysal State Hospital (Centre and Köroğlu Unit) constitute its scope. In the exemplification of the study, 342 employees who were on leave of absence, on sick leave or who did not want to take part in the study were included. The data of this study was collected by a survey

68 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

69 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, syorgun58@hotmail.com

70 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, semaumur@hotmail.com

consisting of questions related to the subject between 6 and 15 October 2008. The employees who accepted to take part in the study gave their oral consent.

The study was conducted in the line of 'Survey of Employee Satisfaction, the Procedure and Ground Rules'. 70,1% of the participants (n=342) are female. 83,2% are between the ages of 26 and 45. 31,3% of the participants declared that Human Resources Department was not efficient; 75,1% stated that the hospital did not reward the employees; 81,5% said that the service related education was done regularly and 67,0% stated that they received education on patient and employee safety. 43,6% of the participants stated that they were not consulted when making changes in working space or conditions; 32,2% declared that the working space was not organized ergonomically. 18,9% of the participants considered leaving their jobs whereas 21,1% of them stated that they definitely wanted to work somewhere else. A report was presented to the superior management after the study and new and necessary education programs were planned.

Key Words: Employee Satisfaction, Service Quality Standards

1. GİRİŞ

Kalite kavramı ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı olarak tanımlanmaktadır. Hizmet işletmeleri içinde insan sağlığı ile ilgilenmesi nedeniyle ayrıcalıklı bir yere sahip olan hastaneler de, özel ve kamu yatırımı ayırımı yapmaksızın, kurumsal performanslarını iyileştirmek zorunda olan organizasyonlardır. Hastane organizasyonları kurumsal performanslarını iyileştirmek ve rekabette ayakta kalabilmek için sürekli iyileştirme felsefesinin temel ilkelerini uygulamalıdır (Yorulmaz, 2001: 4-5, kalite.saglik.gov.tr, 2007).

Kalite ile ilgili tüm yaklaşımların temel elementlerinden birisi de müşterinin tam memnuniyetidir. İç müşteri olarak kabul edilen personelin gerek yaptığı işten, gerek hasta ve hasta yakınları ile ilişkilerinden gerekse diğer çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnun olması çok önemlidir. Çalışma sırasında her bir çalışan, diğerini memnun edilmesi gereken bir iç müşteri gibi görebilirse iş ortamında karşılıklı çalışan memnuniyeti kendiliğinden doğabilecektir. Tam gün çalışan insan için iş yerinde geçirdikleri süre; o kişinin evinde ailesi ile birlikte uyanıklık hali içerisinde iken geçirdiği süreden daha fazladır. Dolayısıyla iş yerindeki insan ilişkileri daha da önem kazanmakta, mesleki memnuniyetin oluşmasının ötesinde kişinin mutluluğu ile de direkt ilişkili görülmektedir (Ünalın, 2006:13).

İş yerinde memnuniyeti belirleyen önemli faktörlerden birisi de iş riski ve iş güvenliği parametreleridir. Dolayısıyla iş güvenliğinin artması ölçüsünde iş memnuniyeti düzeyinin artması da tabidir (Ünalın, 2006:15).

1.1. Amaç

Bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı'nın çalışan memnuniyeti konusunda İl Sağlık Müdürlükleri tarafından hastanelerde kontrolleri yapılacak olan EK-1 Hizmet Kalitesi Standartları doğrultusunda Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi çalışanlarının memnuniyetlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi (Merkez ve Köroğlu Ünitesi)'nde çalışan toplam 514 çalışan oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminde ise izinli, raporlu ve çalışmaya katılmak istemeyenler dışında 342 çalışan yer almıştır. Araştırmanın verileri, konuya ilişkin hazırlanan sorular aracılığıyla 6-15 Ekim 2008 arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılımlı konusunda çalışanlardan sözlü onamları alınmıştır. Çalışma, "Çalışan Memnuniyeti Anketi ve Uygulama Usul ve Esasları" doğrultusunda yapılmıştır. Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdeler olarak saptanmıştır.

2.1. Bulgular

Çalışmaya katılanların (n=342) % 70,1'ini bayanlar oluşturmaktadır. %83,2'si 26-45 yaş arasındadır. Çalışmaya katılanların %31,3'ü insan kaynaklarının etkin kullanılmadığını, %75,1'i Hastane idaresi tarafından çalışanları ödüllendirilmediğini, %81,5'i hizmet içi eğitimlerin düzenli yapıldığını ve %67,0'ı hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitim aldığını, çalışmaya katılanların 1/3'ü bu konuda raporlamada yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, %72,8'i yaralanmalara karşı alt yapının yeterli olduğunu, % 77,3'ü hasta ve çalışan güvenliği konusunda yeterli olacak şekilde düzeltici ve önleyici faaliyet yapıldığını, % 85,8'i hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıkların bildirilmesinde hastane yönetiminin olumlu bir yaklaşım sergilediğini, %43,6'sı çalışma mekanı ve çalışma koşulları ile ilgili düzenlemelerde görüşlerine başvurulmadığını, %32,2'si çalışma mekanının ergonomik düzenlenmediğini belirtmiştir. %81,1'i yöneticilerine sorunlarını iletme imkanı bulunduğunu, %91,4'ü yönetimin kurumun vizyon ve kalite hedefleri konusunda bilgilendirme yaptığını ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılanların % 18,9'u kurumdan ayrılmayı düşünürken, %21,1'i kesinlikle başka bir kurumda çalışmak istedikleri belirlenmiştir.

3. SONUÇ

Çalışma sonrası yönetime çalışma hakkında rapor sunuldu. Bu raporda insan kaynaklarının etkin kullanımı, ödül mekanizmalarının işleri konusunda çalışanların görüşleri yönetime bildirildi. Hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin olayları raporlamaları konusunda eğitim verilmesi planlandı. Alt yapının güvenlik açısından gözden geçirilmesi kararlaştırıldı. Kalite çalışmaları doğrultusunda hastane politikamızda yer alan "Hasta ve çalışan memnuniyetine dayalı" yaklaşımımız devam etmektedir.

KAYNAKLAR

Ünalın, Çetinkaya, Özyurt, Kayabaşı (2006), "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sekreterlerde İş Memnuniyeti", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 9, Sayı.1, sayfa 1-18.

Yorulmaz, M.(2001), "Kalite Güvenliği ve Hemşirelik", **Hemşirelik Forumu dergisi**, C:4. S: 4-5, Temmuz-Ekim

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/kalitesozlugu.html>, (11.05.2007)

**PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR GİRESUN
DEVLET HASTANESİ 2005–2008 YILLARI ARASI
AYAKTAN HASTA MEMNUNİYET ORANLARI**

Aynur Çalış⁷¹, Hülya Yılmaz⁷², Ahmet Bal, Hülya Yılmaz, Şadiye Gök

Özet

Algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonu olarak ifade edilen memnuniyetin sağlık hizmetlerindeki uygulaması hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır. Memnuniyete ilişkin verilerin, hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde olduğu kadar bu hizmeti sunan sistemlerinin şekillendirilmesi ve yönetiminde de çok önemlidir. Bu çalışma ile hastanemizin yıllara göre ayakta hasta memnuniyet oranını ve bu oranda etkili değişkenleri belirleyerek, memnuniyet oranımızın artırılmasında özellikle odaklanmamız gereken uygulamaları belirlemeyi hedefledik. Anketlerin değerlendirmesinde; memnuniyet oranlarında yıllara göre sürekli bir artış sağlandığı, memnuniyet oranımızın yükseltilmesini sağlayacak en temel uygulamanın bilgilendirmeye yönelik iyileştirmeler konusuna odaklanmamız gerektiği saptanmıştır. Memnuniyet anketlerinin mevcut durumumuzu saptama ve iyileştirme gereken noktaların belirlenmesinde ki öneminin yanı sıra, kaliteli ve hasta odaklı hizmet verme ve hasta memnuniyetinin sağlanmasının kurum kültürü haline gelmesindeki önemi de büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Hasta Odaklı Hizmet, Kurum Kalite Kültürü

Abstract

Pleasure; a function of expected quality and inspected quality, is patient pleasure in health care system. Data of pleasure is important for evaluation of service quality as well as system reformation and management. We aimed to determine annual out-patient pleasure rate and factors in our hospital and points we need to focus to improve pleasure rate. By evaluating pools, we showed that out-patient pleasure rate has increased by years, improvement of patient information was the major execution which had to be focused. Patient pleasure pools is important for determining current status, lacking points and building organisational culture for high quality patient-centered service and having patient pleasure.

Key Works: Patient Satisfaction, Patient Focused Service, Corporate Quality Culture

71 Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Giresun Devlet Hastanesi, aynurcalis@gmail.com

72 Giresun Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, hsyilmaz74@gmail.com

1. GİRİŞ

Memnuniyet; algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonu olarak ifade edilmektedir. Hizmet alan bireyin mutluluğunun sağlanması, rekabetçi sistemlerin en önemli araçlarından biridir. Sağlık hizmeti alanında bunun somut uygulaması hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır (Aydın ve Demir, 2007: 31).

Memnuniyete ilişkin verilerin, hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde olduğu kadar bu hizmeti sunan sistemlerin şekillendirilmesi ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir (Hayran ve Uz, 1998: 15-32).

2. AMAÇ

2005 yılının ikinci yarısından başlayarak, kamu sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyet ölçümleri uygulanması ile kurumsal performansın nitelik boyutu da değerlendirilmektedir (Aydın ve Demir, 2007: 49). Önceleri kurumların isteğine bağlı olan bu ölçümler 2007 yılından bu yana zorunlu hale gelmiştir.

Hizmetlerini "Toplam Kalite Yönetimi" anlayışı ile sunan 350 yataklı Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Giresun Devlet Hastanesi etkin, verimli ve hasta odaklı hizmet vermeyi temel almaktadır. Bu temelde, özellikle hasta odaklılık bağlamında, hastalarımızın memnuniyetini sağlamak hedeflerimizin başında gelmektedir.

Bu çalışma ile hastanemizin yıllara göre ayaktan hasta memnuniyet oranını ve bu oranda etkili değişkenleri belirleyerek, memnuniyet oranımızın artırılmasında özellikle odaklanmamız gereken uygulamaları belirlemeyi hedefledik.

3. YÖNTEM

Ayaktan hasta memnuniyetinin ölçüm yöntemi, ilkeleri ve hastanede uygulanan soru seti, "Sağlık Bakanlığı Kalite ve Performans Değerlendirme Yönergesi ekinde belirlenen "Memnuniyet Anketleri ve Uygulama Usul ve Esasları"na göre belirlendi. (Sağlık Bakanlığı 01.02.2005 tarih ve 349 sayı ile 23/03/2007 tarihli ve 2542 sayılı yönergeleri) Polikliniklere göre anket uygulanacak hasta sayısı, ilgili polikliniklerin hasta sayılarının, yapılacak anket sayısına orantılı dağılımı ile belirlendi. Anketler hizmet almış hastalardan rastgele yöntemle, gönüllülerden oluşan anketörler tarafından yüz yüze görüşülerek uygulandı. Psikiyatri, Acil ve Diyaliz hastalarına anket uygulanmamıştır.

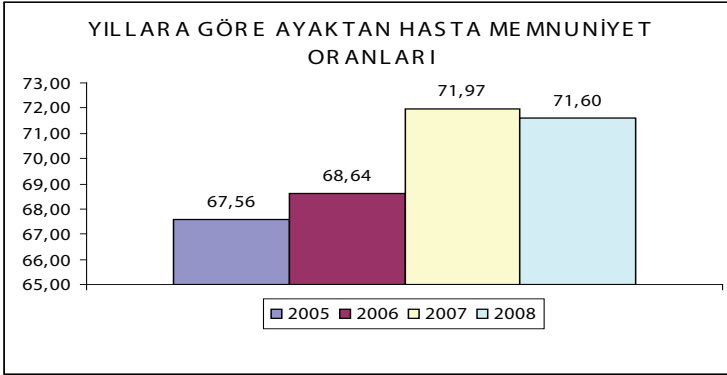
Anketlerden elde edilen sonuçlardan aşağıdaki formüle göre memnuniyet oranı hesaplandı:

Memnuniyet oranı = Anket puanı / Anket uygulanan kişi sayısı x 100

4. BULGULAR

2005-2008 yılları Ayaktan Hasta Memnuniyet Oranlarının yıllara göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu tabloda görüldüğü gibi ayaktan hasta memnuniyet oranında 2005 yılından bu güne % 4,04 oranında bir artış olduğu görülmektedir. En yüksek artışın 2007 yılında olduğu görülmektedir, ancak 2008 yılının sonuçlarının 8 aylık verilerden elde edildiği göz önünde tutulmalıdır.

Tablo 1. Yıllara göre ayaktan hasta memnuniyet oranları



Soru gruplarına göre memnuniyet oranları ise Tablo2'de gösterilmiştir. Bu tabloda; "Diğer Meslek Grupları" memnuniyet oranlarının 4 yılda da en yüksek, buna karşılık "Bilgilendirme Grubu" memnuniyet oranlarının ise en düşük oranlara sahip olduğu görülmektedir. Her ne kadar tüm gruplarda yıllara göre genel bir artış (ortalama % 4,45) görülmekte ise de, 4 yılsonunda en yüksek artışın % 14,81 ile "Doktor Muayenesi" ile ilgili grupta olduğu, bunu % 4,90 artış ile "Bilgilendirme Grubu"nun takip ettiği görülmektedir. "Genel Değerlendirme" ile ilgili grupta ise % 1,41 oranında azalma vardır.

Tablo 2. Soru gruplarına göre ayaktan hasta memnuniyet oranlarının yıllara dağılımı

	2005 n=602	2006 n=822	2007 n=1161	2008* n=725
Fiziki Ortam ve Birimler	67,85	69,05	70,86	71,92
Doktor muayenesi	54,28	58,50	69,02	69,09
Diğer Meslek Grupları	84,39	84,90	87,56	89,10
Poliklinik Değerlendirme	71,08	72,94	79,55	75,60
Hastaneden Ayrılma	76,75	78,62	**	**
Bilgilendirme	51,08	50,22	53,90	55,98
Genel Değerlendirme	70,78	72,12	69,11	69,37
Genel Hasta Memnuniyeti	67,56	68,64	71,97	71,60

* 2008 yılı 1 Ocak-31 Ağustos arasındaki dönemi içermektedir.

** Hastaneden ayrılma ile ilgili sorular 2007 yılından sonra genel değerlendirmenin içerisinde ele alınmaktadır.

5. SONUÇ

Literatürde % 70 ve üzerindeki memnuniyet oranının hizmetlerden memnuniyeti yansıttığı, bunun da hizmetlerin nitelik ve nicelik olarak yeterli kalitede olduğunu gösterdiği temel ifadelerde yer almaktadır (Şahin vd., 2005: 15). 2007 yılından bu yana bu oranın üzerinde memnuniyet oranına ulaşılmıştır.

Yıllara göre ayaktan hasta memnuniyet oranında sürekli bir artış gözleniyorsa da, bu artış istenilen düzeyde olmayıp halen hedeflediğimiz hasta memnuniyet oranına (2008 yılı kalite hedefi % 75) ulaşamadık.

Hastanemiz İlimizin en büyük hastanesi olması nedeni ile hasta yoğunluğunun fazla olması, bunun yanı sıra hizmet binamızın eski mimari yapısı gibi olumsuz etkenlere karşın; temel hedefimiz olan daha yüksek memnuniyeti sağlamaya yönelik pek çok iyileştirme faaliyeti başlatılmış ve uygulanmaktadır. Ayaktan hasta hizmetlerinde kiosk sistemine geçilmesi, her hekime poliklinik odasının açılması, tetkik istem ve sonuçlarının otomasyondan alınması, danışmanlık ve yönlendirme hizmetlerinin yaygınlaştırılması, temizlik kontrol ekiplerinin kurulması, iletişim ve halkla ilişkiler konusunda personel eğitimleri gibi iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmiştir. Çok yakında yeni hizmet binasına taşınması ile mimari sorununun çözülmesinin, memnuniyet oranımızda olumlu bir etki sağlayacağını ummaktayız. Ayaktan hasta memnuniyet oranımızın yükseltilmesini sağlayacak en temel uygulamanın bilgilendirmeye yönelik iyileştirmelerin yapılması ile sağlanacağı görülmektedir.

En düşük orana sahip olduğumuz "bilgilendirme" ile ilgili olarak; personelin bu konudaki hizmet içi eğitimleri artırılmış olup, panolardan ve bekleme koridorlarında

yeni hizmete soktuğumuz monitörlerden kapalı devre yayın yaparak sunulan bilgiler ile bu alandaki eksikliğimizi gidermeyi hedeflemekteyiz.

Kurum performans yönergesi gereğince yıllardır devam eden memnuniyet ölçüm anketlerinin mevcut durumumuzu saptama ve iyileştirme gereken noktaların belirlenmesinde ki öneminin yanı sıra, kaliteli ve hasta odaklı hizmet verme ve hasta memnuniyetinin sağlanmasının kurum kültürü haline gelmesindeki önemi de büyüktür.

KAYNAKLAR

Aydın, Sabahattin ve Demir, Mehmet (2007), Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Sağlıkta Dönüşüm Serisi – 2 Sağlık Bakanlığı Yayını Ankara, sayfa 31.

Hayran, O ve Uz H. (1998) , Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, O.Hayran, H.Sur (Ed.), Yüce Yayıncılık. İstanbul, sayfa:15-32

Sağlık Bakanlığına Bağlı ikinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge,01.02.2005 tarih ve 349 sayılı

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi 23/03/2007 tarihli ve 2542 sayılı

Şahin, Tahir K.- Bakıcı, H.- Bilban, S.- Dinđer, Ş.-Yurtçu, M- Günel, E.(2005), Yatan hasta yakınlarının memnuniyeti, **Genel Tıp Dergisi**, 15 (4)

ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ ANKET SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hacer Karakoç⁷³, Merve Altuğ⁷⁴, Gönül Canpolat⁷⁵

Özet

Hastanemizde çalışanların kuruma bağlılık, motivasyon düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin neler olduğunu görebilmek, çalışma koşulları ve üst yönetimle ilgili görüşlerini saptamak, değişime olan bakış açılarını belirlemek amacıyla yılda bir kez çalışan memnuniyet anketi uygulanmaktadır. 2007-2008 döneminde 6 meslek grubundan 117 çalışana memnuniyet anketleri uygulanmış değerlendirme sonuçları istatistiksel olarak kıyaslamaya tabi tutulmuştur. Kalite-performans birim toplantıları ve üst yönetimin her bir bölümle yaptığı toplantıların sonuçları da 2007 yılı anket sonuçlarıyla beraber değerlendirilmiştir. Çalışanların memnuniyetsizlik duyduğu konular üzerinde iyileştirme çalışmaları başlatılmıştır. Çalışanların da fikirleri alınarak kontrollü çözümler oluşturulmuştur. 2008 döneminde 2007 dönemine oranla çalışan memnuniyetinde %18.57'lik bir artış olmuştur. Bu sonuç; çalışanların görüşlerinin önemsenmesinin ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesinin hem sorunların çözümünü kolaylaştırdığını, hem de çalışanların yönetim tarafından önemsendiklerini hissetmelerleriyle memnuniyetlerinin arttığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Çalışan Memnuniyeti, Kalite, Anket

Abstract

In our hospital, Employee satisfaction survey has been applied once in a year in order to evaluate the level of motivation and faithfulness of employees and the effects on it, their opinions about management and their trends on change in hospital. Study based on entirely on the employee satisfaction survey and 117 subjects from 6 different branches in the hospital were included the study in the period of the years 2007-2008. After this application, the results of the 2007 study has been evaluated and individualized in the meetings of quality performance units and also in the meetings between management and departments. Improvement studies were based on the matters which were mentioned as problem by employee and employees were included for the solutions of the problems. In the period of the year 2008 the study found 18.57% increasing of employee satisfaction in comparison to 2007. The results show that employee satisfaction increases with taking the results of 2007 into consideration and it also help to solve problems easily.

Key Words: Employee satisfaction, Quality, Survey

73 Bolu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, hacerkarakoc_80@hotmail.com

74 Bolu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, mervealtu@gmail.com

75 Bolu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, doktor_gonul@hotmail.com

1. GİRİŞ

Hastane Toplam Kalite anlayışı çerçevesinde baktığımızda; hasta memnuniyetinin tatmin edici olması kalite standartları açısından oldukça önemli bir kriterdir. Kuşkusuz hasta memnuniyeti açısından en önemli unsurlardan biri de çalışanların güler yüzlü, kaliteli ve çözümçül yaklaşımlarıdır. Çalışanların memnuniyetlerinin artırılması, hasta memnuniyetini de arttıracak dolaylı olarak da hastalarda kurumla ilgili olumlu bir bakış açısı oluşturacaktır. Bu doğrultuda bakıldığında çalışan memnuniyeti, hastane performansında ve hastaların memnuniyetinde büyük rol oynar. Bu nedenle kurumsal bir kalite ve sürekli iyileşme isteniyorsa öncelikli olarak çalışan memnuniyetinin yüksek oranlarda olması gerekir. Çalışan memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla uygulanan en objektif yöntem çalışan memnuniyet anketi değerlendirmesidir. Anket sonuçlarının iyi irdelenmesi, çalışanlarla paylaşılması ve buna yönelik iyileştirme çalışmalarının en kısa zamanda başlatılmasıyla çalışanların iş yaşamlarındaki sorunlarına daha net çözümler oluşturulabilir. Çalışan memnuniyet anketinin düzenli olarak yapılması ve sonuçlarının zaman içindeki gelişmelerinin değerlendirilmesi kurum içi güven ortamının geliştirilmesine yardımcı olur. Zamanında müdahale de sürekli iyileştirme çalışmalarına ivme kazandırır.

2007 ve 2008 yılı çalışan memnuniyet anketi değerlendirmeleri aynı yöntemle çalışanlara uygulanmış aynı istatistiksel programla yorumlanmıştır. Amaç, 2007 dönemi memnuniyet sonuçlarının iyi analiz edilip, kontrollü çözümler oluşturulmasının ardından 2008 yılı memnuniyetindeki değişiklikleri saptamaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde 2007-2008 yılı çalışan memnuniyet anketi değerlendirmeleri; hemşire, doktor, sağlık lisansiyeri, idareci, sağlık memuru ve memur olmak üzere 6 meslek grubundan 117 çalışanın katılımıyla oluşturuldu. (n=117) Çalışan memnuniyet anketi 3'lü yanıt skalasıyla değerlendirilen (katılıyorum, katılmıyorum, kararsızım) 14 adet sorudan ve çalışanların fikirlerini ifade edebilecekleri 1 adet açık uçlu değerlendirme sorusundan oluşturuldu. Sorular hazırlanırken bir sorunun içinde birden fazla kavram olmamasına dikkat edildi. Kararsızım seçeneğine, cevapların tutarlılığının artırılması amacıyla cevap seçenekleri arasında yer verildi.

Çalışan memnuniyetini belirleme çalışması; soru listesi, görüşme gibi tekniklerden yararlanarak, belirli özelliklere sahip olan insanları ilgilendiren ya da olayı o anki durumuyla saptama amacı güden bir araştırma yolu olan tarama yöntemi ile yapıldı. Hastanemizde bu çalışma çalışanlara anket dağıtılarak ve çalışanların objektifliğini belirlemek amacıyla bağımsız doldurmaları sağlanarak gerçekleştirildi. Çalışan memnuniyet anketi verileri sosyal hizmet uzmanı tarafından 2007-Ekim, 2008-Ekim aylarında çalışanlardan toplandı. Anket sonuçlarının analizleri SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Sonuçlar meslek gruplarına, sorulan sorulara göre ayrı olarak kıyaslandı. Tüm verilerle genel memnuniyet oranı bulundu. Ayrıntılı olarak raporlandı.

3. BULGULAR

2007-2008 yılı memnuniyet anket sonuçları; soru ayrımlı, meslek ayrımlı ve genel olarak değerlendirilmiştir. 14 soru başlığında ve 6 meslek grubunda genel memnuniyet oranı 2007 yılında %42.29'ken, 2008 yılında %18.57'lik bir artışla %60.86 olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Sorulara göre genel memnuniyet oranları

SORU BAŞLIKLARI	2007 %	2008 %	FARK %
1. Çalıştığım birimde en son bitirdiğim okuldan aldığım sertifika ve kurslara uygun iş yapmaktayım	48.23	#86.03	37.8
2. Çalıştığım mekanın büyüklüğü, amaca uygunluğu, hijyeni gibi özelliklerinden memnunum.	51.13	71.5	20.37
3. Çalıştığım birimde gerekli araç ve donanıma sahibim	64.61	85.73	21.12
4. Çalıştığım birimde kişilerarası ilişkiler iyidir.	72.11	79.93	7.82
5. Bağlı olduğum üstlerime ilettiğim problemler çözüme kavuşturulur.	31.38	61.58	30.2
6. Alt-üst ilişkilerinde iletişim kopukluğu yaşıyorum.	34.15	50.16	16.01
7. Bağlı olduğum üstlerimin çalışanlara karşı adil olduğunu düşünüyorum	29.43	52.5	23.07
8. Hastanemizde yeni fikirler hızla kabul edilir ve uygulanır.	21.36	37.51	16.15
9. Hastanede birimler arası iletişim ve koordinasyon sağlanmıştır.	31.25	59.81	28.56
10. Hastanemizde üstün çalışmalar ödüllendirilir.	*15.95	*36.8	20.85
11. Hastanemizin eğitim çalışmalarının yeterli olduğunu düşünüyorum.	34.76	42.0	7.24
12. Hastanemizin genel temizliği yeterli düzeydedir.	#67.25	66.96	-0.29
13. Bu Kurumu yönetenlere güveniyorum.	43.95	54.71	10.76
14. Bu kurumda çalışıyor olmaktan memnunum.	46.58	66.95	20.37

* 2007-2008 yıllarında en düşük memnuniyet oranına sahip soru

2007-2008 yıllarında en yüksek memnuniyet oranına sahip soru

2007 yılında çalışanların genel olarak düşük memnuniyet belirttikleri soru %15.95 ile 'üstün çalışmaların ödüllendirilmesi' olurken; en yüksek memnuniyet belirttikleri soru ise %67.25 ile 'hastane temizliği' olmuştur. 2008 yılında ise 'üstün çalışmaların ödüllendirilmesi' sorusunun memnuniyet düzeyi %20.85'lik artışla %36.8 olarak belirlenmiş, ancak yine en düşük memnuniyet oranına sahip olan soru olmuştur. 2008 de en yüksek memnuniyet oranı %86.3 ile 'en son bitirilen okula uyumlu iş yapabilme' ve %85.73 ile 'gerekli araç ve donanıma sahip olma' sorusu olmuştur (Tablo.1).

2008 yılı memnuniyet anket sonuçları 2007 yılı sonuçlarına göre kıyaslandığında, en yüksek memnuniyet artışı gösteren soru %37.8 ile "en son bitirilen okula göre iş yapabilme" sorusu en az artış gösteren soru ise %7.24 ile 'hastanemizin eğitim çalışmaları yeterlidir' sorusu olmuştur. 'Hastanemizin genel temizliği yeterli

düzyededir' sorusu ise 2007 yılı sonuçlarına göre 2008 yılında tek memnuniyet düşüşüne rastlanan soru olmuştur. Ancak bu fark %0.29 olduğundan kıyaslanmalarda göz ardı edilmiş, çalışanların bu soruyla ilgili memnuniyet düzeylerinin değişmediği farz edilmiştir.

Tablo 2. Meslek gruplarına göre memnuniyet oranları

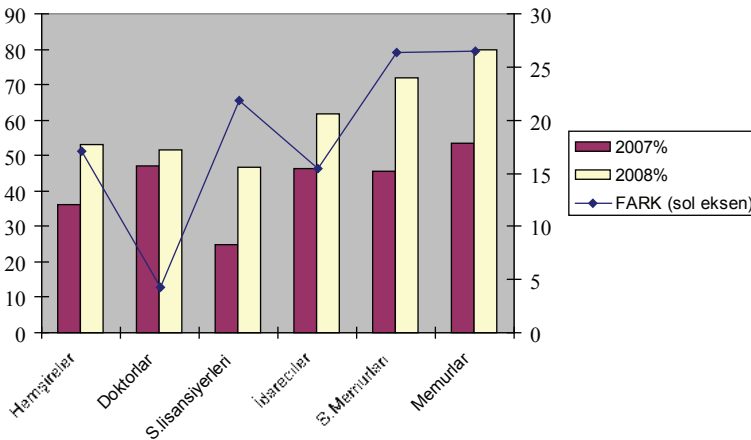
MESLEK GRUPLARI	2007 %	2008 %	FARK %
HEMŞİRELER	36.2	53.22	17.02
DOKTORLAR	47.14	51.42	4.28
SAĞLIK LİSANSİYERLERİ (fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog)	25	46.81	21.81
İDARECİLER	46.42	61.91	15.49
SAĞLIK MEMURLARI	45.44	71.85	26.41
MEMURLAR	53.57	80	26.43

2008 yılı çalışan memnuniyet değerlendirmeleri sonucunda hiçbir meslek grubunda, 2007 yılı sonuçlarına göre memnuniyet düşüşü görülmemiştir.

2008 yılında memnuniyette en yüksek artış gösteren meslek grubu %26.43 ile memurlar ve %26.41 ile sağlık memurlarıdır. En az memnuniyet artışı gösteren meslek grubu ise %4.28 ile doktorlardır. Diğer meslek gruplarındaki artış tablo.2 de görülmektedir. 2007-2008 yılları arasındaki memnuniyet farkları mesleklere göre değişkenlik göstermektedir.

Dönemler arasındaki memnuniyet artışları incelendiğinde, idareci ve memurların sağlık elemanlarından daha yüksek bir memnuniyet artış oranına sahip olduğu görülmüştür (Şekil 1).

Şekil 1. Meslek ayrımlı memnuniyet oranları ve dönemsel artış farkları



4. TARTIŞMA

2007 Ağustos ayında kalite çalışmalarına aktif olarak başlanmıştır. Kalite çalışmalarının aktif uygulanmasıyla birlikte çalışanların görüş ve önerilerine verilen önem artırılmış, bunun paralelinde şikâyet ve öneri kutuları oluşturulmuş, buradan elde edilen dokümanlar her ay yapılan Kalite ve Performans Toplantısında geniş açılı değerlendirilmiş ve kontrollü olarak çözümler oluşturma amaçlanmıştır. Üst yönetim; birimlerle dönemsel toplantılar yaparak çalışanların sorunları ve beklentilerini değerlendirmiş buna yönelik önlemler almış, kalite çemberlerinin oluşturulması ve proje üretimini teşvik için çalışanlara buna yönelik eğitimler düzenlemiştir.

Ölçülemeyen performansın geliştirilemeyeceği ilkesinden yola çıkarak, çalışanların memnuniyetinin dönemler arası kıyaslanmasıyla eksiklikler daha net tespit edilmiş, iyileştirme fırsatlarının yakalanacağı bir yönetim aracı olarak anket sonuçları değerlendirilmiştir.

2007 Anket değerlendirme sonuçlarına göre "Hastanedeki üstün çalışmalar ödüllendirilir" sorusundaki düşük memnuniyet oranı bu konu üzerine çalışmaları yoğunlaştırmış ve alınan karar doğrultusunda üstün çalışmalarda bulunan çalışanlara "teşekkür yazıları" gönderilmeye başlanmıştır. Bunun yanı sıra hastalardan gelen teşekkürler de her ay güncellenen "teşekkür alan çalışanlar" tablosunda yayınlanmıştır.

Yine bir önceki dönem çalışan memnuniyet anket sonuçları incelenerek, çalışanların, çalıştıkları mekanın büyüklüğü, amaca uygunluğu ve hijyeni gibi özelliklerinden doğan sıkıntıları birim bazında birebir görüş alınarak mevcut fiziksel koşullar dâhilinde düzenlemelere gidilmiş ve 2007 yılında %57.9 olan ilgili memnuniyet oranı 2008 yılında %73.4 oranına yükselmiştir.

Meslek ayrımlı değerlendirildiğinde memnuniyet farklılıkları olduğu görülmüştür. Memurlarda bir önceki döneme göre memnuniyet artışının ortalama değerden daha yüksek olmasının sebebi, memurlara verilen yetki ve sorumluluğun 2007 yılına göre artırılması; doktorlarda memnuniyet düzeyi artışının ortalama değerden daha düşük olmasının sebebi ise 2007 yılında 10 olan doktor sayısının 2008 yılında 5'e düşmesi ve buna bağlı olarak da iş yükünün artması olarak yorumlanmıştır.

Çalışan memnuniyet oranında, üst yönetimin çalışanlara yaklaşımının belirleyici bir rolü vardır. Bu çalışmada da çalışan memnuniyetinin dönemler arası kıyaslanmasıyla, hastane üst yönetiminin çalışanların memnuniyetinin artırılmasındaki performansı değerlendirilmiştir. Ancak çalışanların üst yönetimden bağımsız olan; fiziki koşullar, mesleki sorunlar ve ücretlendirmeden kaynaklanan sıkıntılarının da genel memnuniyet oranında etkili olduğu unutulmamalıdır.

5. SONUÇ

Hastanemizde başhekim başkanlığında "Kalite ve Performans" biriminin; çalışan memnuniyet anket sonuçları çerçevesinde, çalışanların görüş ve önerilerini değerlendirerek uygulamaya koymuş olduğu iyileştirme çalışmaları sonucunda 2007 yılında %42.29 olan genel memnuniyet oranı 2008 yılında %60.86'ya yükselmiştir.

Çalışan memnuniyet oranının bir önceki döneme göre %18.57 oranında artış göstermesinde; personelin bir önceki dönem anket sonuçlarının ayrıntılı değerlendirilmesi, çalışan görüşlerine verilen önemin artırılması, bunun yanında kalite çemberlerinin kurulmasının teşviki ile çalışanların düşündüklerini direkt olarak üst yönetime iletebilmesine olanak sağlanmış olması, etkili olmuştur. Çalışanlar hastane yönetim ve kararlarına kendi fikirlerini de aktarabilmiş, böylece ekip ruhu benimsemiş, bu da memnuniyetlerinin artmasında rol oynamıştır.

Kuşkusuz %60.86 hedeflenen memnuniyet değerinin altında bir değerdir. Ancak kalite çalışmalarına aktif olarak 2007-ağustos ayında başladığı düşünülürse bir önceki döneme göre artışla oranlandığında; çalışanların memnuniyetini arttırmak amaçlı yapılan iyileştirme çalışmalarının yararlı olduğu görülmüştür. Önümüzdeki dönem içerisinde elde edilen profesyonellekle, çalışmaların daha derinleştirilerek çalışan memnuniyetinin daha iyi düzeylere taşınabileceğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

Meriç ve Yapar (2004) 'Kamu Sektöründe Ulusal Kalite Ödülleri Üzerine bir Araştırma' **XXIV Yöneylem Araştırmaları-Endüstri Mühendisliği Kongresi**, 15–18 Haziran, Gaziantep-Adana: YA\EM

Aytar, Yeşildal (2004) 'Yatan Hasta Memnuniyeti', **Düzce Tıp Fakültesi Dergisi**, 3:sayfa 10–14

Telman Nursel (2004), **Çalışan Memnuniyeti**, Epsilon Yayınevi, İstanbul

Tekin Vasfi Nadir(2006), **SPSS Uygulamalı İstatistik Yöntemleri**, Seçkin Yayıncılık, Ankara

[http://www.arge.com/hizmetlerimiz/yonetimdeKalite/Toplam Kalite Yonetimi EFQM Mukemmellik Modeli//InsaniKazananIsinidekazanir.aspx](http://www.arge.com/hizmetlerimiz/yonetimdeKalite/Toplam_Kalite_Yonetimi_EFQM_Mukemmellik_Modeli//InsaniKazananIsinidekazanir.aspx) (28 Aralık 2006)

http://www.kalitedanismanlik.org/index2php?option=com_content&id=72 (10 Aralık 2008)

<http://www.statijika.com/hizmetlerimiz/CMA.asp> (22 Aralık 2008)

http://www.risustr.com/pi/upload/content/docs/%C3%87a&C4B1C5%9Fan_Memnuniyeti_Analiz_Raporu.pdf (Şubat 2007)

BURSA DEVLET HASTANESİ YATAKLI SERVİS HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Ayşe Hayit⁷⁶

Özet

Sağlıkta Kalite; vatandaşımızın ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, sağlık kuruluşunda hastanın doğru değerlendirilmesi, doğru hastaya, doğru zamanda, doğru tedavinin uygulanması, hizmet sunumunda hasta ve yakınlarının haklarına saygı gösterilmesi, hastaların bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, çalışanların niteliklerinin geliştirilmesi, hizmet sunum sürecinde bilginin doğru yönetilmesi, sağlık tesisinin doğru ve güvenli bir biçimde çalışmasının sağlanması, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrol altına alınması, Sağlık kuruluşunun etkililiğinin ve verimliliğinin ve hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetinin odak noktası insandır ve sunulan hizmetlerde hasta ve yakınlarının ve çalışanların memnuniyeti esastır.

Çalışmanın amacı, Bursa Devlet Hastanesinden yataklı servis hizmeti alan hastaların; hasta kabul, servisler, hekimler, hemşireler, tedavi ve bakım, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer hususlar kapsamında memnuniyet durumlarının ortaya konulmasıdır.

Çalışmada Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan (Sağlık Bakanlığı Standart Anket Seti ek.3/A) standart anket formu kullanılmış ve yataklı servis hizmeti alan hastalara hastaneden ayrılmadan hasta ve yakınlarına dağıtılmış hastaneden ayrılırken toplanmıştır. Araştırma evreni, hastaneden sadece yataklı hizmet alan hastaları kapsamaktadır. Bu çalışmaya Ocak 2008 ayı içerisinde Bursa Devlet Hastanesinden yataklı servis hizmeti alan 199 hasta katılmıştır. Verilerin analiz edilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanılarak, frekans dağılımı, çapraz tablolara ve t-testine yer verilmiştir.

Uygulanan anket sonucunda, verilen hizmetlerde hasta memnuniyet düzeyleri (%89,13) yüksek çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Sağlıkta Kalite, Yatan Hasta

Abstract

Quality in healthcare is to provide easy access to healthcare for patients, provide treatment to right patient at the right time, respect for the relatives and visitors of the patient, provide clear information and education to the patient, improve quality of the healthcare personnel, provide a base for healthy operation in the healthcare

⁷⁶ Bursa Devlet Hastanesi, ayse1620@hotmail.com

facility, provide security for both patients and the personnel, prevent and control hospital infections, and offer effective and productive environment for both patients and the personnel. The focal point of the healthcare is the "human" and the main factor in provided healthcare that is offered is the satisfaction of the patient and relatives, and the hospital personnel.

The purpose of this study is to evaluate the satisfaction of patients on patient services, physicians, nurses, treatment and care, hospital discharge, and other general patient concerns.

A standard survey form available by Ministry of Health (Ministry of Health Standard Survey Set Appendix 3/A) was distributed to patients who are receiving inpatient services and their relatives during initial visit and the surveys were collected from both patients and the relatives just before the patient's discharge. Survey covered only patients who are receiving inpatient services. One-hundred ninety nine patients who are receiving inpatient services in Bursa State Hospital in January 2008 were included in this survey. Data analysis were performed using SPSS 16.0 package and analyses included the calculation of frequency distribution, presentation of comparative tables, and t-test analyses.

As a result, based on this survey, the satisfaction level of patients who are receiving inpatient services from Bursa State Hospital was high (89.13%).

Key Words: Patient Satisfaction, Healthcare Quality, Inpatient

1. GİRİŞ

Sağlıkta Kalite; vatandaşımızın ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, sağlık kuruluşunda hastanın doğru değerlendirilmesi, Doğru hastaya, doğru zamanda, doğru tedavinin uygulanması, hizmet sunumunda hasta ve yakınlarının haklarına saygı gösterilmesi, hastaların bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, çalışanların niteliklerinin geliştirilmesi, hizmet sunum sürecinde bilginin doğru yönetilmesi, sağlık tesisinin doğru ve güvenli bir biçimde çalışmasının sağlanması, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrol altına alınması, Sağlık kuruluşunun etkililiğinin ve verimliliğinin ve hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetinin odak noktası insandır ve sunulan hizmetlerde hasta ve yakınlarının ve çalışanların memnuniyeti esastır (Aydın, 2007).

Günümüzde sunulan sağlık hizmetinin sonuçlarını izlemek için kullanılan kalite değerlendirmeleri genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyeti üzerinden yapılabilir. Bu değerlendirmelerden birisi olan hasta memnuniyeti, klinik sonuçlar kadar önemlidir ve bunu ölçmek her sağlık kuruluşunun hedeflerinden biri olmalıdır (Önsüz vd., 2008).

Leebov ve Scott sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin dört nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedirler. Bunlar:

- İnsancıl nedenler
- Ekonomik nedenler
- Pazarlama
- Etkililik

Kalite ölçütü olarak hasta memnuniyetini ölçmenin önemi tartışılmayacak kadar ortadadır. Memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirmesinde olduğu kadar sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir. Son yıllarda gerek kamusal gerekse özel sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti konusuna giderek daha çok ilgi duyulmakta ve ölçüm çalışmaları yaygınlaşmaktadır (Hayran vd., 2005).

Hasta memnuniyetinin önemini vurgulayan nedenlerin başında insancıl nedenler gelmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği, hasta haklarını sırf insan oldukları için insanların sağlık hizmeti ihtiyacını duyduklarında elde ettikleri haklar olarak tanımlamaktadır. Hastaların temel haklarının başında, tıbbi gereklere ve çağdaş bilim ışığında insan onuruna yakışır bir şekilde sağlık hizmeti alması gerektiğini ifade etmektedir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hasta memnuniyeti, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur. Buna göre, Hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiği deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadır. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir (Tükel vd., 2004).

2. AMAÇ VE YÖNTEM

Sağlık hizmetleri sunumunun, toplumun sağlıkla ilgili taleplerini optimum düzeyde karşılaması ve hasta tatminini sağlaması gerekir. Hasta tatmininin sağlanması, hastanın beklentilerinin iyi bir şekilde karşılanmasıyla mümkün olabilmektedir. Hasta tatmini birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlardan bazıları; hizmetten umulan fayda, algılanan performans, geçmiş deneyimler, hizmet sunumunun hasta ve ailesinin kültürüne, eğitim düzeyine, yaşam tarzına, sosyal sınıf ve statüsüne, zevk ve alışkanlıklarına, önyargılarına uygunluğu, vb.dir (Şahin vd., 2005).

Çalışmanın amacı, Bursa Devlet Hastanesinden yataklı servis hizmeti alan hastaların; hasta kabul, servisler, hekimler, hemşireler, tedavi ve bakım, hastaneden ayrılma, genel değerlendirme ve diğer hususlar kapsamında memnuniyet durumlarının ortaya konulmasıdır.

Sağlık alanı içinde, tıbbi bakım ve tedavi sürecinde kalitenin iki boyutu bulunmaktadır. Biri, personel ve teknik standartları, diğeri ise hasta ve yakınlarının bakış açısından hizmet kalitesidir. Hasta deneyimlerinin anlaşılması ve buna göre standartların geliştirilmesi sadece ve sadece hastalara sorularak yapılabilir (Sağlık Bakanlığı, Kalite ve Performans Değerlendirme Yönergesi, 2007). Sağlık hizmetlerinin gelişiminde bu boyutu ortaya çıkarmak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan (Sağlık Bakanlığı Standart Anket Seti Ek 3/A) standart anket formu kullanılmış. Ve yataklı servis hizmeti alan hastalara hastaneden ayrılmadan hasta ve yakınlarına dağıtılmış hastaneden ayrılırken toplanmıştır. Araştırma evreni, hastaneden sadece yataklı hizmet alan hastaları kapsamaktadır. Bu çalışmaya Ocak 2008 ayı içerisinde Bursa Devlet Hastanesinden yataklı servis hizmeti alan 199 hasta katılmıştır ve verilerin analiz edilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanılarak, frekans dağılımı, çapraz tablolara ve t-testine yer verilmiştir (Bayram, 2004).

3. BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşları $44,6 \pm 13,6$ yıldır, %49 i kadın, %51 i erkek hastalardır. Çalışma grubunun cinsiyet dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Cinsiyet değişkeninin frekans dağılımı

Cinsiyet	N	%
Kadın	97	49
Erkek	102	51
Total	199	100

Çalışmaya katılan hastaların %50’sinin SSK güvencesine, %20’sinin Bağ-Kur sosyal güvencesine, %13’ünün Emekli Sandığı sosyal güvencesine sahiptir. Çalışmaya katılan hastaların %87’si başka bir sağlık kurumuna gitmeden doğrudan hastaneye geldiğini, %13’ü de diğer kurumlardan sevk edilerek geldiğini belirtmiştir. Cinsiyet, eğitim durumu ve hastaneye geliş şekline ait değişkenlerin oluşturduğu tablo aşağıda sunulmuştur.

Tablo 2. Cinsiyet, eğitim durumu ve hastaneye geliş şekline göre çalışma grubunun dağılımı

Cinsiyet ve Eğitim Durumu	Hastaneye geliş şekli		Toplam
	Doğrudan	Sevk	

Kadın	Eğitim durumu	Okur-yazar	14	3	17
			82,4%	17,6%	100,0%
			16,3%	42,9%	18,3%
		İlkokul	24	2	26
			92,3%	7,7%	100,0%
			27,9%	28,6%	28,0%
		Ortaokul	15	1	16
93,8%	6,3%		100,0%		
	17,4%	14,3%	17,2%		
Lise	17	1	18		
	94,4%	5,6%	100,0%		
	19,8%	14,3%	19,4%		
YO ve Univ.	16		16		
	100,0%		100,0%		
	18,6%		17,2%		
Toplam	86	7	93		
	92,5%	7,5%	100,0%		
	100,0%	100,0%	100,0%		
Erkek	Eğitim durumu	Okur-yazar	8		8
			100,0%		100,0%
			9,8%		8,0%
		İlkokul	20	8	28
			71,4%	28,6%	100,0%
			24,4%	44,4%	28,0%
		Ortaokul	15	5	20
			75,0%	25,0%	100,0%
			18,3%	27,8%	20,0%
		Lise	26	3	29
			89,7%	10,3%	100,0%
			31,7%	16,7%	29,0%
YO ve Univ.	13	2	15		
	86,7%	13,3%	100,0%		
	15,9%	11,1%	15,0%		
Toplam	82	18	100		
	82,0%	18,0%	100,0%		
	100,0%	100,0%	100,0%		

İlkokul mezunu kadınların yaklaşık %28 i hastaneye doğrudan başvurmuştur, ilkökul mezunu erkeklerin yaklaşık %44 ü hastaneye yataklı servis hizmeti alımı için başka kurumlardan sevk ile gelmiştir.

Çalışmanın bu bölümde ankette yer alan sekiz bölüme ait hasta memnuniyetlerini ölçen verilerin ortalama, standart sapma ve aralık değerleri aşağıdaki tabloda sunulmuştur. Tüm bölümlerde yer alan sorulara verilen yanıtlarda yüksek puanlar memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanla ise memnuniyet düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. Bölümlere ait ortalama ve standart sapma değerleri

Bölümler	Soru sayısı	Aralık	N	Ort.	s.s
Hasta Kabul	3	0-8	199	6,82	1,50
Servisler	5	0-16	199	12,89	2,82
Hekimler	3	0-8	198	7,61	1,23
Hemşireler	4	0-11	198	10,79	,56
Tedavi ve Bakım	6	0-21	199	19,64	2,34
Hastaneden Ayrılma	2	0-6	197	5,33	1,37
Genel Değerlendirme	4	0-18	198	16,39	2,37
Diğer	4	0-12	198	9,90	2,20
Toplam	31	0-100	199	89,13	10,81

Yukarıdaki tabloda ortalama değerlerine bakıldığında, Bursa Devlet hastanesinden yataklı servis hizmeti alan hastaların, hasta kabul, servisler, hekimler ve hemşireler, tedavi ve bakım, hastaneden ayrılma, hastaneyi genel olarak değerlendirme ve diğer hususlarda memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Son satırda yer alan, ölçeğin genel ortalamasına bakıldığında hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir.

Kullanılan memnuniyet ölçeğinin cinsiyet bağlamında bölümler bazında farklılık yaratıp yaratmadığını ölçmek amacıyla yapılan t-testi sonucu aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 4. Cinsiyet değişkenine göre t-testi sonuçları

Bölümler	Kadın n=97		Erkek n=102		t	p
	Ort	ss	Ort	ss		
Hasta Kabul	6,61	1,69	6,99	1,29	-1,764	,079
Servisler	12,32	3,28	13,38	2,20	-2,666	,008
Hekimler	7,57	1,30	7,64	1,17	-,388	,699
Hemşireler	10,75	,54	10,84	,57	-1,072	,285
Tedavi ve Bakım	19,43	2,64	19,80	2,04	-1,101	,272
Hastaneden Ayrılma	5,30	1,45	5,34	1,30	-,192	,848
Genel Değerlendirme	16,10	2,78	16,62	1,90	-1,511	,132
Diğer	9,55	2,49	10,17	1,85	-1,951	,053

Yapılan t- testi sonucunda yataklı servis hizmeti alan kadın ve erkek hastaların servisler bölümü haricinde diğer tüm bölümlerde hemen-hemen aynı ortalama memnuniyet düzeylerine sahip olduğu elde edilmiştir.

Servisler bölümünde kadınların memnuniyet düzeyinin erkeklerin memnuniyet düzeyinden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($t=-2,666$; $p<0,05$) gösterdiği ortaya konulmuştur. Buna göre, kadın hastaların erkek hastalara nazaran, servislerdeki hizmetlerden memnun olmadıklarını görülmüştür.

3. SONUÇ

Çağımızda sağlık hizmetlerinin hasta odaklı verilmesi kaçınılmaz hale gelmektedir. Hasta odaklı sağlık hizmeti, hizmetin etkinlik ve verimliliğinin artırılmasını sağlamaktadır. Hasta odaklı hizmet vermek isteyen kurumlar hastayı tanımak ve beklentilerini bilmelidir.

Sonuç olarak yapılan çalışmada verilen hizmetlerin memnuniyet düzeyleri yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda memnuniyet düzeyi iyi olsa da, servislerin ve hastanenin fiziksel ortamı daha olumlu hale getirilmelidir. Çünkü hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık memnuniyet yüzdelerini artırabilecektir. Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duyacaklardır.

Hastane hizmetlerinin değerlendirilmesinde, verilen hizmetlerin çok boyutlu olarak sorgulanması, hastanelerde toplam kalite çalışmalarının yönetim tarafından benimsenmiş ve uygulanıyor olması gerekmektedir. Bursa Devlet Hastanesinde, uygulanan anket sonuçlarında verilen hizmetlerde hasta memnuniyet düzeyleri (%89,13)yüksek çıkmıştır ancak servisler ve diğer hizmetler bölümündeki kısmi memnuniyetsizliklerin ortadan kaldırılması için, iyileştirme çalışmaları yapması hasta memnuniyet düzeyini daha da yükseltecektir. Hasta memnuniyet düzeyini ölçerken personel ve teknik standartları unutmamak gerekir. Hasta memnuniyetini arttırırken çalışanların memnuniyetleri de göz ardı edilmemelidir.

KAYNAKLAR

23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarda Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi EK-4

Aydın Bilge, (2007), Aydın İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Yönetimi ve Kalite Paneli

Bayram N., (2004), Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi, Ezgi Kitapevi, Bursa

Hasta Hakları Yönetmeliği1998

Hayran O, Sur H., (2005), Sağlık İşletmelerinde Yönetim, İstanbul: Sayed Yayınları.

Önsüz M., F., vd, (2008), İstanbul'da bir Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi, Marmara Medical Journal;21(1);033-04.

Şahin vd, (2005), Yatan hasta yakınlarının memnuniyeti, Genel Tıp Dergisi;15(4)

Tükel B., Acuner A., M., Önder Ö., R., Üzgül A., (2004), Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt 57, Sayı 4, 205-214

KAMU HASTANELERİNDE HASTA VE ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ: GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ HALKLA İLİŞKİLER FAALİYETLERİ

Havva Palacı⁷⁷, Semrin Timlioğlu⁷⁸, Sinem Gül Temel⁷⁹,
Sevtap Deregözü⁸⁰ Ömer Şahan⁴,
Filiz Büyükgebiz⁴, Derya Yücel⁴, Prof. Dr. Hamit Okur⁴

Özet

Kamu hastanelerinde Halkla İlişkiler Birimlerinin kurulması hastane yapılanmaları içinde yeni gelişen bir süreçtir ve yürütülmekte olan kalite çalışmaları ile önemi günden güne artmaktadır. Bu çalışmanın amacı; kamu hastanelerinde, halkla ilişkiler birimlerinin, hasta ve çalışan memnuniyetini arttırmaya yönelik verilerin toplanması, sonuçların analizi ile elde edilen sonuçlarla yapılacak faaliyetlerin planlanmasındaki profesyonel yaklaşımlarının önemini ortaya koymaktır. Bu amaçla; Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Halkla İlişkiler Birimi'nin faaliyetleri değerlendirilecektir. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Halkla İlişkiler Birimi hastane toplam kalite yönetimi hedefleri doğrultusunda, halkla ilişkiler yöntem ve araçlarını kullanarak faaliyetlerini sürdürmektedir. Halkla ilişkiler ve tanıtım prosedürü oluşturulmuş olumluya vurgu yapan proaktif bir halkla ilişkiler stratejisi ile iç iletişim, dış iletişim ve tanıtım görevleri yanında müşteri beklentilerini belirlemek üzere anketler de yapılmaktadır.

Bu bağlamda; yatan ve ayaktan hasta memnuniyet anketleri, çalışan memnuniyet anketleri ile eğitim hizmetinin geribildirimlerini almak üzere asistan doktorların memnuniyet anketleri yapılmaktadır. Ayrıca görüş ve öneriler ile memnuniyetsizlik noktalarının, oluşmadan önlenmesi açısından neredeyse olayların takibi ve raporlanması da yapılmaktadır. Yapılan anketler SPSS programında analiz edilmektedir.

Kamu hastaneleri açısından halkla ilişkiler birimlerinin hasta ve çalışan beklentilerini değerlendirmeleri yanında elde edilen sonuçlara göre üst yönetime öneriler sunmaları ile onaylanan iletişim faaliyetlerini ve sosyal faaliyetleri planlayarak gerçekleştirmeleri bakımından önemli bir yere sahiptirler.

Anahtar Kelimeler: Hasta ve Çalışan Memnuniyeti, Halkla İlişkiler, Toplam Kalite Yönetimi

77 İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, palaci.havva@gmail.com

78 İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, timlioglu@gmail.com

79 İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, sgtemel@gmail.com

80 İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Abstract

The formation of the departments of the public relations in public hospitals is a recently developing process in hospital construction and its significance has kept increasing with the progression quality works. The aim of this study is to put forward the importance of the professional approaches of the public relations departments in public hospitals in planning the activities as a result of analyses with view to gather data tending to enhance the satisfaction of employee and patient. In this respect, the activities of public relations departments of Göztepe Education and Research Hospital will be evaluated. The unit of public relations of Göztepe Education and Research Hospital has maintained its activities by using the method and devices of public relations in direction to the targets of the Total Quality Management. The department has been doing the questionnaires in order to define customer expectations as well as the tasks of internal-external communication and introduction by means of a proactive public relations strategy.

In this respect, the inquiries of satisfaction for the inpatient and out-patient, the employee satisfaction as well as the assistant doctor satisfaction with a view to receive the feedbacks of education service has been rendered. The applied public surveys have been analyzed in SPSS Program.

From the point of view of public hospital, the departments of public relations have played an important place in the evaluation of the expectations of patient and employee, and the submission of the suggestions to the upper administration and the realization of the conceived communicative and social activities.

Key Words: Patient and Employee Satisfactions, Public Relations, Total Quality Management

1. GİRİŞ

Kamu hastanelerinde halkla ilişkiler birimlerinin kurulması hastane yapılarını içinde yeni gelişen bir süreçtir ve yürütülmekte olan toplam kalite çalışmaları ile gelişme kaydetmektedir. Bu bağlamda toplam kalite yönetimlerinin başarısında halkla ilişkiler teknik ve yöntemlerinin kullanılmasının önemi yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur (Esatlıoğlu vd.,1999: 151).

Toplam Kalite Yönetiminin (TKY); müşteri memnuniyetini hedefleyen katılımcı ve demokratik yapısı kamu hastanelerinde benimsenmeye başlanarak, kamu hastanelerinin bu yönde çalışmaları Sağlık Bakanlığı tarafından koordine edilmektedir (01/09/2008-Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi). Sağlık hizmeti yapısı gereği hizmetin tüketicisinin daha çok ilgi beklediği bir özelliğe sahiptir. Söz konusu hizmetin sağlıklı olması sebebiyle, hizmette kalitenin sürekli iyileştirilmesinin önemi yadsınamaz. Değişen beklentilerin, memnuniyeti olumsuz etkileyen alanların belirlenmesine ilişkin faaliyetlerde halkla ilişkiler alanının teknik ve yaklaşımlarının kullanılması toplam kalite yönetim stratejisi açısından da uygun görünmektedir. Halkla İlişkilerin henüz

üzerinde anlaşılmiş standart bir tanımı bulunmamasına rağmen;“Halkla İlişkiler bir örgüt ile hedef kitle arasında karşılıklı iletişimi ve anlayışı oluşturmaya ve yürütmeye yardımcı olan ayrıcalıklı bir yönetim görevi” olarak tanımlanmaktadır (Peltekoğlu, 1998: 2). Yönetimsel etkinlik ve toplumda olumlu görüntü yaratılması Halkın kamu yönetiminden beklentilerine, görüş, dilek ve yakınmalarına ilişkin bilgiler, iyi işleyen bir halkla ilişkiler düzeni kurulmuşsa, yönetime ulaşabilmektedir. Böylelikle yönetim beklentilere göre işleyişinde yenilikler planlayarak, beklentileri karşılayacak düzenlemeleri yapabilecektir (Robbins, 1989: 466).

Bu çalışmada önemli bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerini yerine getiren kamu hastanelerinde, toplam kalite yönetiminin başarıyla uygulanabilmesi için hasta ve çalışanların memnuniyet oranlarının belirlenmesi ve sonuçlara yönelik faaliyetlerin planlanmasında halkla ilişkilerin önemini ortaya konması hedeflenmektedir. Halkla İlişkiler Birimleri iç ve dış iletişimin planlanması ve tanıtım faaliyetleri ile profesyonel bir yaklaşımla tanıtım materyallerinin hazırlanmasında da önemli rol oynamaktadır. Bu amaçla 2003 yılından bu yana ISO 9001/2000 Kalite Yönetim Belgesi'ne ne sahip olan ve toplam Kalite Yönetimi stratejisine ile kalite çalışmalarına devam eden, Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kurulan Halkla İlişkiler Birimi'nin 2008 yılında yürüttüğü faaliyetler değerlendirilecektir.

2. HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA/ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ

Sağlık sektöründe, hastane hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamaları 1980'li yılların sonunda Amerika'da uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye de 1990'lı yıllarla birlikte sağlık sektöründe TKY uygulamaları başlamıştır. İlk önce Özel Sektörde başlayan TKY uygulamaları çok geçmeden kamu sağlık kuruluşlarınca da uygulanmaya başlamıştır.

Toplam kalite yönetimi değişen dünya düzeni içinde önemini ve yaygınlığı artan bir planlamadır. Toplam Kalite Yönetimi (TKY), tüm kurum içi süreçlerin sürekli iyileştirilmesi, müşteri istek ve ihtiyaçlarını yerinde tespit ederek, kurum müşteri (hasta) memnuniyeti sağlayan katılımcı, bir yönetim stratejisidir. TKY'de müşteri kavramı yalnızca üretilen malı alan ve ya da hizmeti tüketen kişileri (dış müşteri) değil aynı zamanda kurumda çalışan kişileri (iç müşteri) de kapsar. Sağlık sektöründe seksenli yıllarda başlayan Toplam Kalite Yönetimi (T.K.Y.) uygulamalarında, “hasta tatmini”, sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin önemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır ve hedeflenen hizmet kalitesi, müşteriye ulaştığı oranda gerçekleşebilir. Böyle olunca da süreç içerisinde müşteri memnuniyetinin ölçümü ve bunu yapmanın kriterleri nelerdir sorusuna cevap aranmış ve yapılan çalışmalarda belirli kriterler saptanmıştır. Bunlar; hastaya gösterilen ilgi ve saygı, bilgilendirme, genel görünüm, profesyonel bilgi, zaman ve fiyatlandırma olarak belirlenmiştir (Ayaz ve Soykan, 2009).

Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik yapılan çalışmalarda; çalışan memnuniyetinin yönetim süreçleri ve iş koşulları ile çalışanın aynı anda düşünülerek sağlanabileceği

belirtmiştir. Bu bağlamda personelin refahı, iyileştirilmiş iletişim ve koordinasyon, artan motivasyon, artan yetenekler ile cazip çalışma ortamının çalışanların tatminini sağlayacağı ifade edilmiştir. Sağlık sektöründe toplam kalite uygulamaları , çalışanlar açısından, uygun çalışma koşulları, hasta ihtiyaç ve beklentilerinin tatmini, iş tanımları ve iş ilişkileri gibi konularda bir standardizasyon ve kalite yönetiminde bir yapılanma gerektirmektedir (Ecer vd., 2009).

Kuşkusuz çalışan memnuniyetinin pek çok boyutu vardır. Kamu sektöründe çalışma koşulları ve ücret politikaları değişime kolaylıkla izin vermediğinden, çalışanların kurum kültürüne adaptasyonları ancak ortak kutlamalar, birlikte yürütülen sosyal faaliyetler, çalışanların maddi olmasa bile belirli vesilelerle ödüllendirilmesi gibi yollarla da yapılabilir. Bunlar en azından ilk adımlar olarak yol gösterici uygulamalardır.

3. HASTANELER VE HALKLA İLİŞKİLER FAALİYETLERİ

Hastaneler, hasta bakım işlevini yerine getirirken çok farklı meslek ve kültürel değerlere sahip iş görenlerin, aşırı bağımlı bir işlevsellikle biri birine bağlı olarak çalışmasını gerektirir. Hastaneler yatak sayılarına da bağlı olarak genellikle geniş fiziksel ortamlar olarak yapılanmaktadır.

Hastalar hastanelerden hizmet alımını genel olarak birden fazla hizmet bölümüyle bağlantı kurarak yapmaktadırlar. Hastaların hastaneye başvurma nedenleri olan hastalık dolayısıyla yaşadıkları korku ve endişe ile hastaneye yönelik geçmiş deneyimleri, medyadan edinilen izlenimin yanı sıra önyargı ve kanıların toplamı ile hastane hizmet süreçlerinin işleyişi konularında bilgilendirme ve sorunlarının çözümünde destek sağlanması gibi konularda destek verecek birimlerin önemi hastanelerde halkla ilişkiler faaliyetlerinin önemini göstermektedir. Esatoğlu ve arkadaşlarının kamu hastanelerinde yaptıkları çalışmada ankete katılan yöneticilerin %78.5'i çalıştıkları hastanelerde halkla ilişkiler birimlerinin bulunmadığını belirtmişlerdir (Esatoğlu vd., 1999: 133-148).

Hastanelerdeki uzmanlaşma ve iş bölümü düzeyinin oldukça yüksek olması herhangi bir bölümün işlevlerini yerine getirebilmesi diğer bölümlere bağımlı kılmaktadır. Bu nedenle kaliteli ve verimli hizmet üretimi işlevi ancak etkin iletişim sistemlerinin kurulup, sürdürülmesine bağlıdır. Halkla ilişkiler uygulamaları ile elde edilen bilgiler, yöneticilere işletmenin son durumunu çalışanların gözü ile görmelerini sağlayarak, mevcut ve potansiyel sorunların saptanmasına katkıda bulunur (Lawrence, 1979: 184).

TKY bir kurumun tüm çalışanlarının katılımını gerekli kılan bir yaklaşımdır. Bu bağlamda TKY stratejisinin geliştirilebilmesi ve bu yönetimin hayata geçirilebilmesi kültürel bir dönüşüm gerektirir. Bu dönüşümün en fazla hissedebileceği alan ise çalışanların işlerine ve kuruma karşı tavır, tutum ve davranışları olacaktır.

Hastanelerde ayrıcalıklı bir yönetim faaliyeti olarak halkla ilişkiler; çalışanların istek, ihtiyaç ve beklentilerinin üst yönetime iletilmesi, katılımcılığın temini ve toplam kalite

stratejisinin yerleşmesi bakımından ekip ruhunun oluşturulmasını ve sürekliliğini sağlayacak araç ve yöntemleri içermektedir. Ayrıca örgüt bakış açısından; kurumların bağlı olduğu değer, tutum, inanış, alışkanlık, gelenek ve benzeri kültür özelliklerinin sosyal faaliyetlere de yansıdığı görülür. Kurum çalışanlarının birbirleriyle ve dış çevre ile ilişkilerini yoğunlaştıran, toplantı, tören v.b benzeri faaliyetler bireyin örgüt kültürü ile bütünleşmesini sağlar. Halkla İlişkiler faaliyetleri; kurum çalışanlarının birbirleriyle ve dış çevre ile ilişkilerini yoğunlaştıran, toplantı, tören v.b bireyin örgüt kültürü ile bütünleşmesini sağlarlar (Robbins, 1989: 468).

Hastaneler tüm toplumun potansiyel müşterisi olduğu hasta bakımı işlevi nedeniyle dikkat çekici bir özelliğe sahiptirler. Bu bakımdan hastaneler toplumun tüm kesimlerine hitap ederler (Ertekin,1971: 2). Hastanelerle ilgili haberler olumlu ya da olumsuz olmasına bakılmaksızın herkesin ilgisini çekmektedir. Bu enformasyonlar, hastaneye başvurma ihtiyacı duyulduğunda tüm insanları ilgilendiren hayati bir konudur (Seçim, 1994: 18). Kamuoyunda hastaneler hakkında olumlu bir havanın yaratılması ve ön yargıların ortadan kaldırılması temel bir halkla ilişkiler görevi olarak hastaneler açısından bu halkla ilişkilerin önemini ortaya koyan diğer bir göstergedir.

Uluslararası Halkla İlişkiler Derneği'nin (IPRA) 1987 yılında Eğitim ve Araştırma Komitesince yayınlanan raporda halkla ilişkilerin mesleki tanımı "bir örgüt ve bu örgütün hedef kitlesi arasında karşılıklı iletişim, anlayış, genel kabul ve işbirliği oluşturulmasına ve bunların sürdürülmesine yardımcı olan ve ayırıcı bir özelliğe sahip bir yönetim fonksiyonu" şeklinde yapılmıştır (İpra, 1987: 120). Hastaneler gerek fiziksel ve hizmet süreçleri gereği halkla ilişkiler faaliyetlerinin ilgi alanına giren faaliyetleri yürütmektedirler.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar olarak hastanelerin, etkili yönetim, bakım kalitesinin yükseltilmesi, personel tatmini, hastalardan geri bildirim alınması ve hastane yönetimi hakkında kamuoyunda olumlu düşüncelerin oluşturulmasına ve bilgilendirme alanlarında iletişimi yönetmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Kuruluş içi ve dışı halkla ilişkiler faaliyetleri için gerekli olan bütün özneler kamu hastanelerinde mevcut bulunmaktadır. İletişimin planlanarak uygulanması ve kamuoyunun bilgilendirilerek desteğinin sağlanması açısından, hastanelerde halkla ilişkiler birimlerinin kurularak profesyonel faaliyetlerin planlanması gereği üzerinde durulan bir diğer konudur (Esatoğlu vd, 1999: 134).

4. GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ HALKLA İLİŞKİLER BİRİMİ FAALİYETLERİ

Bu çalışmada kamu hastanelerinde halkla ilişkiler faaliyetlerinin toplam kalite yönetim politikalarının uygulanmasında, hasta ve çalışan memnuniyeti ölçümlerine ve gerçekleştirilen faaliyetler değerlendirilecektir tanımlanacaktır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kurulan Halkla İlişkiler Birimi faaliyetleri değerlendirilecektir.

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul'un Anadolu yakasında bulunan en önemli referans hastanelerinden biridir. Geniş bir kampus şeklinde konumlanmış olan Göztepe Hastanesi 1972 yılında hizmete başlamış olan hastanenin yatak kapasitesi 775'tir. Hastanede hizmet alımı ve kadrolu personel olarak 2267 kişi görev yapmaktadır.

Hastane 05.02.2003 tarihinde TSE EN ISO 9001: 2001 kalite sistem belgesi almaya hak kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen performans ve kalite kriterleri uyarınca yapılan çalışmalar da sürdürülmektedir. Ayrıca TS ISO EN 15189 Laboratuvarlar için akreditasyon çalışmaları başlatılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Halkla İlişkiler Birimi 1 Ağustos 2007 tarihinde kurulmuştur. Halkla İlişkiler Birimi hastane organizasyon şemasında, Kalite Yönetimden Sorumlu Başhekim Yardımcısına bağlı olarak yer almaktadır. Halkla İlişkiler ve Tanıtım prosedüründe birimin işlevleri ve amacı tanımlanmıştır. Halkla ilişkiler Biriminin görevleri şöyle sıralanabilir:

- Hastane hizmetlerinden yararlanan hastaların beklentilerinin en yüksek düzeyde karşılanmasını sağlamak
- Hastane personeli ile yönetim arasında şeffaf, çağdaş ve katılımcı bir anlayışın yerleştirilmesi ve sağlanması,
- Hastane vizyon ve misyonu çerçevesinde yaptığı hizmetlerin tanıtılması
- Birimler arası koordinasyon ve işbirliğinin en yüksek düzeye çıkartılması yoluyla hizmet kalitesinin artırılması
- Kurum çalışanları arasında kalite ve kurum kültürünün oluşturulması ve yerleştirilmesi
- Kamuoyunda hastanenin Eğitim ve Hizmet alanlarında doğru ve birinci elden bilgi aktarımının sağlanması
- Aksaklıkların giderilmesinde yararlanılmak üzere hastaların, çalışanların ve nihayet kamuoyunun öneri ve eleştirilerinden yararlanmak
- Medya takibi yapmak
- Her türlü tanıtım materyalinin hazırlanması ve yayınların standardizasyonu.

4.1. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta ve Çalışan Memnuniyeti Anketleri

Çalışma kapsamında Halkla İlişkiler Birimi'nin oldukça geniş kapsamları faaliyetlerinden; hasta ve çalışanların memnuniyet düzeylerinin ölçümü ve sonuçlara göre düzenlenen kurum içi ve dışı halkla ilişkiler faaliyetleri ele alınmıştır. Göztepe

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Halkla İlişkiler Birimi tarafından dört tip anket uygulanmaktadır. Mevcut anketler Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan ve 01.09.2008 tarihinde yürürlüğe giren Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi Ek 3'te belirtilen memnuniyet Anketleri ve uygulama usul ve esasları uyarınca yılda 3 kez (her dört ayda bir) yapılmaktadır. alışan Memnuniyet Anketleri de Ek 8'de belirtilen alışan Memnuniyeti Anketi Uygulama Usul ve Esasları'na göre yılda en az bir kez yapılmaktadır. Bunlar:

- Yatan hasta memnuniyetini değerlendirme anketi
- Ayaktan (Poliklinik) Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Anketi
- alışan Memnuniyet Anketi
- Asistan Doktor Mesleki memnuniyeti Değerlendirme Anketi

Yatan ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Anketleri, anket teknikleri eğitimi verilmiş olan hasta Danışmanlarınca yapılmaktadır. alışan ve Asistan memnuniyet anketleri personelin kendisine dağıtılmakta ve kişisel olarak doldurularak toplu biçimde Kalite Yönetim Masası'na iletilmesi sağlanmaktadır. Tüm anketler SPSS programında analiz edilmektedir. Ayrıca tüm birimlere yerleştirilmiş bulunan Dilek ve Şikayet Kutuları da Dilek ve önerilerin Değerlendirilmesi Talimatı uyarınca ayda bir kez açılmakta, personel ve hastalar tarafından doldurulan formlar ayrı ayrı raporlanmakta ve üst yönetime iletilmektedir. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde oluşabilecek sürtüşme noktalarında, olayların meydana gelmeden önlenebilmesi amacıyla "Neredeyse Olaylar"ın izlem ve gözlemleri de yapılmaktadır.

3.1. Ayaktan Hasta Memnuniyet Anketleri

S.B. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dönem (Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2008) Ayaktan hasta memnuniyet anketleri Merdivenköy Polikliniklerinde, 24 farklı birimde yapılmıştır. Anketler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programında analiz edilmiştir.

Uygulanan anket altı bölümden oluşmaktadır;

- Fizik Ortam ve Birimler
- Hekim Muayenesi
- Personel
- Poliklinik Değerlendirme
- Bilgilendirme
- Ek sorular

Anket sonuçları bir önceki dönem anket verileri ile kıyaslanarak gelişme ve gerileme gösteren alanlar izlenmektedir. Böylelikle yapılan iyileştirme amaçlı faaliyetlerin sonuçlarının takibi sağlanmaktadır. Anket sonuçlarının karşılaştırmalı yorumlarının tümüne bu çalışmada yer verilmesi, çalışmanın amaç ve sınırlarını aşacağından; anketlerin karşılaştırmalı analizlerinde, hastane yönetimi tarafından iyileştirme yapılan ya da düzeltici önleyici faaliyet başlatılan bölümlerinden örnekler verilecektir.

Ayaktan hasta memnuniyet anketlerinin değerlendirilmesinde en dikkat çekici sonuç (Mayıs, Haziran, Temmuz ve Ağustos 2008) 2008 2. dönem anket sonuçlarının incelenmesinde poliklinik yönlendirmeleri ve muayene odalarına ulaşım konusunda hastaların değerlendirmelerinde karşılaşılan olumsuz sonuçlar olmuştur.

Polikliniklerin bulunduğu yere ve muayene odalarına kolay ulaşılabilir mi? Sorusuna verilen cevaplar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. 2008 2. dönem verileri

Poliklinik Ulaşım	Yüzde
Evet	0
Kısmen	91
Hayır	9
TOPLAM	100

Anket sonuçlarında %91 oranında kısmen ve %9 oranında hayır cevabı alınmıştır. Mevcut sonuçların değerlendirilmesi ile Göztepe Hastanesi Merdivenköy Polikliniklerinde yönlendirmeler üzerinde yenilikler yapılmış, poliklinik hasta başvuru ve kayıt işleyişi tamamıyla değiştirilmiş ve hasta danışmanları ile hasta yönlendirme elemanları göreve başlamıştır. 2008 3. Dönem anket sonuçlarında aynı soruya verilen cevaplar aşağıdaki Tablo 2.'de görüldüğü da görüldüğü gibi gerçekleşmiştir.

Tablo 2. 2008 3. dönem anket sonuçları

Poliklinik Ulaşım	Yüzde
Evet	90,6
Hayır	3
Yönlendirme Eksik	4,1
TOPLAM	100

Bir önceki dönem anket verileri ile karşılaştırıldığında hastaların %91'i yönlendirme levhalarını kısmen yeterli bulurken bu oran, fiziksel değişikliklerin yapıldığı dönemde hasta ve hasta yakınları tarafından %92 oranında kolay ulaşılır olarak tanımlanmıştır. Yönlendirme ve poliklinik işleyişinde yapılan düzenlemelerin olumlu sonuçları anket sonuçlarında izlenmektedir.

Polikliniklerde yönlendirme levhalarının eğitim düzeyine göre analizinde de benzer sonuçlara ulaşılmış olup, yönlendirme ve levhaların yeterli olduğu görülmüştür. Hastaların aradıkları birimlere kolayca ulaşmalarına yardımcı olmak üzere Halkla İlişkiler Birimi tarafından bir dizi çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar şöyle sıralanabilir;

hastalara hastaneyi ve tüm süreçleri tanıtan Hasta Rehberi ve Poliklinik Yönlendirme Kılavuzları hazırlanmış ve hasta yönlendirme konusunda, Hasta Danışmanlarına yönelik Danışman El Kitabı hazırlanmıştır.

Ayaktan hasta memnuniyet Anketlerinin poliklinik değerlendirme bölümünde yer alan diğer bir soru da hasta hekim ilişkisine yöneliktir. İlgili soruya 2008 2. Döneminde verilen cevaplar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo3. 2. dönem polikliniklerde hasta bilgilendirme oranları

Poliklinik Bilgilendirme	Yüzde
Yeterli bilgi verilmedi	24
Evet, yeterli bilgi verildi	73
Hayır, bilgi verilmedi	3
TOPLAM	100

Tablo 4. 3. dönem polikliniklerde hasta bilgilendirme oranları

Poliklinik Bilgilendirme	Yüzde
Yeterli bilgi verilmedi	14,1
Evet, Yeterli bilgi verildi	80,1
Hayır, bilgi verilmedi	6,2
Geçersiz Veri	2,7
TOPLAM	100,0

Bir önceki dönem anket verilerine göre "yetersiz bilgi verildi ve hiç bilgi verilmedi" diyenlerin oranı toplam %27 iken, 2008 3. dönem verilerine göre bu oran, dönemde bu oran %22 civarında gerçekleşmiştir.

Hastane genelinde gerek yatan hasta ve gerekse ayaktan hasta memnuniyet anketlerinde hastaların iletişime ilişkin şikayetleri göze çarpmıştır. Ayrıca dilek ve şikayet kutularından ve neredeyse olayların gözlemlenmesinden de benzer sonuçlar alınması sebebiyle Hastane Yönetimi bir "İletişim ve Empati Eğitimi" ile iletişim danışmanlığı satın almıştır. 1 yıllık program halinde uygulanan eğitimler ağırlıklı olarak 2008 Ağustos ve Eylül ayları arasında uygulanmıştır. Yapılan iletişim eğitimlerinin hasta bilgilendirilmesi konusunda olumlu katkı yaptığı gözlenmiştir.

3.2. Yatan Hasta Memnuniyet Anketleri

S.B. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dönem Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2008 Yatan Hasta memnuniyet anketleri Merkez Hastane, Çocuk Sağlığı

ve Hastalıkları Kliniği, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, 75. Yıl Böbrek Nakli ve Hemodiyaliz Merkezi olmak üzere toplam 5 ayrı binada ve 34 farklı serviste yapılmıştır.

Uygulanan anket dokuz bölümden oluşmaktadır;

- Hasta kabul
- Servisler
- Hekimler
- Hemşireler
- Tedavi ve bakım
- Hastaneden ayrılma
- Genel değerlendirme
- Diğer hususlar
- Ek sorular

Yatan hasta memnuniyet anketinin hasta kabul bölümünde yer alan sorulardan ilki yatış işlemi yapan görevlinin ilgili ve nazik davranıp davranmadığını sorgulamaktadır.

Tablo 5'te 2008 2. Dönem yatış işlemi yapan görevlinin ilgili ve nazik olma durumları Tablo 6'da ise 2008 3. Dönem verileri bulunmaktadır.

Tablo 5. 2008 2. dönem yatış işlemi yapan görevli ilgili ve nazik miydi?

İlgili ve nazik olma durumu	Yüzde
Evet Tamamen	82
Evet, Kısmen	15
Hayır	3
TOPLAM	100

Tablo 6. 2008 3. dönem yatış işlemlerini yapan görevli ilgili ve nazik miydi?

İlgili ve nazik olma durumu	Yüzde
Evet Tamamen	87,1
Evet, Kısmen	9,6
Hayır	2,2
Geçersiz Veri	1,1
TOPLAM	100

Servislerde yatış işlemlerini yapan görevlilerin ilgili ve nazik olduğunu düşünenlerin oranı %87,1 iken, kısmen ilgili ve nazik bulanların oranı %9,6 dır. Bir önceki dönemin anket verileri ile karşılaştırıldığında yatış işlemlerini yapan görevlilerin ilgili ve nazik olma oranının %82'den %87,1'e yükseldiği görülmektedir. Yatış işlemlerinin bağlı bulunulan servislerde yapılmaya başlanması ve yatış işlemleri için sıra beklemenin ortadan kalkması ile personele verilen iletişim eğitimlerinin sonuçlar üzerinde olumlu katkı sağladığı biçiminde yorumlanmıştır. Genel olarak yatış işlemlerini yapan görevliler hasta ve hasta yakınlarına ilgili ve nazik davranmaktadırlar.

3.3. Asistan Doktor Mesleki Doyumunun Değerlendirilmesi

22.09.2008 ve 15.10.2008 tarihleri arasında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Dahiliye, Cerrahi ve Laboratuvar branşlarından Asistan hekimlere iş doyumunu anketi uygulanmıştır. Anket formunda 33 soruluk beşli likert tipi bir ölçeğin yanında çalışanın demografik özelliklerini belirlemeye yönelik bazı sorular yer almaktadır. Ankete katılan Asistan Doktorların %38'i 24-28 yaş grubu arasındadır. Araştırmaya katılan Asistan Doktorların mesleki memnuniyet puan ortalaması 69.69 olarak bulunmuştur.

Asistan Doktorların Mesleki memnuniyetleri Değerlendirme Anketi'nde Halkla İlişkiler Birimi Açısından İletişim ve çalışanlar arası ilişkilere dair veriler önem arz ettiğinden çalışanlar arası işbirliği ve iletişim açısından ilgili soruya verilen cevaplar ve Kurum içi iletişim ve Halkla İlişkiler Faaliyetleri'nin değerlendirilmesi yapılmıştır. Buna göre Tablo 7'de hastane çalışanları ile aralarındaki ilişkiye göre memnuniyet oranları gösterilmiştir.

Tablo 7. Hastanede çalışanlarla ilişkinizden memnun musunuz?

Cevaplar	Yüzde
Cevapsız	1.2
Hiç memnun değilim	2.4
Memnun değilim	8.3
Kararsızım	19.0
Memnunum	60.7
Çok memnunum	8.3
TOPLAM	100

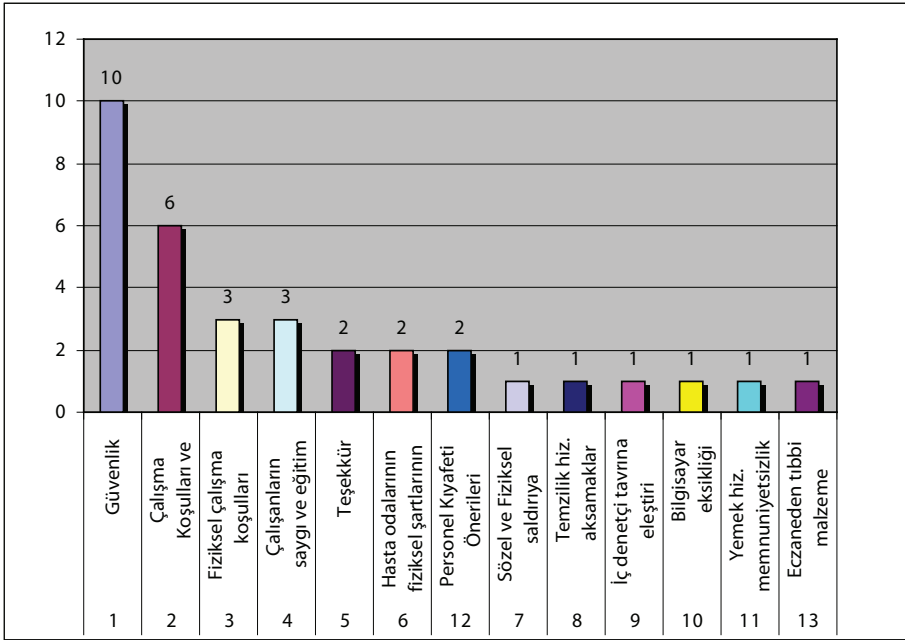
Asistan Doktorlar diğer hastane çalışanları ile ilişkilerinden % 60.7 oranında memnundurlar. Hastane çalışanları arasındaki iletişime örnek teşkil eden bu sonuçlar kurum içi halkla ilişkiler faaliyetlerinin önemine işaret etmektedir. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Halkla İlişkiler Birimi planlanan sosyal faaliyetler ve kurum içi toplantı ve kutlamaların, çalışanların daha sık bir araya gelmelerini ve iletişimin gelişmesini olumlu yönde etkileyecek uygulamalar olarak değerlendirmiştir. Bu nedenle Hastane içi kutlama ve sosyal faaliyetleri planlamıştır.

3.4. Çalışan Memnuniyeti Anketleri ve Personelin Dilek Önerileri

22.09.2008 ve 26.09.2008 tarihleri arasında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına iş doyum anketi uygulanmıştır. Anket formu 22 sorudan oluşmuştur. Çalışanların özelliklerini belirlemeye yönelik bazı demografik sorular da yer almaktadır. Veriler SPSS 11.0 bilgisayar paket programında elektronik ortama aktarılmış ve analiz edilmiştir.

Personelin Dilek ve Önerilerinin toplanarak değerlendirilmeye alındığı bir diğer yöntem de Dilek ve Önerilerin değerlendirilmesidir. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Halkla İlişkiler Birimi, hastalardan gelen önerileri değerlendirdiği gibi ayrıca çalışanların şikayet ve önerilerini de değerlendirmektedir. Çalışan personelin Dilek ve Öneri Kutuları vasıtasıyla Haziran 2008 ile Ocak 2009 tarihleri arasında Halkla İlişkiler Birimine ilettiği, şikayet ve önerilerinin öneri konuları ile sayılarına göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Haziran 2008 – Ocak 2009 personel şikayet ve önerilerinin konulara göre dağılımı



Tablo 8’de de görüldüğü üzere özellikle servislerde çalışan personelin, ziyaret saati dışında hasta yakınlarının ya da ilgisiz kişilerin hastaneye girişlerinin engellemesi ile çalışan ve hasta güvenliğinin temin edilmesi yönündeki istekleri ilk sırayı almaktadır. Hastane Yönetimi tarafından hastane genelinde güvenlik kamerası sistemi konması yönünde karar alınmıştır. Güvenlik Hizmeti’nin ziyaret saatleri dışında giriş ve çıkışları kontrol ve tüm girişlerin kayıt altına alması sağlanmıştır.

Çalışan memnuniyet anketlerinin değerlendirilmesi ile genel olarak memnuniyet oranlarının hedeflenen düzeyin altında gerçekleştiği saptanmıştır. Kamu Hastanelerinde çalışan memnuniyetini etkileyecek faktörlerden çalışma koşulları (eleman sayısı, nöbet sistemi v.b.), fiziksel ve ekonomik şartların (maaşlar ve performans ödemeleri) kolaylıkla değiştirilemeyeceği göz önüne alındığında, Halkla İlişkiler Birimi çalışan memnuniyeti ve çalışanlar arasında iletişimin gelişmesini temin etmek üzere hastane genelinde bir sosyal faaliyet anketi yapılmış ve elde edilen veriler ışığında bir dizi sosyal faaliyet planlanmıştır.

Hastane genelinde çalışanların yer aldığı bir tiyatro topluluğu oluşturulmuş, fotoğraf kulübü kurulmuş, Latin Dansları kursu ve Dalış Kursu açılmıştır. Tüm sosyal faaliyetler ve kursların yapılması hastane yönetimince desteklenmiş ve hastane kursların yapılmasına lojistik destek sağlamıştır. Sosyal faaliyetlerin ürünleri, Göztepe Hastanesi'nin 36. Kuruluş yıldönümünde tüm personele açık olarak sergilenmiştir. Göztepe Hastanesi 36. yılında tamamı personellerden oluşan bir tiyatro oyununa ve Latin dansları gösterisine ev sahipliği yapmıştır. Ayrıca fotoğraf kulübü de iki gün süre ile açık kalan bir fotoğraf sergisi hazırlamıştır.

Yukarıda sıralanan faaliyetlerin yanında Göztepe Hastanesi Halkla İlişkiler Birimi hastane faaliyetlerini tanıtan Dört Mevsim Göztepe Dergisi'ni yayına hazırlamıştır. Ayrıca hastalara kurum içi tüm süreçler hakkında bilgi "Hasta Yönlendirme Kılavuzu" ve Hasta Danışmanları ile Yönlendirme Personeli için "Hasta Danışmanı El Kitabı" hazırlanmıştır. Bunun yanında hastalık bilgilendirme broşürleri bastırılmıştır. Yapılan medya takiplerinde sadece olumsuz haberlerle gündeme gelen kamu hastaneleri arasında Göztepe Hastanesi'nde yürütülen çalışmalar, eğitimler ve kalite çalışmaları ile kamuoyuna tanıtılması ve olumlu imaj oluşturulmasına katkı sağlandığı dikkat çekmektedir.

Merdivenköy Poliklinikleri'nde yayına başlayan kapalı devre televizyon sistemi için halkla İlişkiler Birimi tarafından hazırlanan hastane tanıtım videosu hazırlanmıştır.

5. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Kamu hastanelerinde halkla ilişkiler birimlerinin kurulması, hastaneler tarafından yapılmakta olan memnuniyet anketlerinin profesyonelce değerlendirilerek üst yönetime raporlanmasında ve iyileştirme faaliyetleri için önemli verileri sağlamaktadır. Bu bağlamda, anket raporlarının değerlendirilmesi; kurum içi ve kurum dışı iletişim faaliyetleri ile kurum kültürünü benimsetmeye yönelik yaklaşımların organizasyonunda Halkla İlişkiler Birimleri'nin önemli katkıları bulunmaktadır.

Kamu hastaneleri yöneticileri'nin günlük yoğun sorumlulukları içinde, hasta ve yakınlarının beklentilerini ve personelin taleplerini izleyebilmeleri ve gerekli projeleri hazırlamaları oldukça zor görünmektedir. Ayrıca çoğu zaman ihmal edilen kurum faaliyetlerinin tanıtılması, kamuoyuna kuruma ilişkin doğru bilgilerin iletilmesi ve desteklerinin sağlanması yönünde, bu alanda eğitim almış personel istihdam edilmesi ve Halkla İlişkiler Birimlerinin kurulması gereklidir.

Kamu hastanelerinin toplam kalite yönetimi stratejilerini uygulama çalışmalarında, halkla ilişkiler alanının tüm yöntem ve tekniklerini uygulanmaktadır, eksik olan nokta bu faaliyetlerin profesyonel Halkla İlişkiler elemanları tarafından yapılmamasındadır.

KAYNAKLAR

Ak, Bilal (1996), "Hastane İşletmelerinin Özellikleri ve Profesyonel Hastane Yöneticiliği", **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 40, Temmuz- Ağustos 2001, sayfa 14, Ankara

Ayaz, Hatice ve Soykan Atilla, Soykan (2009), "Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektörü", http://www.turkiyeklinikleri.com/download_pdf.php?id=34812, (05.02.2009)

Ecer, Ferhat vd., (2009), "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma", http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler, (05.02.2009)

Ertekin, Yücel (1971), "Hastanelerde Halkla İlişkiler" ,**Amme İdaresi Dergisi**, Sayı 2, sayfa 18, Ankara

Esatlıoğlu vd. (1996), "Sağlık Hizmetlerinde (Hastanelerde) Toplam Kalite Yönetiminin Başarıya Ulaşmasında Halkla İlişkiler Etkisi", **Kamu Ekonomisinde Kalite I. Ulusal Kongresi Bildirileri**, Kongre Kitapçığı, TODAİE, Cilt II, sayfa 133, 148, 151, Ankara

Halkla İlişkiler İpra Raporu (1987) ,(Çev. Işıkyayar, Fikret), Anadolu Üniversitesi Yayınları no 251, AÖF Yayın No.120, Eskişehir

Lawrence, W. W. Nolte (1979), **Fundamentals of Public Relation** , Pergamon Press Inc., New York, sayfa 184.

Peltekoğlu, Filiz, Balta (1993), **Halkla İlişkilere Giriş**, Marmara Üniversitesi Yayın No 524, İletişim Fakültesi, Yayın No 1, sayfa, 141, İstanbul.

Robbins, Stephen, P and Judge, Timothy A. (2006), **Organizational Behavior**, Vango press, New Jersey,13th Edition, pp. 468

Seçim, Hikmet (1994), "**Hastanelerde Halkla İlişkiler**", Açık Öğretim Fakültesi Yayını, Yayın No 765, sayfa 18, Eskişehir

HİZMET KALİTESİNİN MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE MÜŞTERİ SADAKATI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: MARMARA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE BİR UYGULAMA

Dr. D. Selcen Ö. Aykaç⁸¹¹, Dr. Serkan Aydın⁸²²,
Doç. Dr. Metin Ateş⁸³³, Dr. Ayşe Tansel Çetin⁸⁴⁴

Özet

Bu çalışmada, Carmen (2000), ve Kara ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen hizmet kalitesi ölçeğindeki altı boyut dikkate alınarak, mükemmel bir hastaneden hastaların beklentileri, Marmara Üniversitesi hastanesinin sunduğu hizmetlerin kalitesi ve bu hizmet kalitesinin, müşteri memnuniyeti ve sadakati üzerindeki etkisi araştırılmaktadır. Tangibility, güvenilirlik, yanıt verme, güven, saygı, empati boyutları dikkate alınarak, hastaların mükemmel bir hastaneden beklentileri ve Marmara Üniversitesi hastanesinin bu boyutlar çerçevesinde sunduğu hizmet'in kalitesi ölçülmüş, mükemmel bir hastane ile Marmara Üniversitesi hastanesinin sunduğu hizmetler arasındaki gap ve Marmara üniversitesi hastanesinin sunduğu hizmetlerin kalitesinin müşteri memnuniyeti ve sadakati üzerindeki etkileri incelenmektedir. Bu amaçla, hastanede yatarak tedavi gören 183 hastadan anket yoluyla veri toplanmış ve toplanan bu veri regresyon analizi ile test edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti, Sadakat, Sağlık Hizmetleri

Abstract

This study employs six dimensions of service quality scale that is developed by Carman (2000) and Kara et al. (2005) to better understand the factors underlying healthcare customers' perceptions of service quality. These dimensions investigated are namely tangibility, reliability, responsiveness, assurance, courtesy and empathy. Sampling has been conducted at the Marmara University Hospital between June 1st and July 15th 2007. Purposive convenient sampling has been employed to 183 inpatients. Through a 5 point Likert-type scale, healthcare customers' expectations of a perfect service provider has been compared with the practices Marmara University Hospital to determine if there are any gaps. Quality of the Marmara University Hospital's healthcare services has been analyzed together with its effects on customer satisfaction and customer loyalty through a regression analysis.

Key Words: Service Quality, Customer Satisfaction, Customer Loyalty, Healthcare Services

81¹ Özyeğin Üniversitesi, selcen.Aykac@ozyegin.edu.tr

82² Türk Telekom Veri Ambarı ve İş Zekası Grup Müdürlüğü, serkanayss@hotmail.com

83³ Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, metin.ates@marmara.edu.tr

84⁴ Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, tanselcetin@gyte.edu.tr

**SAĞLIK
HİZMETLERİNDE
KALİTE**

AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ HİZMET KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Dt. Deniz Koraşlı⁸⁵, Prof Dr. Nilgün Sarp⁸⁶

Özet

Sağlık Bakanlığına bağlı Topraklık Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde yürütülen bu araştırma SERVQUAL Ölçeğinin sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine uygulanabilirliği ve hizmetin kalitesinden beklentileri ve algılarının araştırılmasını hedeflemiştir. Bağımsız değişkenler açısından algılanan hizmet kalitesinin değişip değişmediğini değerlendirilmiştir.

Ankara İl merkezindeki Sağlık Bakanlığına bağlı Topraklık Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde muayene ve tedavi olmak üzere başvurmuş hastalar arasında basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak seçilen 100 hastaya SERVQUAL Ölçeği kullanılarak hazırlanan anket uygulanmıştır. Anket her seferinde aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Kullanılan ölçeğin güvenilirliğini test etmek için güvenilirlik analizi, ortalamalar arası farklılığın anlamlılığı için t-testi ve gruplu olan değişkenliğin analizi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA-Oneway) testleri yapılmıştır. Araştırılan faktörler hastaların kaliteyi olumlu ya da olumsuz algılamasına neden olabilmektedir. Bu açıdan bu çalışmada hizmet kalitesinin algılanması üzerinde durularak, hastaların beklentileri saptanmaya çalışılacaktır.

Hastaların en önemli bulduğu hizmet kalitesi boyutuna daha yüksek puan verdikleri izlenmiştir. TADSM'nde katılımcıların büyük çoğunluğu, hizmet aldıkları TADSM'nin hizmet kalitesini "iyi" olarak değerlendirmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Hizmet, Hizmet Kalitesi, SERVQUAL

Abstract

This study, realized at Topraklık Oral Health Service Centre (TOHSC) which is a non-profit, government-oriented oral health service centre, aimed to search the applicability of SERVQUAL assessment tool to the measuring of the perceived service quality in the health services and the patients' expectations and perceptions of service quality. The changes of the perceived service quality were evaluated in terms of independent variables.

The survey prepared by using SERVQUAL technique was implemented to 100 respondents chosen through sampling method randomly among the patients

85 Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, nekroz1@yahoo.com

86 Girne Amerikan Üniversitesi Rektörlüğü

applied for treatment and examination to Topraklık Oral Health Service Centre (TOHSC) ruled by Ministry of Health in Ankara. The survey was applied by the same researcher each time. Reliability analysis test was made for measuring the reliability of the technique used and t-test was applied for measuring the significance of the difference between the averages. Oneway variance analysis (ANOVA-Oneway) tests were made for the analysis of grouped variation. The factors searched lead the patients to perceive the quality as positive or negative. For this purpose, the patients' expectations will be determined by specializing in the perception of service quality in this study.

It was viewed that the patients give higher marks to the service quality levels which are given more importance. Most of the attendees get service from TOHSC evaluated the service quality in TOHSC as "good".

Key Words: Quality, Service, Service Quality, SERVQUAL

1. GİRİŞ

Günümüzde yaşanan hızlı değişim ve gelişime uyum çabası, rekabet ortamı ve mevcut ekonomik koşullar kalite olgusunu gündeme getiren faktörlerdir (Özalp vd.,2000: 244). Juran (1989: 15) kaliteyi, "Ürün tatmini sağlamak amacı ile bir ürünün müşteri gereksinimlerine uyum koşullarını tanımlayan özelliklerdir" şeklinde tanımlamıştır (Peşkircioğlu, 1999: 28). Sağlık hizmetlerinde kalite de tercih edilir olmayı, güvenilir olmayı, müşterilerin beklentilerinin karşılanması ve müşteri tatmini beraberinde getirmektedir. Sağlık alanında hastaların bilgi düzeyinin ve beklentilerinin artması kalitenin önemini vurgulamaktadır. Hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasından dolayı literatürde hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla "algılanan hizmet kalitesi" terimi kullanılmaktadır (Uyguç, 1998 : 27).

Kalitenin ölçülebilmesi ve ardından ölçülmüş kalite göstergelerin izlenmesi gerektiği düşünülmektedir. Kalitenin ölçülmesi amacıyla bir dizi göstergeler yayımlanmaktadır. Kalite belirteçleri, klinik süreçlerin kalitesini ölçmeyi amaçlamakla birlikte, işleyişle ilgili performansı ve çıktı başarısını da değerlendirebilecek özellikte olmalıdır (Aydın, 2007). Sağlık hizmetlerinde kaliteyi hizmeti kullanan müşterilerin belirlediği düşünüldüğünden müşterinin kim olduğunun belirlenip, müşteri gereksinimlerinin etkin bir biçimde karşılanması için gerekli kararlılığın gösterilmesi gerekir (Dicle, 2000 :15).

Parasuraman ve ark. (1985), öncelikle hizmet kalitesini tanımlamaya ve onu etkileyen faktörleri bulmaya daha sonra da ölçülebilir hale getirebilmek için her hizmet türüne uygulanabilecek genel bir model geliştirmeye çalışmışlardır (Devebakan, 2001).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmada Ankara İl Merkezindeki Sağlık Bakanlığına bağlı Topraklık Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde daha önceden muayene olmuş ve tedavi olmak üzere randevuyla kliniğe başvurmuş hastalardan o gün içinde anketi doldurmayı kabul eden 100 kişiden veri toplanmıştır. Araştırma bulguları, Ankara İl Merkezindeki Sağlık Bakanlığına bağlı Topraklık Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne muayene ve tedavi için başvuran hastalar arasından anketi dolduran hastalarla sınırlıdır. Bu araştırma SERVQUAL modelinin ADSM işletmelerinin algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde uygulanabilirliği ve bağımsız değişkenler açısından algılanan hizmet kalitesinin değişip değişmediğini değerlendirilmek üzere yapılmış bir araştırmadır. Veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Sağlık hizmetlerinde de standart bir ölçüm aracı olarak kullanılan SERVQUAL Ölçeği, Parasuraman ve ark.'ı (1985) tarafından geliştirilen Babakus ve Mangold (1992) tarafından sağlık hizmetlerine uyarlanan, Devedebakan (2001) tarafından Yüksek Lisans tezinde iki hastanenin algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde kullanılan anketten alınmıştır. Ölçek ADSM'nde uygulanmak üzere tekrar düzenlenmiştir. SERVQUAL Ölçeği anketi 4 bölümden oluşmaktadır:

- Anketin birinci bölümde hastaların ADSM'i ile ilgili beklentilerini içeren toplam 15 beklenti maddesinin 5'li likert ölçek üzerinden değerlendirmesi istenmektedir (Kesinlikle Katılmıyorum =1 Kesinlikle Katılıyorum=5).
- Anketin ikinci bölümde hastaların kalite boyutlarına verdikleri önem derecelerine göre 100 puanı bölüştürmeleri istenmektedir.
- Anketin üçüncü bölümde, hastaların hizmet ADSM'nin hizmetlerine yönelik algılarının değerlendirildiği 15 algı maddesi yer almakta ve yine hastalardan 5'li likert ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir (Kesinlikle Katılmıyorum=1, Kesinlikle Katılıyorum=5).
- Anketin dördüncü bölümde ise; hastaların ADSM'nin hizmet kalitesi ile ilgili genel değerlendirmesi, hastaların gelecekte ihtiyaç olması durumunda aynı hastaneyi tercih edip etmemesi, ADSM'nin başkasına tavsiye edilip edilmemesi, tedavi süresince problem yaşayıp yaşanmaması ile ilgili ve bazı demografik ve sosyo-ekonomik sorular yer almaktadır.

SERVQUAL Ölçeği beş hizmet kalitesi boyutundan oluşmaktadır. Bu beş boyutlu aşağıda verilmiştir:

- **Fiziksel Özellikler (Tangibles):** Şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç gereç ve personelin görünüşü (Soru maddesi:1-3)
- **Güvenilirlik (Reliability):** Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği. (Soru maddesi:4-6)

- **Heveslilik (Responsiveness):** Müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi. (Soru maddesi:7-9)
- **Güven (Assurance):** Çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerileri. (Soru maddesi:10-13)
- **Empati (Empathy):** Şirketin kendisin müşterini yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesi (Soru maddesi:14-15) (Devebakan, 2001 :75).

3. SERVQUAL Skorlarının Hesaplanması

Araştırmada kullanılan SERVQUAL Ölçeğinin algı ve beklenti maddeleri 5'li Likert ölçek üzerinden düzenlenmiştir (Kesinlikle Katılmıyorum = 1, Kesinlikle Katılıyorum = 5 olacak şekilde) SERVQUAL Skoru= Algılama skoru - Beklenti skoru olarak hesaplanmaktadır ve -4 ile +4 arasında değer almaktadır.

Her hasta için ölçeğin tümünde algı (P) ve beklenti maddelerinin (E) karşılıklı olarak farkları alınarak, fark toplamları her bir hizmet kalitesi boyutunu oluşturan madde sayısına bölünür. Böylece, her bir katılımcı için boyut bazında kalite skoru bulunur. Daha sonra, her bir hizmet kalitesi boyutunun toplam SERVQUAL skorunun hesaplanması için, her bir katılımcı için hesaplanan skorlar toplanarak katılımcı (n) sayısına bölünür. Bulunan ortalamalar boyut bazında SERVQUAL skorudur. Ölçeğin hasta beklentileriyle ilgili maddeleri için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach-alfa katsayısı 0,8534, verilen hizmetlere yönelik hasta algılarıyla ilgili ölçek maddeleri için yapılan güvenilirlik analizinde ise Cronbach-alfa katsayısı 0,8928 olarak bulunmuştur.

- Verileri kodlanmış,
- Bilgisayara aktarılmış,
- Verilerin normal dağılım uygunluğu Shapiro-Wilk Testi kullanılarak yapılmıştır. Verilere normal dağılım uygulanamayacağı durumlarda ise parametrik olmayan (non-parametrik) testlerin uygulanması uygun görülmüştür. İki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi, ikiden çok grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis Varyans Analizi uygulanmıştır. $P < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma grubunun ADOS'nin hizmetlerine yönelik beklentileri ve algıları ile ilgili bulgulara göre; Topraklık ADOS'de ki hizmetlere yönelik en yüksek beklenti düzeyi "Empati" boyutu altında yer alan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar ifadesinin yer aldığı 15. Soruda, en düşük beklenti düzeyi ise "Fiziksel Özellikler" boyutu altında yer alan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin fiziksel

imkânları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb) görsel açıdan çekici olmalıdır ifadesinin yer aldığı 2. soruda görülmektedir. Topraklık ADSM'nin sağlamış olduğu hizmete yönelik en yüksek hasta algısı düzeyi "Güvenilirlik" kalite boyutuna ait Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır ifadesinin yer aldığı 6. soruda, en düşük hasta algısı düzeyi ise "Fiziksel Özellikler" kalite boyutuna ait ifadesinin yer aldığı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin fiziksel imkânları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb) görsel açıdan çekici olmalıdır ifadesinin yer aldığı 2. soruda gerçekleşmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan hastaların önem derecelerine göre kalite boyutlarına aldığı skorlar

Hizmet Kalitesi Boyutu	Ortalama±SS
Güvenilirlik	27,3±11,7
Heveslilik	21,2±10,1
Güven	21,1±9,6
Fiziksel Özellikler	16,7±9,9
Empati	13,8±9,0

Tablo 2: Topraklık ADSM'nin kalite boyutları açısından SERVQUAL skorları

N=100	SQ1	SQ2	SQ3	SQ4	SQ5
Ortalama	-,79	-,59	-,57	-,55	-,55
Standart Sapma	,95	,90	,90	,85	1,07
Ortanca	-,67	-,33	-,67	-,50	-,50
Minimum	-3,67	-3,67	-3,00	-2,75	-3,50
Maksimum	2,00	2,67	2,67	2,50	3,50

Hastaların en önemli bulduğu hizmet kalitesi boyutuna daha yüksek puan verdikleri izlenmektedir. Hastaların en önemli bulduğu kalite boyutu, "Güvenilirlik" iken en önemsiz bulduğu kalite boyutu "Empati"dir.

Topraklık ADSM'nde araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu, hizmet kalitesini "iyi" olarak (%60) değerlendirmiştir.

Gelecekte ihtiyaç olması durumunda yine hizmet aldığı ADSM'ni tercih edeceği (%87) belirlenmiştir.

Araştırma Grubuna Göre Topraklık ADSM'nin kalite boyutları bazında hesaplanan algılanan hizmet kalitesi skorları ile ilgili bulgulara göre, Topraklık ADSM'nin hizmet kalitesine yönelik SERVQUAL skorları negatif (-) çıkmıştır. Skorların (-) negatif çıkması Topraklık ADSM'nin boyutlar genelinde hizmet kalitesi açısından hastaların beklentilerini karşılayamadığını ifade eder. Hizmet kalitesine yönelik algının en yüksek (-0,55) olduğu boyutların "Güven" ve "Empati" olduğu görülmektedir, en düşük (-0,79) hizmet kalitesi boyutunun ise "Fiziksel Özellikler" boyutudur.

Topraklık ADSM'nin sunduğu hizmetin kalitesini olumlu değerlendiren hastaların orta ve olumsuz değerlendiren hastalara göre hizmetlere yönelik kalite algısının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5. SONUÇ

Topraklık ADSM'nin hizmet kalitesine yönelik SERVQUAL skorlarının negatif (-) çıkması Topraklık ADSM'nin boyutlar genelinde hizmet kalitesi açısından hastaların beklentilerini karşılayamadığını gösterse de, araştırma grubunun büyük çoğunluğu, hizmet aldıkları Topraklık ADSM'nin hizmet kalitesini "iyi" olarak değerlendirmiştir.

Topraklık ADSM'nde hizmet kalitesine yönelik algının en yüksek (-0,55) olduğu hizmet kalitesi boyutlarının; "Güven" ve "Empati" olduğu görülmektedir, en düşük (-0,79) hizmet kalitesi boyutu ise "Fiziksel Özellikler" boyutudur.

Topraklık ADSM'nin hizmetlerine yönelik en yüksek beklenti düzeyi "Empati" boyutunda, en düşük beklenti düzeyi ise "Fiziksel Özellikler" boyutunda gerçekleşmiştir.

Topraklık ADSM'nin hizmetlerine yönelik en yüksek algı düzeyi "Güvenirlilik" boyutunda, en düşük algı düzeyi ise "Fiziksel Özellikler" boyutunda gerçekleşmiştir. Topraklık ADSM'ni gelecekte ihtiyaç olması durumunda araştırmaya katılanların % 87'sinin tekrar tercih edeceği sonucuna varılmıştır.

Topraklık ADSM'nde hastaların gelecekte aynı ADSM'ni tercih edip etmemesi durumuna göre farklar belirlenmiştir. Bu fark, emin değilim diyenlerin SERVQUAL skorlarındaki farklılıktan kaynaklandığı saptanmıştır.

6. ÖNERİLER

Topraklık ADSM'nde beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesiyle ortaya çıkan sonuçlara yönelik çözüm önerileri şöyle sıralanabilir:

- Topraklık ADSM'nin sürekli müşteri portföyü oluşturmak, müşterilerin hizmetinde devamlılık sağlamak için 3 aylık ve 6 aylık rutin kontrol dönemlerinde hasta kayıtlarından hastalara ulaşılarak kontrolleri için randevu çağırısı yapılabilir.
- Topraklık ADSM'nde fiziki şartların beklentileri karşılayabilmesi için öncelikle ve acil olarak binanın dış cephesinde bir iyileştirme yapılabilir.
- Topraklık ADSM'nin hizmet kalitesinden memnun ayrılan hastaların, "gelecekte aynı ADSM'i tekrar tercih eder misiniz?" sorularına verdikleri cevapta etkili olan kriterin Topraklık ADSM'nin bulunduğu yere ulaşımın zor olmasından dolayı tekrar gelmekte kararsızlık yaşadıkları görüldüğünden, ulaşım için Belediye'nin yönlendirici levhalar koyması için yönetimin belediyeden istekte bulunması önerilebilir. Ayrıca ulaşım için, merkezi bir

yerden hastaların günlük randevu saatlerine uygun ADSM'ne ait bir servis tesis edilmesi düşünülebilir.

- Hizmet kalitesinin düşük çıkmasının, hizmetin çeşitliliği hakkındaki bilgilerinin yetersizliğinden kaynaklanabileceği düşünüldüğünden herkesin algılayabileceği şekilde tanıtıcı panolar ve hastanenin hizmet içeriklerini açıkça takip edebilecekleri broşürler hazırlanması önerilebilir.
- Hastaları "Hasta hakları" konusunda bilgilendirerek tedavi öncesi, süresince ve sonrasında kendilerini güvende hissetmeleri sağlanabilir.
- En yüksek beklenti düzeyinin "Empati" boyutunda çıkmasından dolayı sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin düşürülmesi, yoğun çalışma ortamlarının vardiyalarla düzenlenmesi ve çalışma performansına yönelik kurum içi ödüllerle motive edilmeleri önerilebilir.
- Tüm çalışanların kendilerini hastaların yerine koyabilmeleri, hastalara karşı sabırlı ve nazik olunmaları, hastaların algıladıkları hizmet kalitesini önemli ölçüde arttıracığından genel olarak memnuniyetsizliğine yol açan faktörler dikkate alınarak empati bilinci kazandıracak eğitimler verilmesi önerilebilir.

7. GENEL ÖNERİLER

- SERVQUAL Ölçümleri sonucu ortaya çıkan hizmet kalitesi etkileyen eksiklikler, öncelikle yönetim ve organizasyonun kendi içinde çalışmaları ile, sonra gerekirse personelle, alt yapı düzenlemesiyle giderilebilir.
- Kalite çalışmalarını performansla da ilişkilendirilerek, çalışanların yeni görevler üstlenmesi, gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları ve çalışmalarının sürekliliği sağlanabilir.
- Belirli periyotlarla, sürekli yapılacak hizmet kalitesi ölçümleri zaman içinde ADSM'nin hizmet kalitesinde meydana gelen değişiklikleri ve söz konusu değişikliklerin nedenlerinin izlenmesi konusunda yönetime kolaylık sağlayabilir.
- Sağlık çalışanlarının mesleki becerilerinin artmasının yanı sıra kalite yönetim konularında eğitimler almaları sağlanabilir. Böylece kurum içinde tüm çalışanların bilgilendirilmesini, uygulanmasını, kalite felsefesinin benimsetilmesiyle kurumun tüm kademelerinde etkin hale getirilebilir.
- Kalite konseyinin oluşturulması, kalite geliştirme ekibi, eğitici ekibin kurulması ve kalite kontrol çemberleri (problem çözme ekipleri) ve iç kalite tetkikini yapacak ekibin oluşturulmasıyla kalite yönetim düzeni sağlanabilir.
- SERVQUAL Ölçeği ADSM'leri genelinde uygulanabileceği gibi ADSM'de bulunan her bir klinik için ayrı ayrı uygulanabilir. Böylece, SERVQUAL

skorlarına sayesinde genel hizmet kalitesini olumsuz etkileyen kliniğe yönelik direkt iyileştirme yapılabilir.

- Sağlık çalışanlarının stress düzeylerinin yüksek olması, yoğun çalışma ortamında bulunmaları, iş tatmininden yoksun olmalarından dolayı hastalarda memnuniyetsizlik ve hizmet kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. Bu açıdan çalışanların motive olabilmesi için kurum gerekli önlemleri alabilir.
- Rekabet koşullarına ayak uydurabilmek için müşteri tatmini göz önünde bulundurularak; hizmet içi eğitimlerin önceliği ve sürekliliği sağlanabilir.
- Sağlık hizmetleri alanında, özellikle ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde yürütülecek araştırmalarda, daha sağlıklı sonuçlara ulaşmak için SERVQUAL Ölçeğinin bazı maddelerinin değiştirilmesi, ölçeğe yeni maddelerin eklenmesi, bazı maddelerin boyutlarının değiştirilmesi düşünülebilir.
- SERVQUAL Ölçeğinin uygulanmasıyla, hasta bakış açısı ile en az önemden en önemliye kadar hizmet kalitesi boyutları tespit edilebilmektedir. Bu anlamda söz konusu boyutlarda hasta beklentilerini karşılama ya da beklentilerini aşma düzeyinde bir hizmet performansının gerçekleştirilmesi büyük ölçüde Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin algılanan hizmet kalitesi düzeyinin yükseltilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Aydın, K. (2007). Hizmet İşletmelerinde SERVQUAL Yöntemi İle Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Kocaeli'ndeki Seyahat İşletmelerinden Efe Tur Uygulaması. Sosyal Siyaset Konferansları, 50.Kitabı, Erişim:[http://iibf.kocaeli.edu.tr/isletme/kisiler/k_aydin.asp], Erişim Tarihi: 12.11.2007.

Babakus, E., Mangold, W.G. (1992), "Adapting The SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation", Health Services Research, Vol. 26 No.2, pp.767-86.

Devebakan, N. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesini Ölçümü" Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Dicle, İ. A. (2000). "21.Yüzyılın Başındaki Olanaklar; Fırsatlar ve Darboğazlar", Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi, Friedrich Ebert Stiftung Yayını, İstanbul.

Juran, J. M. (1989). Juran on Leadership For Quality: An Executive Handbook, New York: The Free Press.

Parasuman, A., Zeithaml, V., Berry, L.L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and It's Implications For Future, Journal of Marketing:Vo: 49.:41-50.

Peşkircioğlu, N. (1999). Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları. 2. Basım, Ankara: Milli Produktivite Merkezi Yayınları, Yayın No: 620,

Özalp, S., Şahin, Ü., Ünlüoğlu, İ. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Eğitim ile İlişki. I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Bildiriler. Ankara: 20-21 Mayıs 2000, Hacettepe Kültür Merkezi.

Türk Dil Kurumu, Erişim Adresi: [<http://www.tdk.gov.tr/TR/YazimKilavuzu.>], Erişim Tarihi: 10.01.2008.

Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V., (1995). Biyoistatistik. 6. Baskı. Ankara: Özdemir Yayıncılık.

Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K., (2002). Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. 4. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Basım ve Yayımlar Sa. Tic. Ltd.

Uyguç, N. (1998). Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi, Stratejik Bir Yaklaşım. 1. baskı. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

HİZMET KALİTE STANDARTLARI VE ACİL SERVİS HİZMETLERİNE KATKILARI "BOLU İZZET BAYSAL DEVLET HASTANESİ"

Dursun Koç⁸⁷, Mehmet Şentürk⁸⁸, Songül Yorgun⁸⁹,
Serpil Özdemir⁹⁰, Erdoğan Şentürk⁹¹, Arif Duran⁹²

Özet

Acil servisler hastanelerin en önemli giriş yerlerindedir, bu anlamda hizmet kalitesi ve içeriği itibariyle hizmetin en iyi verilmesi gereken birimlerdendir. Kalite kavramı birden fazla hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özellik ve karakteristiklerinin toplamı olarak tanımlanmaktadır. Hizmet Kalitesi Standartları acil servis üzerine olan katkıları değerlendirilmesi amaçlandı.

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Merkez ve Köroğlu Ünitesi acil servisleri Hizmet Kalitesi Standartları çerçevesinde değerlendirildi. Uygun puanlama Bolu ili Sağlık Müdürlüğü denetçileri tarafından gerçekleştirildi. Acil denetlemeleri 16-23 Aralık 2008 tarihinde yapıldı.

Hastanemiz her iki ünitesi acil servisi mevcut puanlama üzerinden Köroğlu Ünitesi: % 100 Merkez Ünite % 95 uyumluluk içinde bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu Hizmet Kalite Standartlarına göre Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi acil servisleri % 98 ile uyumlu bulunmuştur. Yeni kriterlerin acil servis hizmetlerinin daha kaliteli olarak verilmesini sağlamayı hedeflemiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Hizmet Kalite Standartları

Abstract

Emergency units are the most important entrance points of hospitals and therefore service quality and contents should be the best. The term 'quality' is defined as the total of characteristics and features based on the ability to meet the requirements which are already set of could occur in more than one service. In the purpose was to determine the contribution of Service Quality Standards to emergency unit.

87 Bolu İl Sağlık Müdürlüğü

88 Bolu İl Sağlık Müdürlüğü

89 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, syorgun58@hotmail.com

90 Bolu İl Sağlık Müdürlüğü, serpilozdemir@hotmail.com

91 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

92 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Bolu İzzet Baysal State Hospital Centre and Köroğlu Unit Emergencies were assessed according to the Service Quality Standards. The relevant grading was given by the auditors of Bolu City Health Authority. The emergency audits were done in 16-23 December 2008.

The emergency units of our hospital was graded as Köroğlu Unit: 100% and Centre Unit: 95% compatible.

According to the Service Quality Standards set by the Ministry of Health, the emergency services of Bolu İzzet Baysal State Hospital were found 98% compatible. New criteria aimed at proving emergency services with higher quality.

Key Words: Emergency, Service Quality Standards

1. GİRİŞ

Acil servisler hastanelerin en önemli giriş yerlerindedir, bu anlamda hizmet kalitesi ve içeriği itibariyle hizmetin en iyi verilmesi gereken birimlerdendir. Kalite kavramı birden fazla hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özellik ve karakteristiklerinin toplamı olarak tanımlanmaktadır (Yorulmaz, 2001: 4-5; Kalite Sözlüğü, 1999).

Hizmet işletmeleri içinde insan sağlığı ile ilgilenmesi nedeniyle ayrıcalıklı bir yere sahip olan hastaneler de, özel ve kamu yatırımı ayrımı yapmaksızın, kurumsal performanslarını iyileştirmek zorunda olan organizasyonlardır (Pakdil, 2002). Acil servislerde hizmet alan kesimin kısa vadede memnuniyet veya memnuniyetsizliğini belirlediği en önemli hastane birimidir.

ISO 9001-2000 Kalite sistemi ve uygulamaları çerçevesinde belgeye dayalı kaliteli hizmetin sunulması tüm hastane çalışanlarına düşen bir sorumluluktur.

2. YÖNTEM

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Merkez ve Köroğlu Ünitesi olarak iki üniteden oluşmaktadır. Hastanemiz acil servisleri Hizmet Kalitesi Standartları (Tablo 1) çerçevesinde değerlendirildi. Uygun puanlama Bolu ili Sağlık Müdürlüğü denetçileri tarafından gerçekleştirildi. Acil denetlemeleri 16-23 aralık 2008 tarihinde yapıldı.

Tablo 1. Acil servis, ambulans ve ambulans hizmetleri Ek-1 hizmet kalitesi standartları

ACİL SERVİS HİZMETLERİ		
27	Acil servis hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.	
27.1	Hastane dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı tabela ve yönlendirici işaretler bulunmalıdır.	4

27.2	Acil servis giriş tabelası, hastane dışından görülebilir olmalı ve ambulans veya diğer araçların ulaşımının kolay olduğu ayrı bir girişi bulunmalıdır.	4
27.3	Acil servis girişinin üstü kapalı olmalıdır.	4
27.4	Acil servis girişi, engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşımalıdır.	4
27.5	Acil servis girişinde hasta transferini kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır.	4
27.6	Acil servis süreçlerinin işleyişine ilişkin prosedür hazırlanmalıdır.	10
27.7	Acil serviste, çalışır durumda sedyeler ve tekerlekli sandalyeler bulunmalıdır.	4
27.8	Ayrı bir resüsitasyon odası bulunmalıdır.	8
27.9	Odalardaki her yatak başında oksijen ve vakum paneli olmalıdır; bu şart karşılanmadığı takdirde her iki yatağa bir tane düşecek şekilde mobil oksijen tüpleri ve vakum cihazları bulunmalıdır.	4
27.10	Muayene, müdahale ve müşahade odalarında hasta mahremiyetine yönelik düzenleme bulunmalıdır (perde, paravanla ayırma gibi).	6
27.11	Hasta tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere personel için yeterli sayıda maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb. ekipman bulundurulmalıdır.	4
27.12	Acil müdahale ekipmanının bulunduğu etejer/el arabası hazırlanmalıdır.	4
27.13	Müşahade yataklarında hastanın rahatlıkla ulaşabileceği çağrı zili/düğmesi bulunmalıdır.	4
27.14	Acil serviste çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeline CPR (Kardiy Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi verilmeli ve bu eğitim yılda en az bir kez tekrarlanmalıdır.	8
27.15	Acilde çalışan personelin unvan ve iletişim (unvan, telefon, adres, vb) bilgileri kayıtlı olmalıdır.	4
27.16	Acil serviste icapçı ve diğer uzman doktorların iletişim bilgilerini içeren dosya bulunmalıdır.	4
27.17	24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmalıdır.	4
27.18	Yazılı olarak tanımlanmış ve etkili olarak uygulanan bir triaj sistemi bulunmalıdır.	4
27.19	Zehirlenmiş hastaların yönetim süreci (danışmanlık, tedavi vb.) tanımlanmış olmalıdır.	4
27.20	Acil servisten başka bir merkeze sevk edilen hastalar için acil serviste gerçekleştirilen tıbbi müdahaleler hakkında bilgi veren hasta nakil notları verilmelidir.	4
27.21	Müşahade odalarında hasta kalış sürelerine ilişkin kayıtlar tutularak gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır.	10
27.22	Kritik hastaların acil serviste kaldığı süre boyunca izleminin yapılabileceği monitorize bir alan bulunmalıdır.	4

27.23	Acil servise müracaatları sonucunda yatış kararı verilen hastaların acil serviste bekleme süreleri kayıt altına alınmalıdır.	4
27.24	Bulunması gereken temel ilaçlar listesi oluşturulmalı; kritik stok seviyeleri ve miad takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmalıdır.	10
27.25	Acil serviste kullanılan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri belirlenerek miad takipleri yapılmalıdır.	6
27.26	Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınmalıdır.	6
27.27	Tuvaletler temiz tutulmalı ve tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu olmalıdır.	6
27.28	Acil serviste danışma birimi nitelik ve konum olarak hizmet vermeye uygun olmalıdır.	4
27.29	Acil çalışılan tetkik/tahlil işlemlerinin sonuçlanma süreleri tespit edilmeli ve acil servis personel odalarına ve acil servis panosuna asılmalıdır.	4
27.30	Hastaların tetkik sonuçları elektronik ortamda gönderilmeli; gönderilemeyenler ise ilgili personel tarafından doktora ulaştırılmalıdır.	4
27.31	Sosyal güvencesi olmayan hastaların muayene, tedavi ve bakımına yönelik talimat bulunmalıdır.	4
27.32	Müşahede altına alınan hastalar için Ordera; ilaç adı, dozu, zamanı, uygulama şeklini içerecek biçimde okunaklı olarak doktor tarafından tarih, saat belirtilerek ve kaşe kullanılarak yazılmalıdır.	4
27.33	Müşahede altına alınan hastalar için Orderı alan, uygulayan sağlık personeli kendi ad-soyadı, orderı aldığı tarih ve saatini yazarak imzalamalıdır.	4
27.34	Her hastadan sonra hasta yataklarında yastık, çarşaf ve nevresim temizliği ile değiştirilmeli, yataklar temiz ve düzenli tutulmalıdır.	4
27.35	Acil servislerde boyunluk/boyunluklar bulundurulmalıdır.	4
AMBULANS VE AMBULANS HİZMETLERİ		
28	Ambulans hizmetleri gerekli şartları karşılamalıdır.	
28.1	İlaçlar ve tıbbi malzemeler düzenli bir şekilde araç içine yerleştirilmelidir.	2
28.2	Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde belirlenen ilaç listesindeki ilaçlar araçta bulundurulmalı ve günlük kontrolleri yapılmalıdır.	4
28.3	İlaç listesi ve ilaç temini ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.	2
28.4	İlaçların kritik stok seviyesi belirlenmelidir.	2
28.5	Sarf malzemesi ve ilaçların son kullanım tarihlerinin takibi yapılmalı ve ambulansın ihtiyaç bildirdiği ilaç ve sarf malzemesi anında karşılanmalıdır.	4
28.6	Bütün tıbbi ekipman çalışır durumda olmalıdır.	6
28.7	Tıbbi ekipmanların kalibrasyonu düzenli olarak yapılmalıdır.	4

28.8	Her nöbet devrinde araç kontrolü yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	2
28.9	Ambulanın ve tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.	2
28.10	Tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.	2
28.11	Ambulanstaki canlandırma teçhizatı ve malzemelerinin listesi olmalıdır.	2
28.12	Ambulanstaki canlandırma teçhizatı ve malzemeleri yetişkinlere, çocuklara ve bebeklere yapılacak müdahaleler için uygun olmalıdır.	4
28.13	Ambulanstaki canlandırma teçhizatı ve malzemelerin günlük kontrolleri yapılmalıdır.	4
28.14	Personele, acil durumlarda tehlikeli atık ve malzemelerin depolanması, taşınması ve uzaklaştırılması için alınması gereken önlemler konusunda eğitim verilmelidir.	4
28.15	Ambulansta yangın söndürme tüpü bulunmalı ve 3 ayda bir düzenli olarak kontrol edilmelidir.	2
28.16	Ambulansta kullanılan ana sedyede korkuluk bulunmalıdır.	2
28.17	Sedye, kızakları ve emniyet kemerinin kullanılabilir durumda olmasına yönelik günlük kontroller yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	4
28.18	Hasta sedyeye ambulansa alındıktan sonra sedye kızaklarının sabitlenmesine yönelik bir talimat olmalıdır.	4
28.19	Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale durumlarında kişisel koruyucu ekipman (koruyucu elbise, eldiven, dezenfektan ve yüz maskesi) bulunmalıdır.	4
28.20	Ambulan personeline hastaya tıbbi müdahale ile ilgili olarak İl Ambulan Servisi Başhekimliği'nden temel eğitim, ileri kardiyak(yaşam), pediatrik ve travma yaşam desteği konusunda yılda en az bir defa eğitim aldırılmalıdır.	6

2.1 Bulgular

Hastanemiz Merkez Ünite ve Köroğlu Ünitesi acil servisleri yapılan denetlemelere ilişkin puanlama (Tablo 2) Bolu ili Sağlık Müdürlüğü denetçileri tarafından yapıldı.

Tablo 2. Merkez Ünite ve Köroğlu Ünitesi değerlendirmeleri

	ACIL SERVİS HİZMETLERİ	MERKEZ ÜNİTE			KÖROĞLU ÜNİTESİ		
		Evet	Kapsam dışı	Hayır	Evet	Kapsam dışı	Hayır
27	Acil servis hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.						
27.1	Hastane dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı tabela ve yönlendirici işaretler bulunmalıdır.	4			4		

27.2	Acil servis giriş tabelası, hastane dışından görülebilir olmalı ve ambulans veya diğer araçların ulaşımının kolay olduğu ayrı bir girişi bulunmalıdır.	4			4		
27.3	Acil servis girişinin üstü kapalı olmalıdır.	4			4		
27.4	Acil servis girişi, engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşınmalıdır.	4			4		
27.5	Acil servis girişinde hasta transferini kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır.	4			4		
27.6	Acil servis süreçlerinin işleyişine ilişkin prosedür hazırlanmalıdır.	10			10		
27.7	Acil serviste, çalışır durumda sedyeler ve tekerlekli sandalyeler bulunmalıdır.	4			4		
27.8	Ayrı bir resüsitasyon odası bulunmalıdır.			8	8		
27.9	Odalardaki her yatak başında oksijen ve vakum paneli olmalıdır; bu şart karşılanmadığı takdirde her iki yatağa bir tane düşecek şekilde mobil oksijen tüpleri ve vakum cihazları bulunmalıdır.	4			4		
27.10	Muayene, müdahale ve müşahede odalarında hasta mahremiyetine yönelik düzenleme bulunmalıdır (perde, paravanla ayırma gibi).	6			6		
27.11	Hasta tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere personel için yeterli sayıda maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb. ekipman bulundurulmalıdır.	4			4		
27.12	Acil müdahale ekipmanının bulunduğu etejer/el arabası hazırlanmalıdır.	4			4		
27.13	Müşahede yataklarında hastanın rahatlıkla ulaşabileceği çağrı zili/düğmesi bulunmalıdır.		4		4		
27.14	Acil serviste çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeline CPR (Kardio Pulmoner Resusitasyon) eğitimi verilmeli ve bu eğitim yılda en az bir kez tekrarlanmalıdır.	8			8		
27.15	Acilde çalışan personelin unvan ve iletişim (unvan, telefon, adres, vb) bilgileri kayıtlı olmalıdır.	4			4		
27.16	Acil serviste icapçı ve diğer uzman doktorların iletişim bilgilerini içeren dosya bulunmalıdır.	4			4		

27.17	24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmalıdır.	4		4		
27.18	Yazılı olarak tanımlanmış ve etkili olarak uygulanan bir triaj sistemi bulunmalıdır.	4		4		
27.19	Zehirlenmiş hastaların yönetim süreci (danışmanlık, tedavi vb.) tanımlanmış olmalıdır.	4		4		
27.20	Acil servisten başka bir merkeze sevk edilen hastalar için acil serviste gerçekleştirilen tıbbi müdahaleler hakkında bilgi veren hasta nakil notları verilmelidir.	4		4		
27.21	Müşahede odalarında hasta kalış sürelerine ilişkin kayıtlar tutularak gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır.	10		10		
27.22	Kritik hastaların acil serviste kaldığı süre boyunca izleminin yapılabileceği monitorize bir alan bulunmalıdır.	4		4		
27.23	Acil servise müracaatları sonucunda yatış kararı verilen hastaların acil serviste bekleme süreleri kayıt altına alınmalıdır.	4		4		
27.24	Bulunması gereken temel ilaçlar listesi oluşturulmalı; kritik stok seviyeleri ve miat takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmalıdır.	10		10		
27.25	Acil serviste kullanılan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri belirlenerek miat takipleri yapılmalıdır.	6		6		
27.26	Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınmalıdır.	6		6		
27.27	Tuvaletler temiz tutulmalı ve tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu olmalıdır.	6		6		
27.28	Acil serviste danışma birimi nitelik ve konum olarak hizmet vermeye uygun olmalıdır.	4		4		
27.29	Acil çalışılan tetkik/tahlil işlemlerinin sonuçlanma süreleri tespit edilmeli ve acil servis personel odalarına ve acil servis panosuna asılmalıdır.	4		4		
27.30	Hastaların tetkik sonuçları elektronik ortamda gönderilmeli; gönderilemeyenler ise ilgili personel tarafından doktora ulaştırılmalıdır.	4		4		

27.31	Sosyal güvencesi olmayan hastaların muayene, tedavi ve bakımına yönelik talimat bulunmalıdır.	4			4		
27.32	Müşahede altına alınan hastalar için Ordera; ilaç adı, dozu, zamanı, uygulama şeklini içerecek biçimde okunaklı olarak doktor tarafından tarih, saat belirtilerek ve kaşe kullanılarak yazılmalıdır.	4			4		
27.33	Müşahede altına alınan hastalar için Orderı alan, uygulayan sağlık personeli kendi ad-soyadı, orderı aldığı tarih ve saatini yazarak imzalamalıdır.	4			4		
27.34	Her hastadan sonra hasta yataklarında yastık, çarşaf ve nevresim temizi ile değiştirilmeli, yataklar temiz ve düzenli tutulmalıdır.	4			4		
27.35	Acil servislerde boyunluk/ boyunluklar bulundurulmalıdır.	4			4		
	AMBULANS VE AMBULANS HİZMETLERİ						
28	Ambulans hizmetleri gerekli şartları karşılamalıdır.						
28.1	İlaçlar ve tıbbi malzemeler düzenli bir şekilde araç içine yerleştirilmelidir.	2			2		
28.2	Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde belirlenen ilaç listesindeki ilaçlar araçta bulundurulmalı ve günlük kontrolleri yapılmalıdır.	4			4		
28.3	İlaç listesi ve ilaç temini ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.	2			2		
28.4	İlaçların kritik stok seviyesi belirlenmelidir.	2			2		
28.5	Sarf malzemesi ve ilaçların son kullanım tarihlerinin takibi yapılmalı ve ambulansın ihtiyaç bildirdiği ilaç ve sarf malzemesi anında karşılanmalıdır.	4			4		
28.6	Bütün tıbbi ekipman çalışır durumda olmalıdır.	6			6		
28.7	Tıbbi ekipmanların kalibrasyonu düzenli olarak yapılmalıdır.	4			4		
28.8	Her nöbet devrinde araç kontrolü yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	2			2		

28.9	Ambulansın ve tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.	2			2		
28.10	Tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.	2			2		
28.11	Ambulanstaki canlandırma teçhizatı ve malzemelerinin listesi olmalıdır.	2			2		
28.12	Ambulanstaki canlandırma teçhizatı ve malzemeleri yetişkinlere, çocuklara ve bebeklere yapılacak müdahaleler için uygun olmalıdır.	4			4		
28.13	Ambulanstaki canlandırma teçhizatı ve malzemelerin günlük kontrolleri yapılmalıdır.	4			4		
28.14	Personele, acil durumlarda tehlikeli atık ve malzemelerin depolanması, taşınması ve uzaklaştırılması için alınması gereken önlemler konusunda eğitim verilmelidir.	4			4		
28.15	Ambulansta yangın söndürme tüpü bulunmalı ve 3 ayda bir düzenli olarak kontrol edilmelidir.	2			2		
28.16	Ambulansta kullanılan ana sedyede korkuluk bulunmalıdır.	2			2		
28.17	Sedye, kızıkları ve emniyet kemerinin kullanılabilir durumda olmasına yönelik günlük kontroller yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	4			4		
28.18	Hasta sedyeye ambulansa alındıktan sonra sedye kızıklarının sabitlenmesine yönelik bir talimat olmalıdır.	4			4		
28.19	Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale durumlarında kişisel koruyucu ekipman (koruyucu elbise, eldiven, dezenfektan ve yüz maskesi) bulunmalıdır.	4			4		
28.20	Ambulans personeline hastaya tıbbi müdahale ile ilgili olarak İl Ambulans Servisi Başhekimliği'nden temel eğitim, ileri kardiyak(yaşam), pediatrik ve travma yaşam desteği konusunda yılda en az bir defa eğitim aldırılmalıdır.	6			6		

Acil servisler yapılan denetlemeler sonrasında ayrı ayrı değerlendirildiğinde Merkez Ünite acil servis %95 uyumlu, Köroğlu Ünitesi acil servis %100 uyumlu olduğu tespit edildi.

3. SONUÇ

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından 1 Eylül 2008'den geçerli olmak üzere yayınlanan Hizmet Kalite Standartları, acilin fiziki anlamda düzenlenmesini içerirken, diğer unsurlarla hizmetin kalitesini artırmayı içermektedir. Özellikle engelli vatandaşların ve hasta transferini kolaylaştırıcı önlemlerin yer almasını tanımlamıştır.

İşleyişin acilin her sürecini içeren prosedür oluşturulmuş, kullanılan ekipmanın her zaman hazır şekilde olması sağlanmış, her aşamada mahremiyet gözetilmiş, müşahede odalarında çağrı sistemi ile hastaların sağlık personeline her an ulaşılabilirliğinin sağlanmış, sağlık personelinin en önemli konulardan biri olan CPR konusunda yıllık eğitimlerinin zorunlu olmasıdır. Triaaj ve zehirlenmelerde danışmanlık verilebilmesi için talimat oluşturulmuş, Müşahede odalarında kalış süreleri ve konsültan hekim geliş süreleri otomasyon üzerinden kayıt altına alınmış, ilaçların miatlarının takibinin zorunlu hale gelmiş ve otomasyon üzerinden takibi düzenlenmiş (ilaç güvenliği-izlenebilirlik), Sosyal güvenlik kapsamında olmayan hastaların muayenelerine yönelik talimatlar ile bakım ve muayene işlemleri rahatlıkla gerçekleştirilmiştir. Danışma birimi, karşılama elemanları ve yönlendirme personeli ile hastaların acilde daha hızlı ve rahat hizmet almaları sağlanmıştır. İlaç yazılım ve uygulama da açıklık getirilmesinin zorunluluk olması uygulamanın geçerliliğini artırmıştır. Arka planda kalan ambulansların yeni kriterler ile baştan aşağıya kontrole tabi tutulması bu konuda yaşanabilecek sorunların daha oluşmadan önüne geçilmesini sağlanmıştır. Ambulanslarda bulunan tüm tıbbi cihazların kalibrasyonlarının yapılarak, çalışır durumda tutulması, günlük kontrollerinin yapılması, ilaç miat ve stok seviyelerinin düzenli kontrollerinin yapılarak yeterli miktarda bulundurulması hizmetin kontrolü ve izlenebilirliğini artırmıştır. Basit gibi görünse de ambulans sedye kızaklarının sabitletlenmesinin kontrolünün tüm çalışanlara hatırlatılması ile basında sık sık gördüğümüz hasta düşmelerini engellemiş olacaktır. Bu uygulama ile kızaklardan acil ve ambulans hizmetleri daha işler hale getirilmiş, tüm uygulamalar ile pekiştirilmiştir. Merkez Ünitelerde olumsuz puan alınan 27.8 soru, sonuçlanma aşamasında olan 27.13 maddeler 26 Ocak 2009 itibari ile tamamlanmıştır. Acil ve ambulans hizmetlerini içeren yeni düzenlemeler ile hasta memnuniyeti yükseltilmiş olacaktır.

KAYNAKLAR

Yorulmaz, M.(2001), "Kalite Güvenliği ve Hemşirelik", **Hemşirelik Forumu Dergisi**, C:4.S:4-5, Temmuz-Ekim

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/kalitesozlugu.html> (11.05.2007)

Pakdil, F. (2002), "Hizmet İşletmelerinde Performans İyileştirme Süreci ve Hastaneler için Bir Model Önerisi", Bursa: Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi

EK-1 Hizmet Kalitesi Standartları

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ DAHİLİYE VE CERRAHİ KLİNİKLERİNDE HASTA BAKIM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Aynur Çetinkaya⁹³, Prof. Dr. Ferda Özbaşaran⁹⁴

Özet

Bu araştırma, dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hasta bakım kalitesi saptamak amacıyla planlanmış, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, Celal Bayar Üniversitesi (C.B.Ü.) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalar oluşturmuştur. Bu hastalar arasından araştırma sınırlılıklarına uyan, olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilmiş 100 hasta örnekleme alınmıştır. Hastaların almış olduğu bakımın kalitesini belirlemek, etkili değişkenleri saptamak amacıyla; hastaların tanıtıcı özellikleri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Hasta bakım kalitesi "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği (QUALPACS)" ile saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastaların bakım kalitesi açısından en yüksek puan ortalamasının "mesleki uygulamalar"; en düşük alt ölçek puan ortalamasının ise "psiko-sosyal birey" olduğu belirlenmiş ve "toplam hasta bakım kalitesi" ortalama puanı "pek iyi değil" olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelik Bakımı, Kalite

Abstract

This study, that is planned in order to determine the quality of the patient care in medical and surgical clinics, is a definitional research. The universe of this research consists of the patients who had curement in internal and surgical clinics of Celal Bayar University Hospital. Between these patients, 100 of them, who supplies the limits of this research and who were selected by sample method without probability, were taken in sample group. In order to determine the quality of care, being taken by patients and to determine the efficient variables, the definitional qualifications of patients were collected with poll form by researcher. The quality of patient care was measured by "Patient Care Quality Scale (QUALPACS)".

According to the results being determined finally, the score of patient care, the highest point average belongs to "occupational applications", the lowest point average belongs to "psycho-social person" and the average point of "Total Patient Care Quality" is determined as "not so good".

Key Words: Nursing, Nursing Care, Quality

93 C.B.Ü. Sağlık Yüksekokulu, aynurcakmakci@yahoo.com

94 B.Ü. Sağlık Yüksekokulu, fozbasaran@yahoo.com

1. GİRİŞ

1.1. Genel Bilgiler

Kalite günümüzde gelişmiş ülkelerde sadece topluma en nitelikli hizmeti sağlama yolunda mesleki bir çabadan öte, toplumun da her alanda talep ettiği bir konuma gelmiştir. Ayrıca günümüzün değişen dünya dinamiği içinde insanlar, düşünceler, sistemler ve kurumlar hızlı bir değişim süreci içine girmiş bulunmaktadır. Yaşanan değişimin sonucunda her alanda değişik gelişme, ilerleme ve kazançlar elde edilmiştir. Bu gelişmelerin dışında tutulamayacak olan sağlık hizmetlerinde de kalite odaklı modern bir bakımı içeren yönetim anlayışının benimsenerek uygulanması, bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlıkın bedensel, ruhsal ve sosyal boyutlarının genişliği, bu alandaki kaliteli hizmet sunumunun karmaşık yapısını ortaya koymaktadır (Polat ve Yılmaz, 1996; Zorlutuna, 1997; Uyer, 1993; Algier ve Uyer, 1997; Bilge Dönmez, 1999).

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunda yapılan tartışmalar, nedenli teknik ve karmaşık olarak şekillense de asıl olarak hizmetin "insan" a yönelik ve "insan için" olan düzenlemelerini içerir. Ve yalnızca bu nedenle bile çok eski bir kavram olduğu söylenebilir. Ancak bu yeniden tanımlama sürecinde hizmetin kalite göstergelerinin son derece teknik ve dar sınırlara- alanlara ve çoğunlukla yapıldığı gibi üçüncü basamak tedavi hizmetlerine yoğunlaştırılması, bu konudaki önemli tehlikelerden birisidir. Bilimsel bir kavram olan kalite, bir şeyin ortaya koyacağı mükemmellik derecesidir ve sağlık hizmet sunumunun tüm basamaklarında bulunması gereken bir niteliktir. Sağlık hizmetinin kalitesine yönelik girişimler, daha sistemin kurulması aşamasında öngörülen ayrıntılar içinde yer alır ve uygulanma sırasında gerçekleştirilir. Ancak yeterli ve nitelikli malzemeyle iyi bir tanı-tedavi sürecinin bir arada olması; ya da yalnız başına beklentilerin gerçekleştirilmesi, olumlu sağlık sonuçlarını elde etmek için yeter koşul değildir. Uygun bir bildirim sistemi, sürekli eğitim, toplum katılımı, kendi kendini değerlendirme, denetim gibi yöntemlerle hizmet kalitesinin sürekli değerlendirilmesi, sonuçlara göre gerekli düzenlemelerin yapılması, böylece sürekli gelişme ile hizmetin kalitesinin güvenceye alınması gereklidir (Kalaça, 1994: 280; Bilge Dönmez, 2000: 145; Webster's;1988: 109). Sağlık kuruluşlarında hizmet veren diğer sağlık ekibi üyeleri ve hemşirenin de, en iyi şekilde hizmet vermek durumundadır. Yine bilimsel temellere dayanan bir meslek olan hemşirelik, etkin bir hemşirelik bakımı vermekten ve hasta sonuçlarından sorumludur. Hemşirelik hizmetlerinin niteliğine göre, sağlık hizmetleri değer kazanır ya da yargılanır (Nural, 1992).

Bugün hemşirelik mesleğinin yoğunlaştığı nokta, hastalara kaliteli bakım verilmesi ve bunun nasıl başarılacağı konusudur (Bilge Dönmez, 1999). Hemşirelik bakımı kalite ölçümlerinde son dönemlerde görülen çabalar, sadece daha iyi bakımın elde edilmesine değil, aynı zamanda kalite ölçüm sanatının ilerlemesinde katkıda bulunacak ve sağlık bakımı reformunda, duyarlı hemşire kalite ölçümlerinin yer alması için yapılan çalışmalarda hemşire ve mesleği önem kazanacaktır (Alcan vd., 1998).

Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili değişik alanlarda daha önce yapılmış Olgun (1994), Özmen (1996) ve Bilge Dönmez (1999)'ün çalışmalarında bakım kalitesinin iyi düzeyde olmadığı ve yetersiz olduğu saptanmıştır (Bilge Dönmez, 1999; Özmen, 1996; Olgun 1994). Sonuç olarak, ülke insanının değer verilip, sağlıklı yaşamak ve bunu sürdürmek istemesi en doğal hakkı olması sebebi ile en kısa zamanda kaliteli hemşirelik uygulamalarının yaygınlaştırılması gerekmektedir (Dramalı, 1998: 64).

Yukarıdaki açıklamalar ışığında, hastanelerdeki bakım kalitesinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesine gereksinim vardır. Hemşirelik bakım kalitesinin tespitinde sık kullanılan ölçeklerden biri QUALPACS (Quality Patient Care Scala)'dır (Bilge Dönmez, 1999; Özmen, 1996; Olgun 1994). Kalite ile ilgili çalışmaların artması ile belirlenen durumlara uygun yaklaşımlar uygulanarak, kurum kaliteleri arttırılabilir. Ayrıca bu araştırmalar, kalite alanında yeni yapılacak çalışmalara yol gösterici olacaktır.

Öte yandan dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hasta bakım kalitesinin belirlenmesi, hastaların yaşam kalitesinin arttırılması için de önem taşımaktadır. Bir ölçüde de kurum kalitesini belirleyici olacaktır. Belirlenen sonuç ışığında, mevcut insan gücü kaynakları ile hemşirelik hizmet kalitesi arttırılabilir. Ayrıca yapılan bilimsel çalışmalar, hemşireler için sürekli yeni bilgilerin üretilmesine, yeniliklerin takip edilmesine ve bunların doğrultusunda hemşirelik uygulamalarını geliştirmelerine yön vermektedir.

1.2. Amaç

Yapılan açıklamalara dayalı olarak araştırmanın amacı: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların aldıkları hasta bakımının kalitesini; Wandelt ve Ager (1974) tarafından düzenlenmiş ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Olgun (1994) tarafından yapılmış olan "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" ile saptamaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi, Evren Ve Örneklemi

Tanımlayıcı (betimleyici) tipte olan araştırmanın evrenini, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı 15 Eylül - 15 Ekim 2002 tarihleri arasında en az 2 gündür hastanede yatan ve olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilmiş 100 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmada kullanılan "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği"nin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, en az 2 gündür hastanede yatan hasta sınırı konmuştur (Bilge Dönmez, 1999; Bilge Dönmez, 2000:146; Özmen, 1996; Olgun, 1994). Bu araştırmanın kapsamına, 18 yaşın üstünde olan, konfüze veya bilinci kapalı olmayan, Türkçe bilen, 2 gün ve daha uzun süredir hastanede yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların hasta bakım kalitesi ve etkileyen değişkenleri saptamak amacıyla yapılan çalışmanın verilerinin toplanmasında: "Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır (Çizelge 1) (Zorlutuna, 1997:186; Timmerman, 1995; Norman vd., 1992; Elibol vd., 1998).

Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu: Daha önce yapılmış benzer araştırmaların önerileri ışığında ve ilgili literatürler doğrultusunda hazırlanmış olan Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu; hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerini belirlemeye yönelik 18 sorudan oluşmuş soru kağıdıdır.

Tablo 1. Veri toplama araçları

Kullanılan Araç	Ölçümün Amacı	Veri Toplama Şekli
1) Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu	Hastaların, sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerini saptamak	Anket Uygulaması ve Görüşme
2) Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği	Hasta bakım kalitesini (niteliğini) değerlendirmek	Gözlem ve Dosya Kayıtları

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği: Araştırmadaki hastaların aldıkları bakımın kalitesini saptamak için, bakım süreci üzerine odaklanmış, 68 maddeli Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği (Nitelikli Hasta Bakım Ölçeği = Quality Patient Care Scale = QUALPACS) kullanılmıştır. Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği, hemşirenin bakım verdiği sırada, gösterdiği yetkinliği ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Bakımın verildiği anda, doğrudan ve dolaylı gözlemler sonucu değerlendirilmesi sürecini kapsar. Ölçek toplam altı alt gruptan oluşmaktadır. Bunlar; Psiko-sosyal: Birey, Psiko-sosyal: Grup, Fiziksel, Genel, İletişim ve Mesleki Uygulamalar'dır (Bilge Dönmez, 1999;Uzun Aktürk, 1999:294; Alcan, 1996:123; Archibong, 1999).

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği, Britanya'da çeşitli alanlarda test edilmiştir. Ölçek, Wandelt ve Ager tarafından geliştirilmiş; geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları da yine Wandelt ve Ager tarafından 1974 yılında yapılmıştır. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını ise, Olgun 1994 yılında yapmıştır (Zorlutuna, 1997; Timmerman, 1995; Norman vd., 1992: 44; Elibol vd., 1998).

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği (QUALPACS), yurt dışında yapılmış geçerlilik-güvenirlilik çalışmalarında, hemşirelik bakımını ölçmede kabul gören, bilinen diğer kalite indikatörleri (Monitor, Senior Monitor, Servqual vb.) ile karşılaştırıldığında, biraz daha yüksek geçerliliğe sahip olduğu saptanmıştır (Norman ve Redfern, 1995:1174; Redfern vd., 1994; Redfern ve Norman, 1995; Tomalin vd., 1993; Tomalin vd., 1992; Norman ve Redfern, 1996). QUALPACS' in, uygulanması yöntemi ve ölçeğin yapısal uygulama esaslarından meydana gelen zorluk ve güçlükleri azdır (Harvey, 1991).

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği, alt ölçeklerindeki soru sayısı; psiko-sosyal birey: 15, psiko-sosyal grup: 8, fiziksel: 15, genel: 16, iletişim: 7 ve mesleki uygulamalar: 8 şeklindedir. Ölçeğin orijinal geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Wandelt ve Ager (1974) ile Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Olgun (1994), ölçekteki psiko-sosyal grup alt ölçeğindeki soruların çıkartılmasının, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin değiştirmediğini saptamışlardır (Bilge Dönmez, 1999; Özmen, 1996; Olgun, 1994). Bu araştırmada da, çok az sorusu yanıtlanabilen bu alt grup, değerlendirme aşamasında, değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmasını yapan Wandelt ve Ager çalışmalarında, ölçeğin güvenilirlik katsayısını 0.96 olarak bulmuşlardır. Bu çalışma için, ölçeğin yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach's alpha katsayısı 0.88 olarak saptanmıştır.

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği'ni değerlendirmede; beş ölçekli Likert tipi (5:Çok iyi, 4:Oldukça iyi, 3:Orta, 2:Pek iyi değil, 1:Hiç iyi değil, 0:Değerlendirilemedi) ölçüm kullanılmış ve 0-5 arasında puanlar verilerek değerlendirilmiştir. "Değerlendirilemedi" sütunu gözlem süresi boyunca hastanın belirtilen soruya yönelik bir bakım almadiğını veya böyle bir durumun gözlenemediğini ifade etmektedir. Bu sütun puan hesaplamasına katılmamıştır. Ayrıca Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği, ikinci alt grubu olan "Psiko-sosyal Grup" ile ilgili sorular yeterince bilgi edinilemediği durumlarda, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini etkilemeyeceğinden, grubun hariç tutulabileceği belirtildiğinden, araştırmada bu alt grup kullanılmamıştır.

Bu araştırmada kullanılan Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği için; iki değerlendirmeci (biri araştırmacı, diğeri yardımcı gözlemci) arasındaki güvenilirlik katsayıları pearson sıra korelasyon katsayısı kullanılarak hesaplanmış ve bu değerler 0.84-0.94 arasında bulunmuştur. Çalışmada Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği için elde edilen, değerlendirmeciler arası güvenilirlik katsayıları yüksek bulunduğu için (0.84-0.94) verilerin analizi, araştırmacının puanları ile yapılmıştır.

Değerlendirme yapılırken, tüm alt ölçekler için ayrı toplam puan ve tüm ölçek için toplam hasta bakım kalitesi ölçeği puanı hesaplanmıştır. Ölçek maddelerinin 0-5 arasında aldıkları puanlar toplanarak, cevaplanan maddelerin sayısına bölünerek alt ölçek ortalamaları bulunmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması ise, tüm maddelere verilen puanın cevaplanan maddelere bölünmesi ile hesaplanmıştır (Bilge Dönmez, 1999; Özmen, 1996; Olgun, 1994).

2.3. Araştırma Verilerinin Toplanması

Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu'na ait veriler, hastalarla görüşülerek anket uygulaması ile toplanmıştır. Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği verilerinin toplanmasında ise; hasta bakımının kalitesi, gözlem ve kayıtlar incelenerek değerlendirilmiştir. Yani hastalara ait araştırma verileri, doğrudan hastaların değerlendirdiği bir formla değil, araştırmacı ve yardımcı gözlemcinin değerlendirdiği ortam değerlendirmesine göre elde edilmiştir (Bilge Dönmez, 1999; Bilge Dönmez, 2000: 146; Özmen, 1996; Olgun,

1994). Gözleme alınan odadaki hastalar ve bu hastalara hizmet veren hemşireler, iki saat süre ile biri araştırmacı diğeri yardımcı gözlemci olmak üzere iki gözlemci tarafından uygun bir ortamda kalınarak gözlemlenmiş, değerlendirilmesinde dosya bilgileri de incelenerek yapılmıştır. Yanlış gözlem ve odaklanmayı önlemek için ikinci gözlemci, hemşire kökenli seçilmiş ve araştırmacı tarafından bilgilendirilmiştir.

Veriler SPSS 10.0 for Windows istatistik programında değerlendirilmiş; tanımlayıcı veriler sayı-yüzde dağılımı, genel aritmetik ortalama (X), ortanca (medyan), standart sapma (SS) ve minimum (Min) – maksimum (Maks) değerleri verilerek gösterilmiştir.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı Manisa il merkezinde hizmet sunan Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) dahiliye ve cerrahi kliniklerinin, araştırma yeri olarak seçilmesinin sebepleri; bu kliniklerde yatan hastaların, 2 günden daha uzun süre yatarak tedavi görmeleri ve yeterli hasta sayısının olmasıdır. Literatürde araştırmada kullanılan "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği"nin tıbbi ve cerrahi bakımın yönlerini ölçmeyi desteklediği belirtilmiştir (Norman ve Redfern, 1995). Buradan hareketle araştırma, Dahiliye ve Cerrahi Anabilim Dalı kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda yürütülmüştür.

Bunların yanında;

- Araştırma, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların verileri ile sınırlıdır.
- Araştırmanın verileri, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde en az 2 gündür hastanede yatan hastalar ile sınırlıdır.
- Araştırmaya yoğun bakımda tedavi gören hastalar dahil edilmemiştir.

3. SONUÇ

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	%	
Yaş Grubu (X=53.10±17.79, Min:17, Maks:92, Ortanca:57)	20 yaş ve altı	10	10.0
	21-30 yaş	5	5.0
	31-40 yaş	6	6.0
	41-50 yaş	17	17.0
	51-60 yaş	21	21.0
	61-70 yaş	30	30.0
	71 yaş ve üzeri	11	11.0
Cinsiyet	Kadın	61	61.0
	Erkek	39	39.0

Medeni Durum	Evli	76	76.0
	Bekar	11	11.0
	Boşanmış	1	1.0
	Eşi vefat etmiş	12	12.0
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	19	19.0
	Okur-yazar	6	6.0
	İlkokul mezunu	43	43.0
	Ortaokul mezunu	5	5.0
	Lise ve dengi okul mezunu	17	17.0
	Üniversite /Yüksekokul mezunu	10	10.0
Tanımlanan Gelir Durumu	Gelir- giderden az (kötü)	36	36.0
	Gelir-gidere denk (orta)	59	59.0
	Gelir-giderden fazla (iyi)	5	5.0
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Birimi	Köy / kasaba	20	20.0
	İlçe merkezi	41	41.0
	İl merkezi	39	39.0
Sosyal Güvence Durumu	Yok	4	4.0
	Emekli Sandığı	76	76.0
	SSK	2	2.0
	Bağ-Kur	12	12.0
	Yeşil kart	6	6.0
Toplam		100	100.0

Tablo 1’de araştırma kapsamındaki hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 53.10 ± 17.79 (min:17, maks:92, ortanca:57) olup; %30’u 61-70 yaş grubundadır. Hastaların çoğunluğu (%61) kadın ve çoğunluğu (%76) evlidir. Hastaların %43’ünün ilkokul mezunu olduğu ve %59’unun gelir durumlarını, gelir-gidere denk (orta düzeyde) olarak ifade ettikleri bulunmuştur. Hastaların %41’inin yaşamında en uzun süre ilçe merkezinde yaşadıkları ve %76’sının bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumunun Emekli Sandığı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2’de görüldüğü gibi hastaların %57’si cerrahi kliniklerinde, %43’ü dahiliye kliniklerinde yatarak tedavi görmektedirler. Hastanede yatma süresi ortalamasının 8.30 ± 10.04 gün (min:3, maks:90 ortanca:6 gün) olduğu ve hastaların %40’ının 3-4 gündür hastanede yattığı belirlenmiştir. Bu durumun, hastaların çoğunluğunun cerrahi kliniklerde yatmaları ve bu kliniklerde hasta yatış-çıkışlarının daha kısa süreli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastaların yatış sayısı ortalamasının 2.51 ± 3.04 (min:1, maks:19 ortanca:1 kez) ve %57’sinin bu hastaneye ilk kez yattığı saptanmıştır. Bu sonuç, cerrahi kliniklerinde yatan hastaların ameliyat nedeniyle çoğunlukla ilk kez yatmalarına bağlanabilir. Hastaların %37’sinin ameliyat, %30’unun kronik hastalık, %26’sının akut hastalık nedeniyle hastaneye yattığı belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun ameliyat ve akut hastalıklar nedeniyle yatmalarının, hastaneye ilk kez yatma oranını yükselttiği düşünülmektedir. Hastaların %75’inin dolaşabilir (bağımsız) durumda olduğu saptanmıştır. Bu bulgunun, yoğun bakım birimlerinde yatan hastaların araştırma kapsamına alınmaması ve günümüzde cerrahi olguların post-operatif dönemde erken ayağa kaldırılmaları ile bağlantılı olduğu

düşünülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %52'sinin refakatçisinin olmadığı, %48'inin ise refakatçisinin bulunduğu belirlenmiştir. Ülkemiz hastanelerinde, hasta yanında refakatçi bulundurma yaygın bir uygulamadır. Nitekim, Öncel Kayacık (1998); hemşirelerin, hasta refakatçilerinin, hastalara hemşirelik bakımı vermeleri için kalmalarını istediklerini ve refakatçilerin de bu konuda istekli olduklarını gösteren çalışmalar bulunduğunu bildirmektedir (Öncel Kayacık, 1998). Araştırmada çoğunluğu bağımsız olan hastaların oluşturması, bu hastaların refakatçilerinin olmamasıyla paralel bir durumdur.

Tablo 2. Hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı

Tıbbi Özellikler		n	%
Yattığı Klinik	Dahiliye klinikleri	43	43.0
	Cerrahi klinikleri	57	57.0
Hastanede Yatma Süresi (gün) (X=8.30±10.04 Min:3 Maks:90 Ortanca:6)	3-4 gün	40	40.0
	5-7 gün	23	23.0
	8-10 gün	16	16.0
	10 gün üzeri	21	21.0
Hastaneye Yatış Sayısı (X =2.51±3.04 Min:1 Maks:19 Ortanca:1)	İlk kez	57	57.0
	2-3. kez	28	28.0
	4-5. kez	4	4.0
	6-7. kez	2	2.0
	8. kez ve üzeri	9	9.0
Tıbbi Tanısı	Kronik hastalık	30	30.0
	Akut hastalık	26	26.0
	Ameliyat	37	37.0
	Acil tedavi	7	7.0
Bağımlılık Durumu	Yatağa bağımlı (bağımlı)	6	6.0
	Tuvalete gidebilir (yarı bağımlı)	19	19.0
	Dolaşabilir (bağımsız)	75	75.0
Refakatçi Varlığı	Refakatçi var	48	48.0
	Refakatçi yok	52	52.0
Toplam		100	100.0

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; hastaların bakım kalitesi açısından en yüksek alt ölçek puan ortalamasının, "Mesleki Uygulamalar: hastaya verilen bakımın, hemşirelik mesleğinden beklenen inisiyatif ve sorumluluğa uygun olma" ortalama puanı (2.62±0.59) olduğu, en düşük alt ölçek puan ortalamasının ise, "Psiko-Sosyal Birey: psiko-sosyal birey olarak hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler" in ortalama puanı (2.36±0.48) olduğu saptanmıştır. Hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" toplam puan ortalaması 2.45±0.39 "pek iyi değil" olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta bakım kalitesi ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=100)

Hasta Bakım Kalitesi Alt Ölçekleri ve Toplam Ölçek	X	Ortanca	SS	Min	Maks
Psiko-Sosyal Birey: Psiko-sosyal birey olarak hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetler	2.36	2.33	0.48	1.47	3.53
Fiziksel: Birey olarak hastanın fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik faaliyetler	2.43	2.46	0.56	1.27	3.53
Genel: Genel olarak hastaların psiko-sosyal ve fiziksel gereksinimlerinin ya da aynı anda ikisinin birden karşılanmasına yönelik faaliyetler	2.41	2.38	0.52	1.31	4.44
İletişim: Hasta adına iletişim kurma faaliyetleri	2.42	2.43	0.50	0.86	3.43
Mesleki Uygulamalar: Hastaya verilen bakımın hemşirelik mesleğinden beklenen insiyatif ve sorumluluğa uygun olması	2.62	2.57	0.59	1.43	3.86
Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	2.45	2.46	0.39	1.54	3.32

Hastaların bakım kalitesi açısından en yüksek alt ölçek puan ortalaması "Mesleki Uygulamalar" Alt Ölçeği (2.62 ± 0.59) olarak bulunmuştur (Tablo 3). Çalışmanın yapıldığı dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşireler, hasta merkezli çalıştıklarını ifade etmelerine rağmen, yaptıkları uygulamalar ve çalışma şekilleri itibariyle iş merkezli çalıştıkları gözlenmiştir. Çalışma bulgularına göre, hastaya gerekli hemşirelik girişimlerinin ve uygulamalarının yapıldığı sonucu ortaya çıkmıştır.

Hastaların bakım kalitesi açısından en düşük alt ölçek puan ortalaması "Psiko-Sosyal Birey" Alt Ölçeği (2.36 ± 0.48) olarak saptanmıştır (Tablo 3). Bakım yönteminin kalite düzeyini etkileyebileceği Olgun (1994), Özmen (1996) ile Eichhorn ve Frevert (1979) tarafından bildirilmiş olup, hasta merkezli hemşirelik bakım yönteminin kaliteyi arttırdığını yaptıkları çalışmalarda ortaya koymuşlardır (Özmen, 1996; Olgun 1994; Eichorn ve Frevert, 1979). Bu çalışmada, hastaya bir birey olarak psiko-sosyal yaklaşımların yetersiz olmasının; hemşirelerin iletişim konusunda yeterince aktif olmamaları, hasta yoğunluğu ve iş yükünün fazla olması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada hastaların "Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği" toplam puan ortalaması 2.45 ± 0.39 "pek iyi değil" olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Olgun'un (1994) yapmış olduğu çalışmada iş merkezli bakım verme yöntemi olan fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile bakım alan hastaların Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 2.93 ± 0.16 olup, "pek iyi değil" olarak belirlenmiştir (Olgun 1994). Özmen' in (1996) çalışmasında ise, fonksiyonel hemşirelik yöntemi ile bakım alan hastaların, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamasını 3.11 ± 0.52 ile "orta" olarak yorumlanmıştır (Özmen, 1996). Bilge Dönmez'in (1999) araştırmasında, Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 2.02 ± 1.11 değeri ile "pek iyi değil" olarak

ifade edilmiştir (Bilge Dönmez, 1999; Bilge Dönmez, 2000:147). Değişik kurum ve zamanlarda yapılan bu çalışmalar hastanelerimizde verilen hasta bakım kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Bunda hemşirelerin iş merkezli çalışmalarının etkisi olduğu söylenebilir. Oysa bilindiği gibi yüksek kaliteli optimal düzeyde bakım almak hasta hakları arasında olup, hasta bakım standardını en üst düzeyde tutmak hemşirenin sorumluluğundadır (Terakye, 1995: 22). Bu nedenle günümüz sağlık bakım uygulamalarında bir an önce kaliteli bakım çalışmalarının hızlandırılması ve yaygınlaştırılması çok önemlidir.

KAYNAKLAR

Polat, Murat Hamza ve Yılmaz, İbrahim Hakan (1996), Power: Şirketler İçin Toplam Kalite Rehberi. Aylık Ekonomi Dergisi, **Power Kitap Serisi-3**, İstanbul. Dünya Aktüel Kitapevi, İstanbul.

Zorlutuna, Yaman (1997), Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, içinde, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara İntermat Basın Yayımcılık San. ve Dış Tic. Ltd. Şti., 17-18 Ekim Ankara, sayfa:185-192.

Yyer, Gülten (1995), Hemşirelik Bakımında Kalite Analizi, içinde, **Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Bildiri Kitabı**, 3-5 Kasım, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, sayfa:30-36.

Algier, Lale ve Yyer, Gülten (1997), Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Geçişte Hemşirelerin Eğitimi, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Haberal Eğitim Vakfı, İntermat Basın Yayımcılık San. ve Dış Tic. Ltd. Şti., 17-18 Ekim, Ankara, sayfa:245-250.

Bilge Dönmez, Ayşegül (1999), **Bir Psikiyatri Kliniğinde Hasta Bakım Kalitesinin İncelenmesi**, Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Kalaça, Sibel (1994), Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Yeniden Keşfi, **IV. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, ME-GA Ltd. Baskıcılık, 12-16 Eylül, İzmir, sayfa: 279-281.

Bilge Dönmez, Ayşegül ve Çam, Olcay (2001), Bir Psikiyatri Kliniğinde Hasta Bakım Kalitesinin İncelenmesi, **I. Uluslararası&VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 29 Ekim-2 Kasım Antalya-Türkiye, sayfa:145-148.

Webster's (1988), Quality, **New Wold Dictionary**, New York, sayfa:109.

Alcan, Zehra- Bölük, I- Erdoğan İ (1998), Hemşirelik Hizmetlerinin Geliştirilmesi Ve Hemşirelikte Güç Sahibi Olmaya Giden Yolda Kalite İndikatörlerinin Rolü, **V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**, (Uluslar arası Katılımlı), 2-4 Temmuz, Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, İzmir, sayfa:189-196.

Nural, Nesrin (1992), Kaliteli Bakım Standardı, **III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Esnaf Ofset Matbaacılık, 24-26 Haziran, Sivas, sayfa:28-34.

Özmen, Dilek (1996), **Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik**

Departmanında Kalite Geliştirme Çalışması: Primer Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Olgun, Nermin (1994), **Primer Hemşirelik Yönteminin Hasta Bakımı ve Hemşirelerin İş Doyumuna Etkisi**, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Dramalı, Alev (1998), Hemşirelik Uygulamalarında Kalite, **Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı**, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 3-5 Haziran, Kayseri, sayfa:63-68.

Timmerman, WG (1995), Hemşirelik Eğitiminde Kalite Ve Standartların Oluşması, **Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı**, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 3-5 Kasım, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, sayfa:12-19.

Norman, Ian - Redfern, Sally - Tomalin, Deborah (1992), Applying Triangulation to the Assessment of Quality of Nursing, **Nursing Times**, Vol: 88, No:8, pp:43-46.

Elibol, Neriman - Kaleli, İlkay - Avdan, Emine -Yağar, Serpil (1998), Hastaların Hemşirelik Bakımından Beklentileri. **VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Uluslararası Katılımlı), Kongre Kitabı**, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Damla Matbaacılık, 14-16 Mayıs, Ankara, sayfa:307-312.

Uzun Aktürk, Özge (1999), Bayındır Tıp Merkezi 1998 Yılı Hemşirelikte Kalite Güvencesi Değerlendirme Çalışmaları, **VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 22-24 Haziran, Erzurum, sayfa:294-296.

Alcan, Zehra (1996), Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, içinde, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Haberal Eğitim Vakfı, Yeni Fersa Matbaacılık, 1-2 Kasım, Ankara, sayfa:123-124.

Archibong, Uduak (1999), Evaluating the Impact of Primary Nursing Practice on the Quality of Nursing Care: A Nigerian Study, **Journal of Advanced Nursing**, Vol.29, No:3, pp:680-689.

Norman, Ian ve Redfern, Sally (1995), The Validity of Qualpacs, **Journal of Advanced Nursing**, Vol: 22, No:6, pp:1174-1181.

Redfern, Sally- Norman, Ian- Tomalin, Deborah (1994), **The Validity of Quality Assessment Instruments for Nursing**, KCL: Nursing Research Unit/ Quality. Department of Health.

Redfern, Sally- Norman, Ian (1995), Quality Assessment Instruments in Nursing: Towards Validation, **International Journal of Nursing Studies**, Vol:32, No:2, pp:115-125.

Tomalin, Deborah- Oliver, Sarah- Redfern, Sally (1993), Inter-rater Reliability of Monitor, Senior Monitor and Qualpacs, **Journal of Advanced Nursing**, Vol:18, No:7, pp:1152-1158.

Tomalin, Deborah- Redfern, Sally- Norman, Ian (1992), Monitor and Senior Monitor: Problems of Administration and Some Proposed Solutions, **Journal of Advanced Nursing**, Vol:17,

No:1, pp:72-82.

Norman, Ian- Redfern, Sally (1996), The Validity of Two Quality Assessment Instruments; Monitor and Senior Monitor, **International Journal of Nursing Studies**, Vol:33, No:6, pp:660-668.

Harvey, Gill (1991), An Evaluation of Approaches to Assessing the Quality of Nursing Care Using (Predetermined) Quality Assurance Tools, **Journal of Advanced Nursing**, Vol: 16, No:3, pp:277-286.

Öncel Kayacık, Şadan (1998), **Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi**, Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Eichhorn, Marsha ve Frevert, Elaine (1979), Evaluation of a Primary Nursing System Using the Quality Patient Care Scale, **The Journal of Nursing Administration**, Vol:9, No:10, pp: 11-15. Terakye, Gülşen ve Ocakçı, Ayşe (1995), **Seçmeler**, 1. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, sayfa:22-23.

ÇALIŞANLARIN KALİTE YÖNETİMİ ALGILARI: BİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ UYGULAMASI

Dr. Dt. H. Cenk Altınöz⁹⁵, M. Fevzi Esen⁹⁶, Dt. Erdal Bilgin¹
Ethem Karçaaltıncaba¹, Bihter Kahyaoğlu¹

Özet

Bu çalışmanın amacı T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde uygulanan Kalite Yönetim Sistemi (KYS) ile ilgili çalışmaların personel tarafından değerlendirilmesidir. Bu amaçla merkezde çalışan 98 kişiye 20 sorudan oluşan mevcut Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili anket uygulandı. Ankette personelin demografik özelliklerinin yanı sıra; personelin kalite yönetim politikalarına bakışı ve KYS'nin iş verimliliğine etkisi, ücret tatmini, kurum yönetiminin etkinliği, yapılan kurum içi eğitim faaliyetlerinin etkileri ve çalışma ortamı yeterliliği / teçhizat yeterliliği gibi faktörler değerlendirilmiştir.

Bu değerlendirmeler yapılırken istatistiki yöntemlere başvurulmuş olup, frekans tabloları dahil; çapraz tablolar, regresyon – korelasyon analizlerinden faydalanılmıştır. Verilerin analizi S.P.S.S 14.0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

Genel olarak KYS ile ilgili kurumda yapılan çalışmaların personel tarafından olumlu algılandığı görülmüş, fakat sisteme ilişkin dokümantasyonun yeterliliği ve mevzuata ulaşabilirliğe ilişkin bir takım geliştirmeler yapılması gerekliliği sonucu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Kalite Yönetim Sistemi

Abstract

The aim of this study was to evaluate the present Quality Management System (QMS) in an Oral and Dental Health Center dependent on Ministry of Health of Turkey with personnel. A sample of 98 personnel participate into study. The questionnaire involved 20 questions about present Quality Management System. In this questionnaire together with personnel's demografic details, overlook's of personel to quality management policies, impaction of QMS to work efficiency, wage satisfaction, efficacy of center's administration, impression's of center's internal activities and sufficiency of work area and equipment were evaluated.

During this evaluation, it's based on statistical methods like frequencies tables; cross-tables, regression – correlation analysis. Data were analyzed by using S.P.S.S 14.0 pocket programme.

95 Konya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, adsmaktif@gmail.com

96 İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, muhammedfevzi@gmail.com

Generally, internal applications of QMS were perceived positive by personnel. But it's needed that accesses to QMS's policies and profiency of system's documents have to be improved.

Key Words: Oral and Dental Health Center, Quality Management System

1. GİRİŞ

Modern kalite kontrol tekniklerini ilk geliştiren Dr. W. A. Shewhart bu konudaki ünlü kitabını 1931 yılında yayınlamıştı. (The Economic Control of Quality of Manufactured Product). İlk kalite ödülü (Deming Kalite Ödülü) 1951 yılında Japonya'da verilmeye başlanmıştır. ABD'de bu tür bir ödül (Malcolm Baldrige Kalite Ödülü) 1986 yılında, Avrupa'da (Avrupa Kalite Vakfı Ödülü) 1992 yılında, Türkiye'de ise (TÜSİAD-KALDER Kalite Ödülü) 1993 yılında verilmeye başlanmıştır. "Kalite" konusunun yaklaşık yarım asır boyunca fazla ilgi görmeyip son 10-15 yıl içinde ön plana çıkmasında en büyük etkenin, giderek artan uluslararası ticaret ve yoğunlaşan rekabet olduğunu söyleyebiliriz.

Günümüzde, gelişen uluslararası rekabet, yeni iş ve yönetim anlayışları örgütleri mükemmeli aramaya yöneltmiştir. Bu arayışlar sonucu ulaşılan noktalardan birisi de "Toplam Kalite Yönetimi'dir(TKY). TKY "çağdaş bir yönetim" düşüncesidir. TKY, genel olarak "güçlü liderlik, katılımcı yönetim ve takım çalışmasının bir bileşimi, hatasız ürün üretme veya müşteri memnuniyeti" olarak tanımlanmaktadır.

Kalite üstünlüğünü sağlamakta etkili bir yönetim olarak ortaya çıkan Toplam Kalite Yönetimi (TKY), bu modeli uygulayan şirketlere önemli avantajlar sağlamış, diğer kuruluşlara da bu modeli benimseme motivasyonunu getirmiştir. Önceleri sanayi kesiminde tutunan TKY, sonraları hizmet sektöründe de uygulanmış, günümüzde ise eğitimde, yerel yönetimlerde, sağlık kurumlarında ve de devlet yönetiminde uygulanmaya başlamıştır.

1.1. Toplam Kalite Yönetimi

1.1.1. Kalite ve Hizmet Kavramı

Sanayileşme ile birlikte kalite kavramı belirgin olarak ortaya çıkmıştır. Pek çok araştırmacı kaliteyi farklı şekillerde tanımlamıştır. Bu tanımlardan bir kaçışöyledir:

- Kalite bir ürün veya hizmetin, belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır. (ISO 8402/TS 9005 Kalite Sözlüğü)
- Kavakoğlu kaliteyi istenen özelliklere uygunluk olarak tanımlamaktadır. (Kavakoğlu, 1999: 10)
- Juran'ın tanımına göre kalite, bir ürünün tatmin etmeyi amaç edindiği tüketici ihtiyaçlarına uygunluk derecesidir (Bolat, 2000: 2)

- Kalite, müşterinin tatminidir. Ürün ve hizmetin ne kadar iyi olduğu konusunda son kararın verdiği memnunluktur. Ayrıca, kalite esnekliktir. Talepleri karşılamak için değişmeyi göze almak ve bu konuda istekli olmaktır.
- Kalite mükemmeli olağandan ayıran şeydir (Ensari, 2002: 9).
- Hizmet, "tüketicilerin, mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalar" olarak tanımlanmaktadır (Mucuk, 1994: 319).

1.1.2. Hizmette Kalite

Hizmet sektöründe kalite için "Hizmet Kalitesinde Denge Üçgeni" göz önünde tutulmalıdır. Bu üçgen eşkenar bir üçgen olup kenarlar ise üç bileşeni ifade etmektedir:

- İnsan,
- İşlemler, çevre ve süreç,
- Teknoloji ve profesyonel özellikler,

Bu bileşenlerden herhangi birisine verilen ağırlık hizmetin kalitesini optimallikten uzaklaştırabilir. Optimal kaliteyi yakalayabilmek için bu bileşenlerin her birine gereken ağırlıkta önem verilmelidir.

1.1.3. Sağlıkta Toplam Kalite

Sağlık, insanların yaşamlarını sürdürmesinde ve yaşam kalitelerinin artırılmasında gereken en temel faktörlerden biridir. Sağlık hizmetinin sunumu, insanların huzurunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bundan dolayı, bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi, tüm ülkenin gelişmişlik düzeyi açısından da önemlidir.

Son yıllarda üretim, hizmet sektörlerindeki özel kuruluşlar ile kar amacı olmayan kamu kuruluşları performanslarını artırabilmek amacıyla toplam kalite yönetimini uygulama çabası içine girmişlerdir (Bozkurt, 2001).

Harvard Üniversitesi araştırmacıları tarafından 1991 yılında yapılan bir araştırmada, ABD'de her yıl yaklaşık seksen bin kişinin tıbbi özensizlik / dikkatsizlik sonucu öldüğü, kötü / özensiz bakımında parasal maliyetlerinin sağlık işletmelerine ilave yükler getirdiği tespit edilmiştir.

Buradan anlaşıldığı gibi, sağlık sistemlerindeki birtakım finansal, organizasyonel ve operasyonel işlemlerdeki aksaklık ve düzensizlikler hem maliyete ek yük getirmekte hem de hastaların tatminini ve de personelin hizmet kalitesini düşürmektedir.

Önceki dönemlerde birçok hükümet sağıktaki maliyetleri üstlenirken, bugün ise organizasyon, yönetim ve kalite ile ilgilenmekte ve birçok ülkede kalite iyileştirme konularında görev üstlenmektedirler (Kunst ve Lemmink, 2000: 1124). Günümüzde devletlerin hizmet sunucusu olarak görev üstlenmesi, sağık sektöründe kalite yönetimi çalışmalarına hız katmaktadır.

1.2. Sağıkta Müşteri Kavramı

Sağık işletmelerinin yapılarının karmaşık olmasından dolayı, literatürde sözü edilen "müşteri" kavramının yorumu sağık sektörü açısından biraz daha farklıdır. Bundan dolayı müşteri kavramının bu sektörde biraz daha heterojen yapıya sahip olduğu söylenebilir (Boonekamp, 1994: 14). Sağıkta sektöründe "müşteri" sadece hizmeti alan hasta olan anlaşılmalıdır. Günümüzde "sağık hizmetleri sürecine katılan tüm kurum ve kişiler" müşteri olarak kabul edilmektedir. (Kavuncubaşı, 2000: 292-293).

Diğer işletmelerde olduğu gibi sağık sektöründe de müşteriler iki kısma ayrılırlar; İç müşteriler, sağık kurumunda çalışan veya kurumla organik bir ilişkisi bulunan herkesi kapsar. Doktorlar, hemşireler, kalite uzmanları, teknisyenler ve idari – teknik personel vb. bu gruba dâhildir. Dış müşteriler ise, sağık kurumundan faydalanan hastalar, refakatçileri, ziyaretçileri, eczaneler ve diğer sağık kurumlarından meydana gelmektedir. Bu kurumlardan faydalanan hastalar birincil müşterilerdir. Kurumda yarı zamanlı çalışan personel ise hem dış hem de iç müşteri olarak gruplandırılabilir (Omachonu, 1991: 31-39).

Toplam Kalite Yönetiminin etkinliği ve başarıya ulaşabilmesi için kurum üst yönetiminin tüm bu uygulamaları benimsemiş olması gereklidir. TKY anlayışına göre her iki (iç ve dış) müşteri grubunun tatmin edilmesi en önemli başarı kriteridir.

2. MATERYAL VE METOD

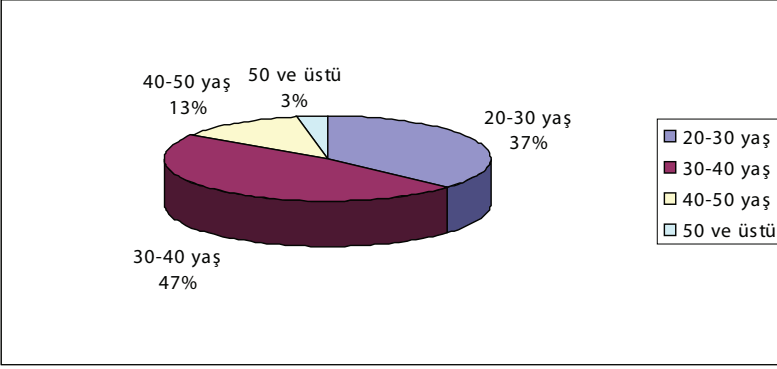
Kamu kurum ve kuruluşları kar amacı taşımasalar da topluma sundukları hizmetlerin kalitesini yükseltmeleri, hizmet alan ve veren kişilerin memnuniyetini artıracaktır. Bu amaçla T.C.Sağık Bakanlığı Konya Ağız ve Diş Sağılığı Merkezi Ekim 2004 yılında Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili çalışmalara kendi personel alt yapısını kullanarak başlamış Şubat 2005'de Türk Standartları Enstitüsünden ISO 9000 Kalite Yönetim Sistem belgesi alınmıştır. Bu çalışmanın amacı T.C. Sağık Bakanlığı'na bağlı bir Ağız ve Diş Sağılığı Merkezinde uygulanan Kalite Yönetim Sistemi (KYS) ile ilgili çalışmaların personel tarafından değerlendirilmesidir.

T.C. Sağık Bakanlığı'na bağlı Konya Ağız ve Diş Sağılığı Merkezinde uygulanan KYS ile ilgili 21 sorudan oluşan anket (Tablo 1) merkezde çalışan 98 kişiye uygulandı. Sonuçlar S.P.S.S 14.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Analizde tanımsal istatistik tabloları, çapraz tablolar, regresyon ve korelasyon analizlerinden faydalanılmıştır.

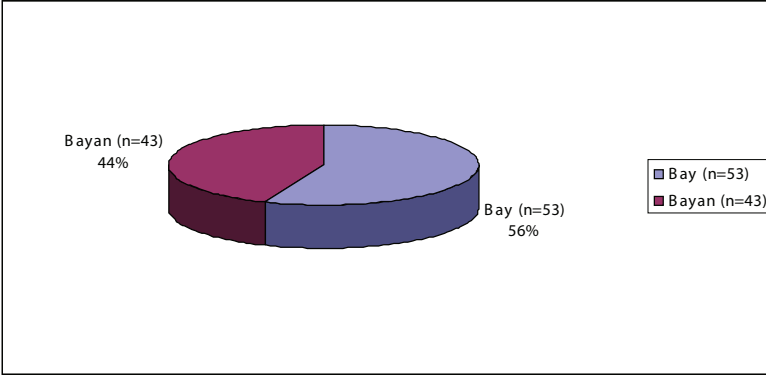
1	YAŞ	
2	CİNSİYET () bay () bayan	
3	EĞİTİM DURUMU () İlkokul () ortaokul () lise () üniversite () yüksek lisans () Doktora	
4	GELİR DURUMU () 0-750 TL () 750-1500 TL () 1500-2000TL () 2000-2500 TL () >2500 TL	
5	KURUMDA ÇALIŞMA SÜRESİ () 0-1 yıl () 2-5 yıl () 5-10 yıl () 10-15 yıl () >15 yıl	
6	Yaptığınız işle ilgili dokümantasyon yeterli mi?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
7	Kurum yönetiminin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
8	İşlerinizde bazen hata yaptığınız oluyor mu?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
9	İşinizi Seviyor musunuz?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
10	Almış olduğunuz ücretten memnun musunuz?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
11	Mevcut şartlarda işiniz daha iyi yapılabilir mi?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
12	Kalite Yönetim Sistemi Uygulamaları işinizi kolaylaştırdı mı?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
13	Kalite Yönetim Sistemi Uygulamaları işinizde etkinliği artırmaya katkıda bulunuldu mu ?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
14	Kalite Yönetim Sistemi Uygulamaları hastane içi otokontrolü iyileştirdi mi?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
15	Kalite Yönetim Sistemi hastane içi çalışma altyapısını geliştirmeye katkıda bulunuldu mu?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
16	Yaptığınız iş için gerekli teçhizat yeterli mi?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
17	Yapılan sosyal etkinlikler yeterli mi?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
18	Kalite Politikamız (vizyon ve Misyon) yeterli mi ?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
19	Bölümünüzde görev dağılımı dengeli mi?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
20	İşinizle İlgili mevzuata kolaylıkla ulaşabiliyor musunuz?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet
21	Yaptığınız işin düzenli ve yeterince planlanmış olduğunu düşünüyor musunuz?	()Kararsız()Hayır()Kısmen() Evet

3. SONUÇLAR

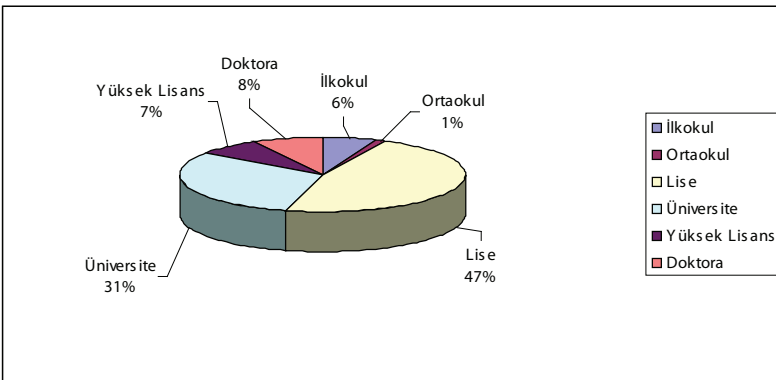
3.1. Yaş



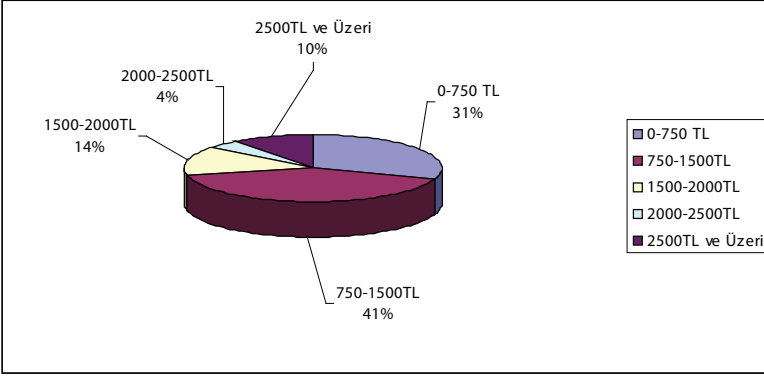
3.2. Cinsiyet



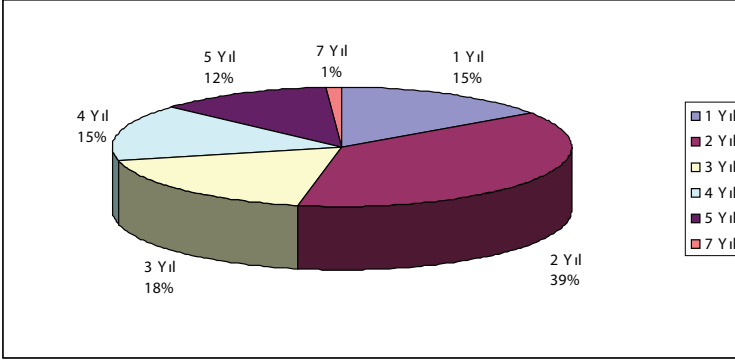
3.3. Eğitim Durumu



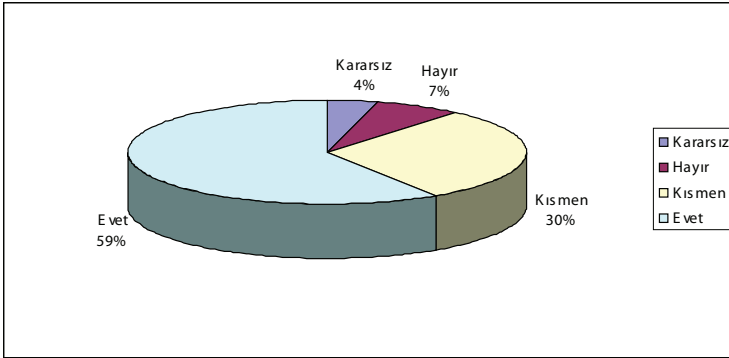
3.4. Gelir Durumu



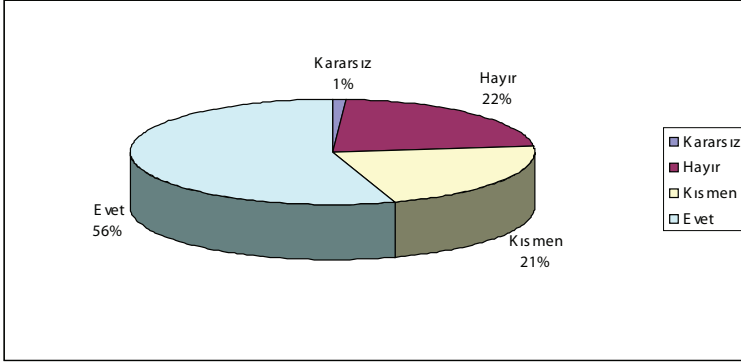
3.5. Kurumda Çalışma Süresi



3.6. Yaptığınız işle ilgili dokümantasyon yeterli mi?



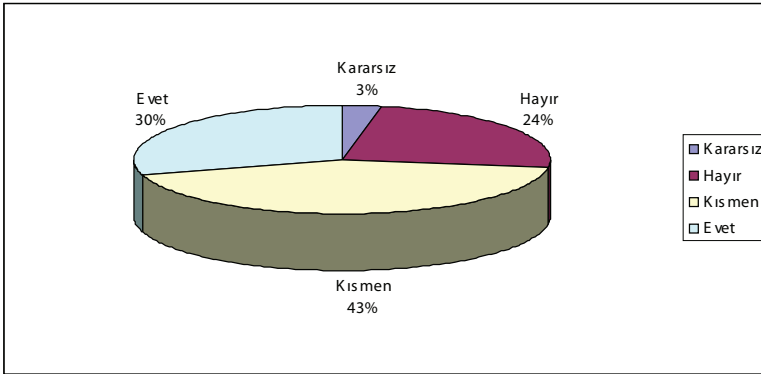
3.7. Kurum yönetiminin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?



En önemli analizden bir diğeri de işlerin işleyişinin düzenli ve planlı olması ile ilgilidir. Bu kapsamda kuşkusuz en büyük görev kurum yöneticilerine düşmektedir. Kuruma yönelik yapılan analizde her 100 kişiden 15 kişinin yönetimin iş planlamasından ve düzeninden memnun olmadığını göstermektedir. Bu oran %15'lik, yani 7 kişiden 1'inin memnun olmadığını göstermektedir. Bu doğrultuda, yönetimin başarılı olduğunu söylemek mümkündür.

Ancak, 1/7 oran kendi içerisinde düşük bir oran gibi gözükmeyle birlikte, 100'de 15 kişinin memnun olmaması diğ er çalışanların motivasyonları üzerine olumsuz etki yapabilir. Dolayısıyla, bu %15 kişinin iş düzeni ve planı konusunda güvenemediği kurum yöneticilerinin çalışma yapması, planlama ve düzene ilişkin istişarelerde bulunması, personeli bu konuda bilinçlendirici ve "ortak" çalışmaların gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

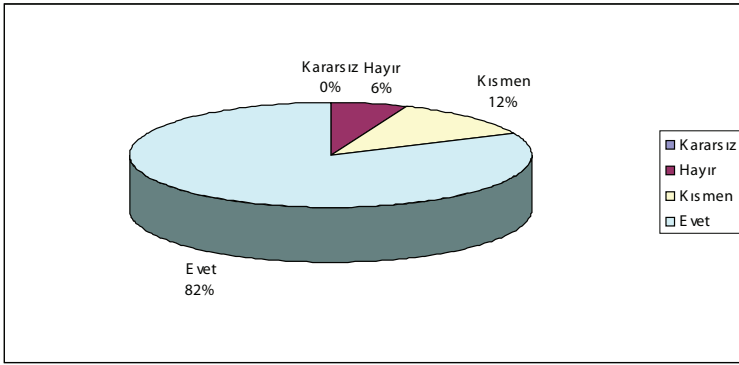
3.8. İşlerinizde bazen hata yaptığınız oluyor mu?



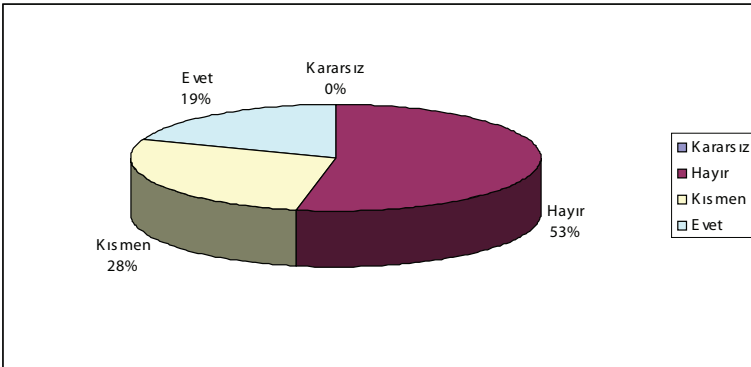
Ankete verilen cevaplardan yola çıkılarak yapılan istatistikî değerlendirmeler sonucu, İşlerde yapılan hata faktörleri arasında %25,4 gibi bir oranla ücret faktörü birinci sırada gelmektedir. Yani işlerde yapılan hataların %25,4 gibi oranı ücretle

açıklanmaktadır. Korelasyon analizleri sonucunda her 4 personelden 1'i işlerinde yaptıkları hatayı almakta oldukları ücrete bağlamaktadırlar. Bu doğrultuda, ücret – hata ilişkisinin doğrudan gözlenemeyeceği ve ilişki barındıramayacağı göz önünde tutulursa; personelin verimlilik analizini yapan kişi/kurumlara ücrete ilişkin bir düzenleme mesajı gönderme amacı taşıdığı açığa çıkmaktadır. Ücret faktörünü %14,9'luk bir oranla eğitimler izlemektedir. Bu yüzden ikincil olarak eğitimlerde kısmi güçlendirmeler yapılmalıdır.(7 kişiden 1'ine). Buna karşılık yapılan iş için sağlanan gerekli teçhizatlar gayet uygun bulunmuş ve personelin sahip olduğu bilgi birikiminin işte hata yapmaya sebebiyet vermediği sonucu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, yapılan regresyon değerlendirmesi sonucu, yapılan işle ilgili bilgiden ve tahsilden çok tecrübe ön plana çıkmaktadır.

3.9. İşinizi Seviyor musunuz?



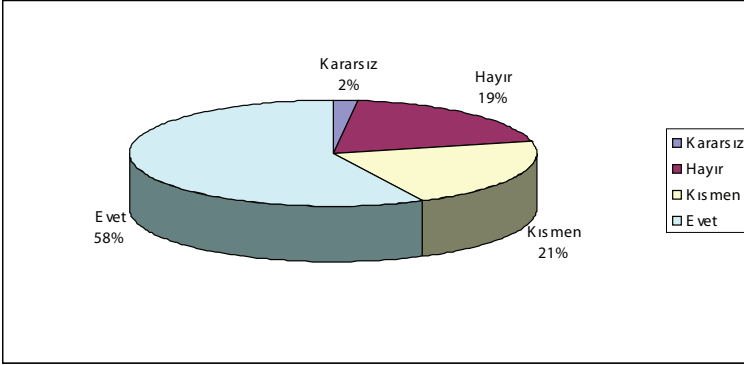
3.10. Almış olduğunuz ücretten memnun musunuz?



Yukarıdaki analiz tablolarına bakıldığında ciddi bir tutarsızlık göze çarpmaktadır. Bu analizlerden ilki olan işinizi seviyor musunuz sorusuna %82'si memnun olduğunu beyan etmiştir. Oldukça memnun edici bu analizin altında yer alan bir diğer analizde ise; çalışanların almakta oldukları ücretten memnun olmadıkları (%53 oranında) gözlenmiştir. Bu hali ile işinden memnun olmakla – almakta oldukları ücretten memnun olmama arasındaki çelişki sorgulanmalıdır. Bu kapsamda, tatmin konusunun

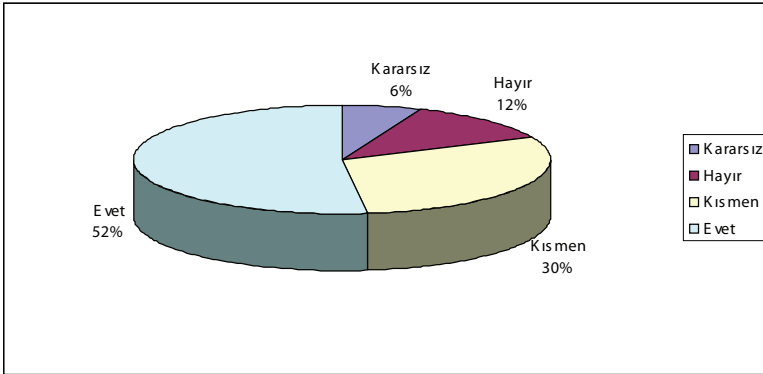
daha detaylı incelenmesi ve ücretten ziyade farklı psikolojik tatmin ve/veya sosyal tatminin gerekliliği göze çarpmaktadır.

3.11. Mevcut şartlarda işiniz daha iyi yapılabilir mi?

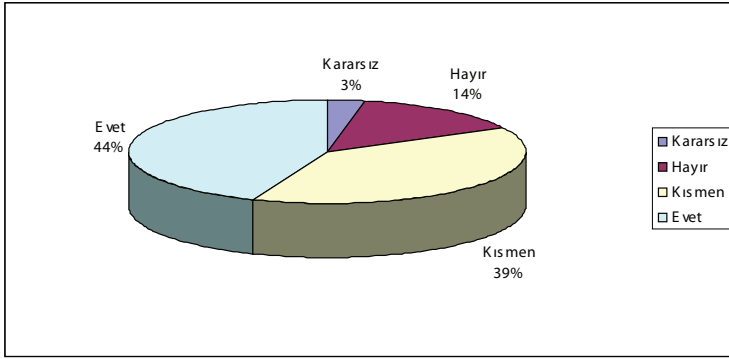


Bu soruya verilen cevabın büyük bir kısmı (yaklaşık %58) mevcut şartlarda işlerin daha iyi yapılabileceğidir. İş iyileştirme için sorulan sorulardaki faktörler olan tahsil, tecrübe, ücret, dokümantasyon, alınan eğitimler ve kalite politikası, yönetim gibi 7 faktörden hangisinin daha fazla iyileştirilmesi gerektiği sorgulanmış ve analiz edilmiştir. Bu analizler sonucunda, Geliştirmeler "kurum yönetimi" düzeyinde yapılmalıdır. Çünkü bu oran %35,7 gibi bir rakamla birinci sıradadır. Bunu ücret (%23,3) ve tahsil (%21,7) geliştirmeleri izlemektedir.

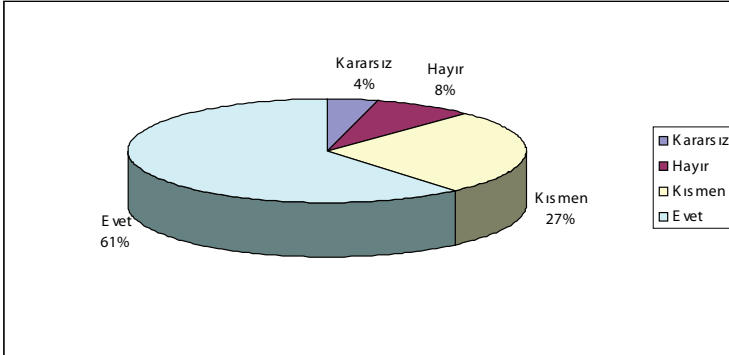
3.12. Kalite Yönetim Sistemi Uygulamaları işinizi kolaylaştırdı mı?



3.13. Kalite Yönetim Sistemi Uygulamaları İşinizde Etkinliği Artırmaya Katkıda Bulunuldu mu?

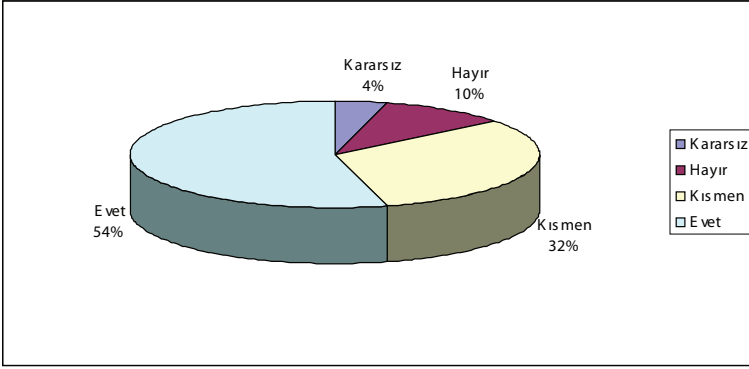


3.14. Kalite Yönetim Sistemi Uygulamaları Hastane İçi Otokontrolü İyileştirdi mi?

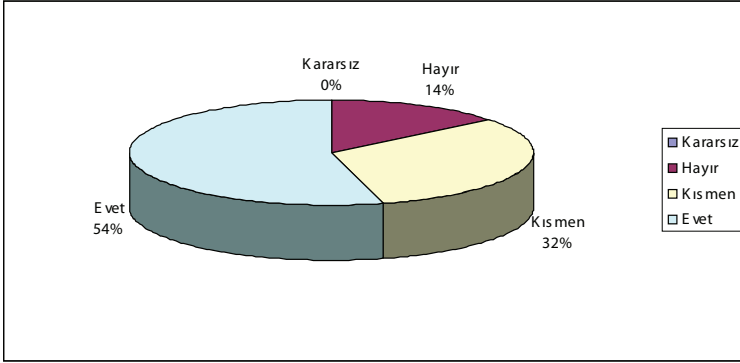


Kalite yönetimi, düşünce taşına hazırlandığı ve çalışmanın her aşamasında otokontrol uygulandığı için, hata maliyetlerinin azalmasına neden olur. Yöneticiler ve kurum çalışanları tarafından yapılacak kontrollerin, maliyetleri de daha iyi eğitim ve motivasyon ile, kararlı bir biçimde yürütülen otokontrollere dolayı güvenilirlik ve güvenin artması nedeniyle azalmaktadır. Bu etkilere ulaşabilmek için, organizasyon, eğitim ve sürekli olarak iyinin peşinde koşma konularına, kalite yönetimine yatırım yapılmalıdır. Analizlerimiz sonucu KYS'nin hastane içi otokontrolleri yaklaşık %88 gibi bir oranla iyileştirdiği görülmektedir.

3.15. Kalite Yönetim Sistemi hastane içi çalışma altyapısını geliştirmeye katkıda bulunuldu mu?

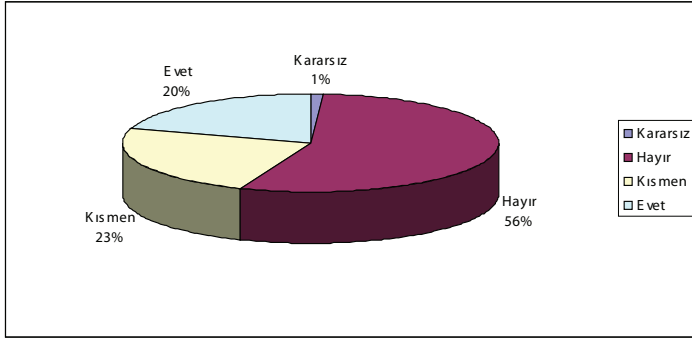


3.16. Yaptığınız iş için gerekli teçhizat yeterli mi?



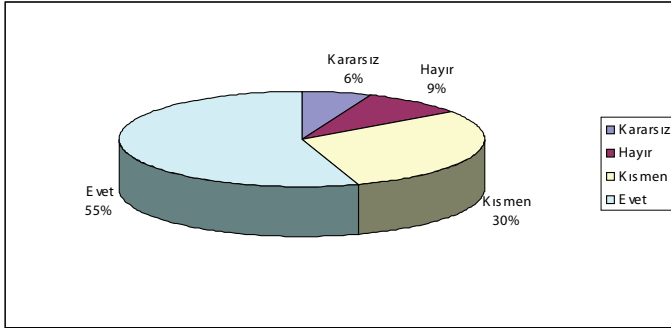
Kalite yönetim süreci çerçevesinde yapılan analizler sonucunda çalışanların pozisyonlarına ilişkin yeterli bilgi birikimine sahip oldukları ve almış oldukları eğitimin yeterli olduğu gözlenmiştir. Bu kapsamda, bulgulara bağlı olarak tavsiye edilen personel işleriyle ilgili birimin kurum içi eğitim faaliyetlerine (operasyonel, yetkinlik, alan vs.) ağırlık vermemesi tavsiye edilmektedir. Yapılacak olan eğitim faaliyetleri başka alanlarda (kişisel gelişim, sosyal beceri ve stres yönetimi) gerçekleştirilebilir.

3.17. Yapılan sosyal etkinlikler yeterli mi?



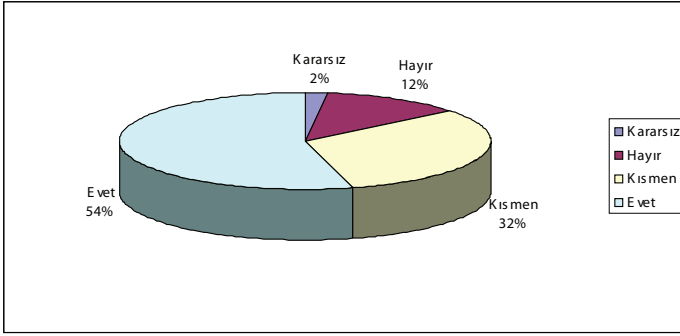
Bu soruya %56 gibi bir kısım hayır cevabını vermişken, %20 gibi bir kısım da evet cevabını vermiştir. Yapılan sosyal etkinlikleri motive aracı olarak görürsek, gerek kurum içi etkinlik, gerek ise pazarlama birleşenleri açısından kurum içi ve kurum dışı sosyal etkinliklere önem verilmelidir.

3.18. Kalite Politikamız (Vizyon ve Misyon) yeterli mi?



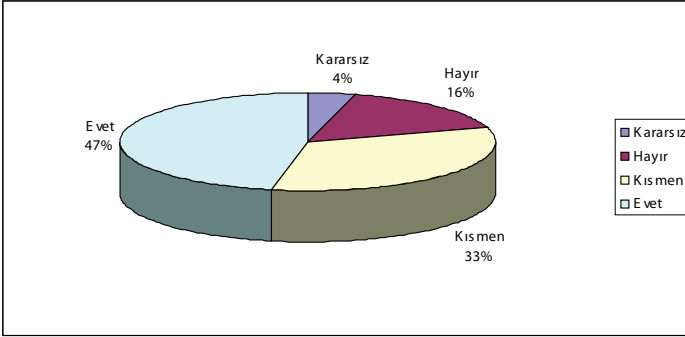
Kalite yönetim sistemi çalışmaları kapsamında yapılan ilk ve etkili çalışmalardan ilki olan misyon ve vizyon çalışmasının çalışanlar nazarında yeterli gibi algılandığı gözlenmiştir. %84.7 oranında yeterli gibi algılanan bu sistemin ve misyon ve vizyon çalışmasının kurumla uyduğu ve çalışanlarca da olumlu şekilde algılandığı gözlenmiştir.

3.19. Bölümünüzde görev dağılımı dengeli mi?



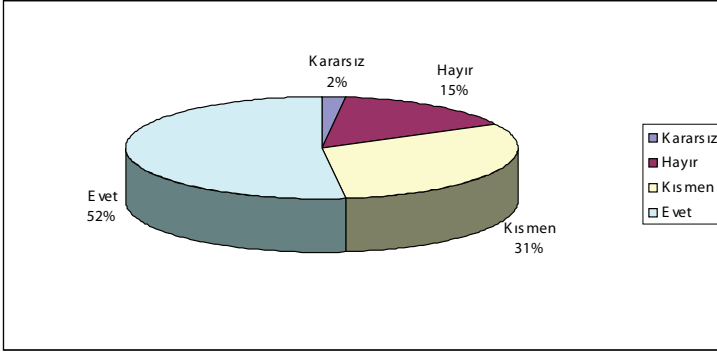
Bu soruya evet verenlerin oranı %54,1 gibidir. Bölümdeki dağılımın dengesiz olması iş performansı ve KYS açısından da önemli bir faktördür. Bu sebepten dolayı bu problemin altında yatan faktörler araştırılmalı ve çözümler üretilmelidir.

3.20. İşinizle İlgili mevzuata kolaylıkla ulaşabiliyor musunuz?



KYS sisteminin getirdiği düzen ve mevzuata ulaşım personel için en büyük yenilik ve iyileştirmeler arasında yer almaktadır. Bu kapsamda KYS sisteminin hastane içi otokontrolü sağlamada en büyük destekçisinin, görev analizi ve sistemler arası iyileştirmeler noktasındaki işlere ilişkin mevzuatlar olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla, çalışanların yaptığı işler ve de KYS ile ilgili mevzuatlara ulaşabilmesi ile ilgili analize bakıldığında %47'lik bir kısmın, işlere ilişkin mevzuatlara rahatlıkla ulaşamadığı, her 2 kişiden 1'inin bu konuda yetersiz kaldığı gözlenmektedir. Süreçlerin iyileştirilmesi, personelin bilgilendirilmesi ve genel manada KYS' ye ilişkin eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir.

3.21. Yaptığınız işin düzenli ve yeterince planlanmış olduğunu düşünüyor musunuz?



Ankete verilen cevaplardan yola çıkılarak yapılan istatistikî değerlendirmeler sonucu, "işlerde yapılan hata" faktörleri arasında %25,4 gibi bir oranla ücret faktörü birinci sırada gelmektedir. Yani işlerde yapılan hataların %25,4 gibi oranı ücretle açıklanmaktadır. Korelasyon analizleri sonucunda her 4 personelden 1'i işlerinde yaptıkları hatayı almakta oldukları ücrete bağlanmaktadır. Bu doğrultuda, ücret – hata ilişkisinin doğrudan gözlenemeyeceği ve ilişki barındıramayacağı göz önünde tutulursa; personelin verimlilik analizini yapan kişi/kurumlara ücrete ilişkin bir düzenleme mesajı gönderme amacı taşıdığı açığa çıkmaktadır. Ücret faktörünü %14,9'luk bir oranla eğitimler izlemektedir. Bu yüzden ikincil olarak eğitimlerde kısmi güçlendirmeler yapılmalıdır.(7 kişiden 1'ine) Buna karşılık yapılan iş için sağlanan gerekli teçhizatlar gayet uygun bulunmuş ve personelin sahip olduğu bilgi birikiminin işte hata yapmaya sebebiyet vermediği sonucu ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak Kamu hastanelerinin; kar amacıyla kurulmamış olması, bir rekabet ortamı yaratılmaması, etkili bir yönetim ve organizasyon ile yönetilmemeleri, insan kaynakları açısından etkinliğin yaratılmaya çalışılmaması, gün geçtikçe artan talebi karşılamanın güçleşmesi, verilen hizmetlerin maliyetlerinin yükselmesi ve bununla birlikte hizmet kalitesinin düşmesi önemli sorun alanları olarak görülmektedir. Görev yetki ve sorumlulukların birbiri ile dengeli olmayışı, stratejik yönlendirmelerdeki eksiklikler, objektif denetim ve gözden geçirmelerde yaşanan sorunlar ve sistematik ve rasyonel eğitim çalışmalarının eksikliği ile iletişim kopukluğu ve motivasyon eksikliği sorunlar arasında yer almaktadır. Rasyonel personel politikalarının uygulanmaması, verimsiz ve uzun iş süreçleri, maliyet artışları, önerilerin dikkate alınmaması, harcanan ek kaynaklar ve iş tatminsizlikleri, diğer önemli etkenler olarak ortaya çıkmakta olduğu görüşü (Asunakutlu, 2004) yaygın olsa da KYS çalışmaları kamudaki bu olumsuzlukları kısmen de gidermeye dönük çözümler üretilmesine katkı sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

Asunakutlu, Tuncer (2004), **Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarında kalite yönetimi, Nihai Rapor**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Bolat, Tamer (2000), **Toplam Kalite Yönetimi: Konaklama İşletmelerinde Uygulanması**, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş, İstanbul.

Boonekamp, L.C.M (1994), "Marketing for Health Care Organizations: An Introduction to Network Management", **Journal of Management in Medicine**, 8 (5), 11-24.

Bozkurt, R. (2001), "Örgütsel Mükemmellik Arayışı: Toplam Kalite Yönetimi", **MPM Verimlilik Dergisi**, Ankara.

Ensari, H. (2002), **21. Yüzyıl Okulları İçin Toplam Kalite Yönetimi**, Sistem Yayıncılık.

Kavakoğlu, İbrahim (1990), "Kaizen", **Kalite Dergisi**, Sayı: 10.

Kavuncubaşı, Şahin (2000), **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kunst, Paul ; Lemmink, Jos (2000), "Quality Management and Business Performance in Hospitals: A Search for Success Parameters", **Total Quality Management**, Vol. 11, No: 8.

Mucuk, İsmet(1994), **Pazarlama İlkeleri**, DER Yayınları, 6.Baskı, İstanbul.

Omoachonu, Vincen K. (1991), **Total Quality and Productivity Management in Health Care Organizations**, Georgia, Industrial Engineering and Management Press.

Sevim, A. (1999), **Toplam Kalite Yönetiminde Bir Araç Olarak Toplam Kalite Maliyet Sisteminin Kurulması**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları; No:1102, Eskişehir.

HASTANELERDE KALİTE İYİLEŞTİRME PROJELERİNİN YÜRÜTÜLMESİ: AKREDİTE BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE YÜRÜTÜLEN PROJE ÖRNEKLERİ

Doç. Dr. Bilçin Tak⁹⁷

Özet

Bu çalışmada PUKÖ (Planla-Uygula-Kontrol Et- Önlem AI) yaklaşımının hastanelerde nasıl uygulamaya geçirilebileceği Toplam kalite Yönetimine ilişkin yazın ve akredite bir üniversite hastanesinin deneyimi esas alınarak incelenmektedir. Bu kapsamda tıbbi kayıt sistemini iyileştirme projesi, poliklinik randevu sürecini iyileştirme projesi, taburcu etme sürecini iyileştirme projesi, kan ve kan ürünü imha oranını düşürme projesi, düşme riskini azaltma projesi gibi örneklerden yararlanılmıştır. Ayrıca, kalite iyileştirme çalışmaları açısından kritik öneme sahip olan üst yönetimin sahiplenmesi, takım çalışması, gerekli komite veya kişileri içeren bir yapının oluşturulması, kalite iyileştirme tekniklerine ilişkin eğitimlerin verilmesi ve kalite iyileştirme / hasta güvenliği planı gibi politikaların yayınlanması gibi faktörler tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kalite İyileştirme Projesi, PDCA Döngüsü, Kalite İyileştirme Takımları, Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Politikası

Abstract

This study attempts to explain how PDCA approach can be applied in hospitals based on TQM literature and on quality improvement project examples such as medical records system improvement project, outpatient appointment process improvement project, discharging process improvement project, decreasing the percentages of wasted blood and blood products, decreasing fall risks project conducted in an accredited university hospital in Turkey. Critical success factors for quality improvement in healthcare such as top management commitment, team working, creating an infrastructure for quality improvement activities, education and training on quality techniques, and the importance of developing a quality improvement and patient safety policy are also discussed.

Key Words: Quality Improvement Project, PDCA Cycle, Quality Improvement Teams, Quality Improvement Plan, Patient Safety Plan

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde kalite, hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerini karşılayacak hizmetlerin çağdaş tıp bilgisine uygun olarak sunulmasıdır. Bu nedenle kalite durağan değildir ve hasta ve yakınlarının beklentilerindeki değişim dikkate alınarak

97 Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

sürekli iyileştirilmesi gereklidir. Juran'a göre kalite yaratılır, korunur ve iyileştirilir. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) yazınında "Juran Üçlemesi" olarak bilinen bu yaklaşım kalitenin sürekli iyileştirilmesini ifade etmektedir. Ancak, Kalite Yönetim Sistem belgesine sahip ve/veya akredite hastaneler bile mevcut kalite düzeyini koruma ve iyileştirme konusunda sıkıntılar yaşamaktadırlar. Bu nedenle hastanelerde sistematik bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. TKY yazını kalite iyileştirme çalışmaları için PUKÖ (Planla-Uygula-Kontrol et- Önlem al) yaklaşımına vurgu yapmaktadır. Özel ve kamu kuruluşlarının uygulama deneyimleri de bu görüşü desteklemektedir.

2. KALİTE İYİLEŞTİRME METODOLOJİSİ OLARAK PLANLA-UYGULA-KONTROL ET- EYLEME GEÇ (PUKÖ) YAKLAŞIMI

Kalite iyileştirme faaliyetleri kalite araç ve teknikleri kullanılarak sistematik bir yaklaşımla hasta ve yakınlarının memnuniyetsizliği, süreçlerin hedeflendiği şekilde yürütülememesi, kaynak israfı gibi problemler alanlara odaklanmalıdır. PUKÖ döngüsü problemlerin çözülmesi ve süreçlerin iyileştirilmesi amacıyla metodolojik bir yaklaşım sunmaktadır. Bu kapsamda ortaya çıkan aksaklıkların bir iyileştirme fırsatı olarak değerlendirilmesi, suçlu veya sorumlu aranmaması, söz konusu istenmeyen sonucun sistemdeki hangi aksaklıklardan kaynaklandığı ve nasıl ortadan kaldırılabileceği üzerinde yoğunlaşılmasını gerektirmektedir. Böylece kalite araç ve teknikleri kullanılarak PUKÖ döngüsünü esas alan bir sistematik kuruluşa yerleşmesi mümkün olmaktadır. Doğal olarak iyileştirme çalışmaları sonucunda iş akış sistemi veya süreçler yeniden tasarlanabilir, bazı durumlarda yeni süreçler, işlem adımları veya prosedür ve talimat gibi yeni dokümanlar sisteme eklenebilir. Ayrıca gerekli ise insan, teknoloji, bilgi kaynakları tahsis edilmesi söz konusu olabilmektedir. Son olarak planlanan iyileşmenin sağlanıp- sağlanmadığının ölçülmesi ve izlenmesi önem taşımaktadır.

PUKÖ yaklaşımı aşağıda açıklanan dört adımdan oluşmaktadır:

- **Planla:** Bu aşamada problem tanımlanır, analiz edilir ve olası çözümler üretilir.
- **Uygula:** Planlama aşamasında tespit edilen çözüm pilot olarak uygulanır. Örneğin yeni tasarlanan bir süreç sadece bazı kliniklerde uygulanarak test edilebilir.
- **Kontrol Et:** Pilot uygulama sonucunda istenen sonuçlara ulaşıp- ulaşılmadığı değerlendirilir.
- **Önlem Al:** Projeden beklenen sonuçlara ulaşıldıysa uygulama tüm hastaneye yayılır. Yukarıda da belirtildiği gibi iyileştirme projeleri süreç akışının yeniden tasarlanması, prosedür ve talimatların revize edilmesi veya sürecin etkinliğini arttırmak için bazı işlemlerin eliminasyonu ile sonuçlanabilmektedir. Ancak, istenen sonuçlara ulaşılmadıysa tekrar planla aşamasına dönülerek alternatif bir yol haritası oluşturulur.

3. HASTANELERDE YÜRÜTÜLECEK KALİTE İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARI AÇISINDAN ÖNEM TAŞIYAN KRİTİK BAŞARI FAKTÖRLERİ

Hastanelerde kalite iyileştirme çalışmalarından başarılı sonuçlar alınması için aşağıda belirtilen unsurlar kritik önem taşımaktadır.

3.1. Üst Yönetimin Kalite İyileştirme Çalışmalarını Sahiplenmesi

Hastanelerde yürütülecek kalite iyileştirme çalışmalarının üst yönetimin gözetimi altında yürütülmesi gerekmektedir. Kalite kurulu/konseyi gibi bir üst yönetim ekibinin bu faaliyetlerin sorumluluğunu üstlenmesi ve kalite iyileştirme faaliyetleri için genel bir çerçeve oluşturması ve rehberlik etmesi amacıyla kalite iyileştirme ve /veya hasta güvenliği planını öncelikle yürürlüğe koyması hayati öneme sahiptir. Üst yönetim bu kapsamda kuruluş hedeflerini, performans ölçüm sonuçlarını, hasta ve yakını memnuniyet ve şikayetlerini inceleyerek gerekli iyileştirme ve kaynak tahsis kararlarını alabilecektir. Ayrıca üst yönetim, gelecek dönemde iyileştirme çalışmalarının hangi alanlarda odaklanacağını belirlemek zorundadır. Bu önceliklendirmede hasta bakımı açısından kritik önem taşıyan, çok sayıda hastayı ilgilendiren, niteliği gereği yüksek risk taşıyan, problem yaratma potansiyeline sahip alanlar ve hizmetler üzerinde dikkate alınmalıdır.

3.2. Kuruluş Ölçeğinde Katılımın Sağlanması

Kalite iyileştirme çalışmaları hasta bakım hizmeti sunan ve bu hizmetlerin sunumunu destekleyen tüm AD/BD, birim ve bölümlerin topyekûn katılımı ile gerçekleştirilir. Hiçbir hizmet birimi veya personel kalite iyileştirme çalışmaları kapsamı dışında kalmaz. Kuruluş ölçeğinde koordinasyon sağlamak amacıyla mevcut örgütsel yapılanmaya paralel olarak üzüm salkımı şeklinde bir kalite örgütlenmesi yaratılarak departman/ klinik ve birim kalite kurullarının oluşturulması etkin sonuçlar yaratabilir.

3.3. Gerekli örgütsel yapılanmanın oluşturulması ve sorumluların belirlenmesi:

Kalite iyileştirmeye yönelik çalışmaların operasyonel boyutta, günlük rutin işin bir parçası olarak yürütülebilmesi için bir komite oluşturulması veya kalite koordinatörü gibi bir kişinin sorumlu olarak atanması gerekmektedir. Bu komite veya kişi aşağıda sıralanan faaliyetlerin sorumluluğunu taşıyacaktır:

- Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği faaliyetlerinin kuruluş ölçeğinde koordinasyonunu sağlamak,
- Kalite iyileştirme çalışmaları hakkında üst yönetimi ve kalite kurulları aracılığıyla tüm kuruluşu düzenli şekilde bilgilendirmek,
- Performans ölçüm sonuçlarına göre ortaya çıkan eğilimleri analiz etmek ve öncelikli iyileştirme alanlarını belirlemek,

- Kalite kurullarından gelecek süreç iyileştirme projelerini değerlendirmek ve veri/ uzmanlık vb. desteği sağlamak,
- Personelin kalite iyileştirme projelerini yürütebilmeleri için gerekli kalite araç ve teknikleri hakkında eğitimlerini planlamak,
- Hizmet kalitesini sürekli iyileştirmeye ve hataları azaltmaya yönelik bir kültürü yerleştirmek amacıyla proje paylaşım toplantıları ve kampanyalar düzenlemek,
- Düzeltici önleyici faaliyet isteklerini, uygun olmayan ürün/hizmet bildirimlerini, ilaç uygulama hata bildirimlerini, beklenmeyen olayları değerlendirilmek, sebep sonuç analizini yapmak ve gereken durumlarda iyileştirme faaliyetleri planlayarak uygulamak.

3.4. Kalite İyileştirme Metodolojisi ve Kalite Teknikleri Eğitimlerinin Verilmesi

Kalite iyileştirme çalışmalarının bilimsel bir sistematığe dayalı olarak yürütülmesi için kalite iyileştirme araç ve teknikleri konusunda eğitimlerin verilmesi hayati öneme sahiptir. Bu kapsamda öncelikle üst yönetim, departman/klinik yöneticileri, hemşirelik hizmetleri yöneticileri ve klinik sorumlu hemşirelerinin eğitime tabi tutulması fayda sağlayacaktır. AD/BD Kalite kurulları başta olmak üzere kalite araç ve tekniklerine yönelik eğitimler kademeli olarak tüm kuruma yayılması gerekmektedir. Kalite iyileştirme tekniklerine ilişkin eğitimlerin yetkin ve deneyimli eğitimlerce verilmesi de bir diğer kritik unsurdur.

KAYNAKLAR

Josef M JURAN, Juran on Leadership for Quality: An Executive Handbook. New York: The Free Press, 1989

Josef M JURAN, Frank GRAYNA, Quality Planning and Analysis. USA: Mc Graw Hill, 1988

David GARVIN, Managing Quality: A Strategic and Competitive Edge, Free Press 1988

Armand FEIGENBAUM, Total Quality Control, Mc Graw Hill, 1991

Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Kalite İyileştirme Planı, Revizyon no: 2, Bursa, Türkiye, 2007

Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Hasta Güvenliği Planı, Revizyon no: 2, Bursa, Türkiye, 2007

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ÇALIŞMALARININ HASTA MEMNUNİYETSİZLİĞİNE ETKİLERİ: HASTA HAKLARI ÖRNEĞİ

Yrd. Doç. Dr. Atila Karahan⁹⁸, Mustafa Lamba⁹⁹

Özet

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de ürün ve hizmet kalitesinin artırılması çalışmaları, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında sunulmaya başlanmasıyla giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi (TKY) çalışmalarının amacı hizmet alanlara daha kaliteli, hızlı ve güvenilir sağlık hizmeti sunarak hasta memnuniyetini artırmak ve memnuniyetsizlik düzeyini en aza indirebilmektir. Hasta ve yakınlarının memnuniyetsizliklerinin en açık ifade edildiği ortamlar Hasta Hakları Birimleridir. Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Hasta Hakları Birimine (HHB), kalite (ISO9001) çalışmaları öncesi ve kalite çalışmaları sonrasında yapılan başvurular incelendiğinde Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları ile, HHB'ye yapılan başvurularda, idari yapıdan kaynaklanan sorunlarda ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlarda azalma olduğu görülmüştür. Böylece TKY çalışmalarının A.K.Ü. Hastanesinde hasta memnuniyetsizliğini azaltıcı etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Toplam Kalite Yönetimi, Hasta Hakları, Memnuniyetsizlik

Abstract

Like all sectors also in health sector increasing of product and service quality studies going on very significant subject and this is for market conditions of health services. Aim of Total Quality Management (TQM) studies in hospitals supplying speed and security health services to increase patient pleasure and also decreasing displeasure in bottom level. Declaration place which the displeasure patients and their family is Patient Rights Units. With analyzing in Afyon Kocatepe University Hospital Patients Rights Unit (HPU) before and after studies with Total Quality Management studies the application decreasing regarding problems source of management structure and health services. So TQM studies in AKU Hospital is getting result of patient displeasure is decreasing.

Key Words: Total Quality Management, Patient Rights, Displeasure

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında sunulması ile gerek kamu gerekse özel sektörde yoğun bir rekabet ortamı oluşmuştur. Rekabet ortamında başarılı

98 Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Yüksekokulu, atikarahan@hotmail.com

99 Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, mslamba@aku.edu.tr

olabilmenin koşulu ise daha kaliteli ve hızlı hizmet sunabilmekten geçmektedir. Bu nedenle hastanelerde kalite iyileştirme çalışmaları büyük bir hızla ilerlemektedir. Tıbbi ve teknolojik gelişmelerin takip edilmesi, hızlı, güvenilir ve kaliteli hizmet sunulması, hem çalışan hem de müşteri (hasta) memnuniyetinin sağlanması TKY çalışmalarının özünü oluşturmaktadır. Memnuniyet düzeyinin artırılması ile yaşanan sorunlar azalmakta dolayısıyla memnuniyetsizlikler azalmaktadır.

TKY uygulamalarının Türkiye’de başlangıcı, 1986 yılında birkaç sanayi kuruluşunun öncülüğünde başlamış, fakat asıl yayılma olgusu TÜSİAD ve KALDER’in etkili olduğu kurumsal bağlamın, 1990’lı yılların başlarında oluşmasından sonra gerçekleşmiştir (Özen, 2002: 47-48). Diğer sektörlerin yanı sıra, sağlık sektöründe de TKY ve kalite yönetim sistemlerine dünya genelinde yaygın ilgi duyulmaya başlanması, yine özellikle 1990’ların başından itibaren gözlemlenen bir olgudur. Türkiye’de ise TKY’nin, sağlık hizmetleri uygulamalarında, dünyadaki gelişmelerin gerisinden takip edildiği görülmektedir. Bu bağlamda, ilk defa 1996 yılında, Ankara’da faaliyet gösteren iki özel hastane ISO 9001 belgesi almıştır (Şahin, 2001: 8).

2. TEMEL KAVRAMLAR

Sağlık hizmetlerinde son yıllarda yoğun bir uygulama alanı bulan Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları ile hastanelerin oluşturmak zorunda oldukları Hasta Hakları Birimleri hakkında kısa bilgiler vermek gerekmektedir.

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetlerini yerine getirenler ve bu konuda araştırma yapanlar için sağlık hizmetlerinin ve sağlık hizmeti kalitesinin uygun bir tanımını yapmak oldukça zordur. Çünkü her tanım özel bir sorun için yapılmıştır (Deming, 1996: 140).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelir. Sağlık hizmetleri, sağlık kurumları tarafından sunulur. Sağlık kurumları, ürettikleri temel sağlık hizmetleri ölçüt alınarak sınıflandırılır. Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört ana grupta toplanır. Hastaneler, temel işlevi olan tedavi hizmetlerinin sunumu yanında, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de sağlar. Dünya nüfusunun artması, insan faktörüne giderek daha fazla önem verilmesi sonucu hastanelere olan talepte büyük bir artış olmuştur (Kurt ve Rakish, 1988: 2).

Günümüzde yaşanan hızlı değişim ve gelişime uyum çabası, rekabet ortamı ve mevcut ekonomik koşullar TKY olgusunu gündeme getiren faktörler olarak değerlendirilmektedir (Özsarı 1997: 10). Üretim ve hizmet sektörlerinde TKY uygulamalarındaki başarılı sonuçlar sağlık sektörünü de harekete geçirmiş ve 1980’li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerin hastane hizmetlerinde hızlı bir yayılma göstermiştir (Çoruh, 1994: 112).

Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine ait özellikleri nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini arttırmaktadır (Çiçek ve Koyuncu, 2006: 128).

Mükemmellik anlayışının ve TKY'nin temel kavramları sağlık sektöründe de geçerlilik göstermektedir. Müşteri odaklılık, kurumsal sosyal sorumluluk, sonuçlara yönlendirme, işbirliklerini geliştirme, liderlik ve amacın tutarlılığı, süreçlerle ve verilerle yönetim, çalışanların geliştirilmesi ve katılımı, sürekli öğrenme, yenilikçi ve iyileştirme (Kömürcü, 2007).

Donabedian, sağlık hizmetlerinde kalitenin bazı özelliklerini; etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık, eşitlik gibi başlıklar altında sıralamıştır. Donabedian bu gruptandırmaya başka bir çalışmada etkenlik maddesini de eklemiştir (Donabedian, 1995: 200).

Donabedian tarafından geliştirilen ve üç ögeyi içeren yapı-süreç ve sonuç (çıktı) yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü olan kaliteli bakım hizmeti kriterlerini içerir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmeti talep eden kurum, toplum veya kişinin ihtiyaç ve isteklerini karşılamanın yanında, bilimsel ve teknik olanakların kullanımını da içermektedir (Neil ve Douglas, 2001: 401).

Sağlık hizmetleri de diğer hizmetler gibi bir üretim süreci içinde üretilir ve sunulur. Bu süreç içinde hizmet kalitesinin etkilendiği pek çok değişken vardır. Hastanelerde oluşan kalitesizlik sorunları, hasta güvenliğini de ön plana çıkarmıştır. Yapılan çalışmalar sağlık kuruluşlarının verimliliği, etkinliği arttırmak ve yüksek performans ulaşmak için bazı özelliklere sahip olması gerektiğini ortaya koymuştur. Buna göre bir hastanede; yüksek standartlar ve hedefler belirlenmiş olmalıdır, bilgi verme ve geri bildirim yapılmalıdır, bölümler arası koordinasyon ve kaynak paylaşımı sağlanmalıdır, verimlilik ve etkililik için uygun sistemler oluşturulmalıdır, istihdam iyi yapılmalı ve çalışanların konsantrasyonu sağlanmalıdır ve çevresel baskılarla mücadele edecek bir yönetim grubu oluşturulmalıdır (Özgülbaş, 2005: 136-137).

Kalite geliştirme çalışmaları uzun zaman alan inanç, süreklilik ve birlikte çalışma gerektiren zorlu bir süreçtir. Sağlıkta, müşteri ihtiyaçları diğer sektörlerde göre daha karmaşıktır. Bu sebeple, sağlık kuruluşu müşterilerinin ihtiyaçlarına karşı çok daha hassas davranmak konusunda büyük sorumluluklar taşımaktadır. Sağlık sektöründe, müşteriye hizmetin sunulması için farklı bölümler birlikte çalışmak zorundadır. Kaliteli hizmetin sunumu için bölümler arası ilişkiler etkili bir şekilde işletilmelidir (Çiçek vd., 2006: 140).

Kaliteli sağlık hizmeti; hastanın fiziksel yapısında ve fonksiyonlarında, ruhsal durum ve zihinsel yeteneklerinde mümkün olan en kısa sürede bir iyileşme yaratır, insan sağlığının geliştirilmesi, hastalıklardan bedensel ve zihinsel özürlü olmaktan korunması ve bu gibi sonuçlar doğuracak şartların erken teşhisini ve tedavisini sağlar, hizmetin gereğinden uzun zamanda sürmemesi, gereksiz kesintiye uğramaması ve

zamanından önce bitirilmemesini sağlar, hizmet sürecince hastaya ait alınan kararlar ve sonuçlarına ilişkin bilgi verilmesini ve onunla işbirliği kurulmasını sağlar, tıp biliminin doğruluğu kanıtlanmış prensiplerine dayanır ve ilgili diğer bilimsel, teknolojik ve uzmanlık alanlarından yararlanır, hastanın sağlık durumu ile ilgili yeterli ve güvenilir kayıtların oluşturulmasını ve bu sayede hizmetin sürekliliğini ve izlenebilirliğini sağlar, sağlık sisteminin tıbbi, teknolojik, beşeri ve finansal kaynaklarının en verimli bir biçimde kullanılabilmesine olanak sağlar, çalışanların uyumlu, bir arada koordineli şekilde çalışması ile üst ilişkilerinin gelişmesine katkıda bulunur, genel performansta iyileştirme sağlar, çalışanlar arasındaki ilişkilerin daha iyi düzeye gelmesini sağlar, üretkenliği artırır, hasta memnuniyetinin artmasını sağlar, karlılığı yükseltir, laboratuvar tetkik sürelerinin kısalmasını sağlar, ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesini sağlar, hastane enfeksiyon oranını düşürür, hatalı ilaç verme oranını azaltır ve hastanenin hem klinik hem de yönetsel anlamda daha kaliteli hizmet vermesini sağlar (Özer, 2003: 45).

Dünyadaki son gelişmeler; girdi (sunucu) odaklı olmaktan hasta odaklı olmaya, sonuç odaklı olmaktan süreç odaklı olmaya kuruluşları zorlamaktadır. Hizmeti yönlendirmede kullanıcıların düşüncelerine yer verilmez ise mevcut durumla yetinen daha fazlasını istemeyen kurumlar haline gelinir. Aynı düşünceyi mesleki uygulamalar içinde sağlık profesyonellerinin birbirine karşı rollerini yerine getirirken de düşünülmelidir. Sağlık hizmetlerinin kapsamı düşünülünce hizmet verilenler sadece hasta olan bireylere değil, sağlıklı kişilere de danışmanlık ve koruyucu sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Sonzura kaliteyi "Hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik veya bilimsel olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin bir araya konması" şeklinde tanımlamıştır. Roemer ve Montoya-Aguilar sağlık hizmetlerinde kaliteyi "Kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi" şeklinde tanımlamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinde kalite göstergeleri; hizmetin ulaşılabilirliği, güvenilirliği, doğruluğu, yeterliliği, yetkin kişilerce verilmesi, anlaşılabilirliği, güvenliği, esnekliği, sürekliliği ve uygun zamanda yapılmasıdır (Yorulmaz, 2001: 7).

Toplam Kalite Yönetimi son yıllarda sağlık sektöründe giderek yaygınlaşmaktadır. Yapılan çalışmalar sağlık sektöründe hizmetlerin bir bütün olarak iyileştirilmesi anlayışına dayanmaktadır. Günümüzde sağlık sektöründeki mevcut kalite sistemi gözden geçirilerek bu yapının Toplam Kalite Yönetimi anlayışıyla bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü Toplam Kalite Yönetimi, bir kuruluştaki faaliyetleri sürekli iyileştiren kurum çalışanlarının gönüllü katılımını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikâyetleri en aza indiren çağdaş bir yönetim stratejisidir. Bu stratejinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanabilmesi için gerekli iyileştirme çalışmaları yapılması gerekmektedir (Demir ve Sevilay, 2002: 67).

2.2. Hasta Hakları Kavramı ve Uygulamaları

Hasta hakları, esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bir başka deyişle, insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme,

güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşamda saygı görme gibi ilkeler hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır. Benzer şekilde, herkesin yeterli sağlık bakımı ile sağlığının korunması ve mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşması, temel insan hakları arasında bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, ulaşılabilir ve sürekli olması ise, hasta haklarının en önemli amacını oluşturmaktadır (Hatun, 2008). Hasta haklarının geliştirilmesi için gösterilen çabaların diğer amaçları şunlardır (Karadağ vd., 2006):

- Hastalara sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma konusunda yardımcı olmak ve sistemle ilgili sorunların olumsuz etkisini azaltmak.
- Hastalarla sağlık personeli arasındaki yararlı ilişkiyi desteklemek ve geliştirmek; özellikle de hastaların sağlık hizmeti sürecine daha aktif katılımını cesaretlendirmek.
- Hasta kuruluşları, sağlık personeli ve sağlık yöneticileri arasındaki iletişim için yeri fırsatlar yaratmak, var olanları güçlendirmek.
- Temel insan haklarının korunmasını sağlamak, hasta çocuklar, psikiyatrik hastalar, yaşlılar ve ağır hastalar olmak üzere tüm hastalara sunulan hizmetin insancılaştırılmasını geliştirmek.

Dolayısıyla hasta memnuniyetini sağlayıcı tedbirler hayata geçirilmelidir.

2.3. Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Hakları İlişkisi

TKY çalışmalarının tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık kurumlarında da müşteri memnuniyetini ve kaliteli hizmet anlayışını temel alan felsefesi, hizmet alanların memnuniyetlerinin ölçülmesi ile değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde memnuniyet ölçümleri belirli zaman dilimlerinde gerçekleştirilmektedir. Ancak hasta ve yakınlarının anketlerde genellikle düşüncelerini tam olarak yansıtamadıkları gözlenmektedir. Bu sebeple memnuniyetten çok memnuniyetsizliğin ölçülmesinin daha sağlıklı olacağı kanısındayız. Hasta memnuniyetsizliğinin en açık ifade edildiği ortam olarak Hasta Hakları Birimlerine yapılan şikayetler görülmektedir. Bu birimlere yapılan başvurular alınan hizmetlerde yaşanan sorunların en açık delilleridirler. Buradan kurumlarda hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik olarak yapılan TKY çalışmalarının başarısı ve etkinliği hakkında bir düşünceye sahip olabiliriz. Hasta Hakları Birimlerinden elde edilen veriler ışığında kurumların zayıf ve eksik yönlerini görmemizi sağlayacak bilgiler de elde edilebilecektir.

3. AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ UYGULAMASI

Günümüze kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde büyük çoğunluğunun hasta memnuniyeti üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Ancak memnuniyetsizlik üzerinde herhangi bir çalışmaya rastlanılmamaktadır. Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarının amacı, hasta memnuniyetini artırmak kadar hasta memnuniyetsizliğini de azaltmak

olmalıdır. Hasta memnuniyetsizliğinin en somut göstergesi olarak Hasta Hakları Birimlerine (HHB) yapılan başvurular bu açıdan çalışmamızda hedef seçilmiştir. Bu sebeple çalışmada hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarının hasta memnuniyetsizliğine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Birimine yapılan başvurular içerik analizine tabi tutularak değerlendirilmiştir. Analizde, hastanede Kalite Belgesi çalışmaları (ISO9001) başlamadan önceki (2006-2007) bir yıllık süredeki hasta haklarına birimine yapılan başvurular ile kalite belgesi çalışmaları başladıktan sonraki (2007-2008) bir yıllık süredeki başvurular karşılaştırılmıştır. Çalışmamızın sınırlılığı yalnız bir hastanede gerçekleştirilebilmiş olmasıdır. Bu konuda veriye ulaşmanın güçlüğü çalışmamızı bir hastane ile sınırlandırmaya zorlamıştır.

Elde edilen bulgular sınıflandırılmak suretiyle aşağıdaki sonuçlara ulaşmamızı sağlamıştır.

Tablo1. Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuru Formlarının İçerik Analizi

Memnuniyetsizlik Alanları	Kalite Öncesi	Kalite Sonrası
Hastane çalışanları ve idari yapıdan kaynaklanan sorunlar	43	23
Alınan sağlık hizmetlerden kaynaklanan sorunlar	36	19
Fiziki koşullardan kaynaklanan sorunlar	21	22
Toplam Başvuru Sayısı	100	64

Hastanede kalite belgesi çalışmaları başlamadan önceki bir yıllık dönemde Hasta Hakları Birimine yapılan başvuru sayısı yaklaşık 100 adettir. Yapılan başvuruların %43'ünün personel davranışları ve idari hizmetlerden kaynaklanan sorunlar olduğu görülmüştür. Alınan sağlık hizmetlerden kaynaklanan memnuniyetsizliği ifade eden başvuruların oranı %36, hastanenin fiziki koşulları ve altyapı sorunlarından kaynaklanan sorunlara yönelik başvuruların oranını da %21 olarak bulunmuştur. Çalışmanın ikinci kısmını oluşturan kalite çalışmaları sonrasındaki başvurular incelendiğinde ise; HHB'ye yapılan başvuru sayısının 64'e gerilediği görülmektedir. Bu başvuruların %36'sının personel davranışları ve idari hizmetler grubunda yer aldığı, %30'unun alınan sağlık hizmetlerinden, %34'ünün de hastanenin fiziki koşullarında kaynaklı sorunlara yönelik başvurular olduğu gözlenmiştir.

4. SONUÇ

Hasta memnuniyeti üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde genellikle memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Ancak fiili olarak şikâyetlerin ve sıkıntıların devam ettiği tespit edilmektedir. Hastanelerde yaşanan problemlerin en açık göstergesi olarak HHB'ye yapılan şikâyet başvuruları gösterilebilir.

Yapılan bu çalışma sonucunda; A.K.Ü. Hastanesinde 2007 yılında başlatılan kalite belgesi çalışmalarının HHB'ye yapılan ve hasta memnuniyetsizliğini ifade eden başvuruların sayısında %36 gibi önemli bir azalmaya sebep olduğu görülmektedir. Hastaların memnuniyetsizlik alanlarından "hastane çalışanları ve idari kaynaklı sorunlar" ile "alınan sağlık hizmetlerden kaynaklı sorunlarda" yaklaşık %15'lik azalmalar olduğu ortaya konulmuştur. Verilen eğitimlerin sağlık hizmeti kalitesini artırma yönünde önemli katkılar sağladığı görülmektedir. Buna karşın fiziki koşullardan kaynaklı sorunlarda artış gözlenmiştir. Bu durumun sebebi; hastanenin sürekli büyümesine paralel olarak finansman sıkıntısı yaşaması ve bazı altyapı sorunlarından kaynaklı aksaklıklar olduğu düşünülmektedir.

Memnuniyetsizlik belirteci olan şikayetlerdeki azalmaların tamamını TKY çalışmaları ile ilişkilendirmek doğru olmayabilir. Ancak diğer koşullarda belirgin bir değişimin yaşanmamış olmaması bizleri bu konuda doğru kaniya yönlendirmektedir. Dolayısıyla olumlu gelişmelerin çoğunluğunun TKY çalışmalarına bağlanması kanımızca doğrudur.

KAYNAKLAR

Yorulmaz, M. (2001), "Kalite Güvenliği ve Hemşirelik", **Hemşirelik Formu**, 4, S:4-5, Temmuz –Ekim

Akdemir, Nuran (1995), "Sağlık Hizmetlerinde Ekip Anlayışı Ve Önemi", **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 11, S:3, 1995.

Çiçek, Recep- Kara, Barış – Koyuncu, Kadim (2006) "Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma", **Verimlilik Dergisi**, 3

Kurt, Darr ve Rakich, Jonathan S. (1988), Hospital Organization and (Text and Readings), Health professions Press, Baltimore Maryland

Deming, W. Edwards, (1996), **Krizden Çıkış**, Çeviren:Cem Akaş, Kalder Yayını, İstanbul

Donabedian, Avedis (1995), (The Role Of Outcomes in Quality Assesstment and Assurance. Quality in Health Care, **Theory,Application and Evulation** içinde, Editör: Nancy O. Graham, An Aspen Publication, Gaithersburg Marylan

Kavuncubaşı, Şahin (2000), **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara

Kömürcü, Nuran (2007), Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Kursu Sunusu, SANERC, İstanbul

Neil, A. Maiden ve Douglas W.Vorhies (2001), "Product Quality Alignment and Business Unit Performance", **Product Innovation Management**, Volume 18, Number 6

Özer, Melek (2003), "Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kalite" **Hemşirelik Formu**, 6, S:4, Temmuz-Ağustos

Özgülbaş, Nermin (2005), "Sağlık Kurumlarında Finansal Performans Ölçümü ve Finansal Performansı Arttırmak İçin Kullanılacak Stratejiler" **Verimlilik Dergisi**, 3

Peşkircioğlu, Nurettin (1993), "Hizmet Sektöründe Kalite, Kalite Güvencesi ve Sağlık Hizmetlerine Uygulanması", **Verimlilik Dergisi**, Özel Sayı

Ecer, Ferhat- Demir, Yavuz- Uslu, Sevilay (2002), "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma", **Standard Dergisi**, Sayı: 490, Ekim

Karadağ, Nihal- Işıkay, Çağdaş- Karakuş, Ayşe- Seyhan, Derya- Karanlık, Mehmet, "Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi", http://www.insanbilimleri.com/makaleler/saglik_bilimleri/Hastalarin_haklari, (15.10.2006)

Şahin, Ümit (2001), "Ülkemiz Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Sorunlar ve Öneriler", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, 5(4-5)

Özen, Şükrü (2002), "Bağlam, Aktör, Söylem ve Kurumsal Değişim: Türkiye'de Toplam Kalite Yönetiminin Yayılım Süreci", **Yönetim Araştırmaları Dergisi**, 2(1)

Çoruh, Mithat (1994). Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gereksinimler ve Güçlükler, **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**. Editör Çoruh, M. Ankara: Yeni Fersa Matbaacılık

Özsarı, Haluk (1997), "Sağlık Hizmetlerinde Kalite" **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, S.3

HASTANELERDEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİNDE MALİYET FAYDA, MALİYET ETKİLİLİK ANALİZİ GÖSTERGELERİNİN İNCELENMESİ

Uz. Dr. Zeynep L. Çıraklı¹⁰⁰, Yrd. Doç. Dr. Ferhat Sayım¹⁰¹

Özet

Hastaneler, sağlık hizmeti üreten bir hizmet işletmesi çeşididir. Hastanelerde kalite yönetim sistemi uygulanması yaklaşımı, tüm hastalara ihtiyaç duydukları bakımı hastaneye girdiklerinden itibaren vermeyi güvence altına almalıdır.

Sağlık hizmetlerinin maliyetleri giderek artmaktadır. Buna karşılık gelir dağılımında meydana gelen değişimler bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden adalet ve etkililik ölçütlerinde faydalanmasını güçleştirebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde yaşanan sorunlar hizmetin sunumunu etkilemektedir. Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlanması, kaliteli yaşam süresinin uzatılması kaçınılmazdır. Bu anlamda sağlıkta kalitenin, ayrılan kaynakların belirlenen ihtiyaçlara ve beklentilere uygun ve sürekli olarak yönlendirilmesi olduğundan bahsedebiliriz. Bu anlamda sağlıkta kalite ihtiyaçları ve mantıklı beklentileri tam ve sürekli olarak en ekonomik şekilde karşılamaktır. İnsanların hem ihtiyacı olan, hem de arzu ettikleri sağlık hizmetinin en düşük maliyetle verilmesi amaçlandığında maliyetlerin düşürülmesi önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin organizasyonunda ekonomik bakış ile kaynakların verimli kullanımını öne çıkarmaktadır. Bunun için bazı bilimsel yöntemler ile ulaşılan düzeyin ölçülmesi ve hedefler ile karşılaştırılması gerekmektedir. Bu ölçüm çoğu zaman diğer kurumların ulaştıkları seviye ile karşılaştırmada da kullanılmakta ve çoğu zaman bu daha önemli olarak görülmektedir. Bu tür bir karşılaştırmaların yapılabilmesi ise kullanılan analiz yöntemleri ile birlikte analizde kullanılan veri setlerinin ve sınıflandırma sistemlerinin de birbiriyle aynı olmasını gerektirmektedir. Ülkemizde hem kamu hem de özel sektör hastanelerinde Kalite Yönetim Sistemleri giderek daha fazla ön plana çıkmaktadır. Bu sistemler çoğu zaman, mevcut kaynaklarla sağlık hizmetlerinde kaliteye dair istatistiklerin yükseltilmesi için yapılan bir takım reorganizasyon ve kontrol faaliyetleri ile karşımıza çıkmaktadır.

Ancak unutulmamalıdır ki kalite yönetim sistemleri de sisteme ayrı bir maliyet getirmektedir. Kalite yönetim sistemleriyle hedeflenenlerin belirlenmesi ve güncellemelere açık bir yapı oluşturulması bu sistemlerden bekleneni vermede önemli olacaktır. Biz bu çalışma ile kalite yönetim sistemlerine dair kafa karışıklığını giderecek çapta bir literatür taramasının yanında bu sistemlerin yerleştirilmesinde ve faydalarının ölçülmesinde kullanılacak yöntemleri incelemekteyiz. Maliyet fayda

100 Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, zturci@mynet.com

101 İstanbul Aydın Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, info@ferhatsayim.net

ve Maliyet etkililik analizlerinin kalite yönetim sistemlerinin çıktılarının ölçülmesinde nasıl kullanılabileceğine dair tespitler çalışmamızın hedeflerindedir. Yine bu analizlerde kullanılacak veri setlerinin oluşturulmasına dair örnek uygulamalar ve elde edilecek tespitlerin yayımlanması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kalite Yönetim Sistemleri, Sağlık Hizmetleri, Maliyet Fayda Analizi, Maliyet Etkililik Analizi

Abstract

Hospitals are service businesses that deliver health services. Practicing quality management system approach at hospitals should assure that all the patients are provided with all the care they require as soon as they enter the hospital.

Gradual increase of the costs of health services on the one hand and changes in income levels on the other jeopardize obtaining of health services for all individuals in a just and effectiveness manner. Problems encountered in financing health services impact the delivery of these services. Ensuring equal access to health services and increasing life expectancy are essential for a healthy society. In this situation, we can assume that the quality on the health services is the direction of allocation resources continually and suitably to determined needs and expectations. In this sense, quality in health means to meet requirements and rational expectations fully and constantly, in the most economical way. When the required and desired health services are aimed to be delivered with the lowest possible costs, cost reduction becomes important.

Economic approach and profitability of sources are coming into prominence at the organization of health services . Therefore, reached levels have to be measured, and compared with the targets. This measurement is often used to make a comparison with other companies' levels, and sometimes it becomes more important. To be able to make such a comparison, along with the methods for the analysis, data sets and classification systems for analysis should be the same. In our country, quality management systems are becoming more prominent in both community and private hospitals. These systems are usually revealing themselves as reorganization and control actions in order to elevate the statistics of quality in health services with present sources.

However, it should be kept in mind that quality management systems are adding different costs to the health system. The determination of the quality management system targets and to become current will very important for the expectations of system. We are studying a literature search to remove the confusion and, we are studying the utility measuring methods at system setup. The determinations of how are using the cost benefit analysis and cost effectiveness analysis at measuring of outputs for quality management systems are targets of our study. Furthermore we are aiming the model application about set up data sets for these analyses. Additionally we are aiming publish the determination of these data sets.

Key Words: Quality Management Systems, Health Service, Cost-Benefit Analysis, Cost-Effectiveness Analysis

1. GİRİŞ

Sağlık hizmeti çok sayıda bileşenden oluşan ve farklı organizasyonlarda gerçekleştirilen bir hizmet çeşididir.

Ekonomik kalkınmayla birlikte yükselen refah düzeyine paralel olarak toplumların sağlık hizmeti üretim ve tüketimi için yapmakta oldukları harcamalar da artmaktadır. Bir taraftan daha iyi beslenme şartlarına kavuşulurken, çocuk ölüm oranları azalırken, insanların hayatta kalma süreleri uzatılırken, çalışma şartları iyileştirilirken, diğer taraftan daha sağlıklı, daha uzun, daha anlamlı bir hayat için daha fazla kaynak ayrılmaya devam edilmektedir (Yıldırım, 1994: 1).

İnsan yaşamı gibi, parayla ölçülemeyecek bir değer söz konusudur. Ancak buradaki temel sorunun "insan hayatının kurtarılmaya değer olup olmadığı" değil, "hangi yöntemle en fazla hayatın kurtarılabileceği" veya "kaynakların hangi alanlara ayrılmasıyla daha fazla sağlıklı yaşam sağlanabileceği" olduğu dikkate alınırsa, sağlık hizmetlerine ekonomik değerlendirme yöntemleriyle yaklaşılmasının mantığı daha açık bir şekilde ortaya çıkacaktır (Akın ve Aksoy, 1985: 8).

Bir tarafta gittikçe artan oranlarda sağlığa kaynak ayırmak durumunda kalan gelişmiş ülkeler, diğer tarafta ise toplumun temel Sağlık ihtiyaçlarını dahi karşılayacak ölçüde harcama yapamayan ülkeler, her iki grupta değişik sorunlarla karşı karşıyadırlar. Yüksek düzeyli harcamaların mutlaka yüksek sağlık göstergeleri anlamına gelmediğini pahalı bir şekilde tecrübe eden gelişmiş ülkeler sağlık politikalarını ekonomik yaklaşımlar çerçevesinde oluşturmaya başlamışlardır (Yıldırım, 1994: 1).

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Sınıflandırılması

1.1.1. Sağlık Hizmeti Tanımı ve Özellikleri

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımına göre, "Sağlık, ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir. Kişi ve toplumun sağlığı, çevresel, davranışsal ve tıbbi olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir (Yıldırım, 1994: 10).

Bir ülkenin kalkınmasında ve refah düzeyinin yükseltilmesinde sağlık hizmetleri çok boyutlu ve karmaşık bir hizmetler zinciridir. Kamu harcamaları içerisinde cari ve yatırım harcamaları özelliği taşıyan bu hizmetler özel öneme sahiptir. Geniş bir faaliyet yelpazesini kapsayan sağlık hizmetleri çok sektörlü ve çeşitli kamu kuruluşu ve özel işletmeler tarafından üstlenilerek yerine getirilir. Sağlıklı bir toplum bireylerin

hastalık halinin giderilmesi ve hastalanma olasılıklarının azaltılmasıyla kazanılabilir (sabem.saglik.gov.tr, 2007).

Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri:

Kamusallık: Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır, bu tür hizmetler tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlar.

Dışsallık: Sağlık hizmetleri üretim ve/veya tüketim faaliyetleri sonucunda, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarını olumlu veya olumsuz etkileyebilir.

Yararlı Mallar: Sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu dışsal fayda sağlanır.

Devlet Müdahaleleri: Sağlık hizmetlerinde bu müdahaleler planlama, yatırım, kontrol ve destek şeklindedir.

Belirsizlik Altında Seçim: Hizmet alan kişiler alacağı hizmetin maliyet ve kalitesi hakkında bilgi sahibi değildir veya çok az bilgisi vardır.

Asimetrik Bilgilenme: Hizmet alan taraf (hasta) ve hizmet veren taraf (hekim) arasında bilgi açısından diğer sektörlerle karşılaştırıldığında bilgi açısından büyük fark vardır.

Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi: Sağlık hizmetine nerede, ne zaman, kimlerce ve ne kadar ihtiyaç duyulacağı ve bunun ne kadar süreceği çoğu zaman belli değildir.

Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumu da etkilemesi: Sağlık hizmetinin taşıdığı kamusal ve dışsallık özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 45).

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. Koruyucu Sağlık Hizmetleri; kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler. Aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, çevresel risk unsurlarının denetimi, verem-sıtma- trahom-frenge-cüzzam denetimi, erken teşhis gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleridir. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri; hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir. Sakat ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir (Yıldırım, 1994: 12).

Anayasal bir hak olarak yaşama hakkı bir anlamda sağlık hakkını korumak ve gözetmek görevini birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında devlet üstlenmiştir (sabem.saglik.gov.tr, 2007).

Sağlık sisteminin finansman ve hizmet sunumu boyutlarıyla şekillenmesi, ülkelerin siyasi, ekonomik ve sosyal yapılarının bir uzantısıdır (Yıldırım, 1994: 14).

1.1.3. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği

Yataklı tedavi kurumları, Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır (05.05.2005 tarihli ve 25806 sayılı Resmi Gazete, Madde 3).

Sağlık kurumları işlevlerine göre 5 gruba ayrılır:

- İlçe/belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.
- Gün hastanesi: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.
- Genel hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.
- Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.
- Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Yataklı tedavi kurumlarındaki poliklinik hizmetlerine halkın kolay ulaşabilmesi, hastane polikliniklerindeki yığılmaların önlenmesi amacıyla hastanelere bağlı olarak semt poliklinikleri kurulabilir. Semt polikliniklerinin açılması, hizmetin verilmiş şekli, poliklinik ve acil servis hizmetlerinin çalışma usul ve esasları ile burada görevli personelin, görev, yetki ve sorumluluklarına dair usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak bir Yönerge ile belirlenir(Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği,

1983,değişiklik 2005)

Tedavi hizmetleri en uç noktadaki ayakta tedavi birimi veya hastaneden, en üst seviyedeki modern üst müracaat hastanelerine kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir (Yıldırım, 1994: 13).

Yapılan bir çalışmada sağlık hizmetleri harcamalarında tedavi edici sağlık hizmetlerinin toplam sağlık harcamalarında % 70-85 oranında bir payı olduğu bildirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde harcama oranı

Hizmetler	Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Pay (%)	İlave Bir Hayatı Kurtarmanın Yaklaşık Maliyeti (ABD Doları)
A. Tedavi Hizmetleri 1. Kamu veya Özel kesime ait yataklı tedavi kurumlarında verilen kişilere yönelik tedavi hizmetleri. 2. Serbest çalışan hekimlerin sunduğu tedavi hizmetleri 3. İlaç tüketimi.	70-85	Yüksek Maliyet (\$ 500-5000)

Kaynak: Yıldırım, S.,Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi (Ferranti D.De.) (Uzmanlık Tezi) Devlet Planlama Teşkilatı Y.no.2350, Ankara,1994, s.48.

2. KALİTE KAVRAMI VE KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ

2.1. Kalite Kavramı

Kalite kavramı insanların ve sistemlerin "hata yapması" ve "mükemmele ulaşma isteği" gerçeğinden ortaya çıkmıştır. Latince nasıl oluştuğu anlamına gelen "Qualis" kelimesinden türemiş ve "Qualitas" kelimesiyle ifade edilmiştir (igeme.org.tr, 2007).

Kalite kavramı, net bir tanıma sahip değildir. Ancak pek çok tanım yapılmıştır. Bunlar:

- Edwards(1968): İhtiyaçları karşılama yeteneğidir.
- Gilmore(1974): Belli bir ürünün, belli bir müşterinin ihtiyacını karşılama derecesidir.
- Kuehn & Day(1962): Ürünün, müşteri tercihlerine uygunluğudur.

- Juran(1988): Kullanıma uygunluktur.
- Price(1985):İlk seferde doğrusunu yapmaktır.
- Broh(1982): Kabul edilebilir bir maliyete sahip mükemmellik derecesidir.
- Feigenbaum(1983): Belli bir ürünün, tasarım veya spesifikasyonlara uygunluk derecesidir.
- Kalite, bir mal veya hizmetin belirli gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür (ASQC - Amerikan Kalite Kontrol Derneği)
- Kalite, ürün ya da hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir.(JIS - Japon Sanayi Standartlar Komitesi)
- Kalite birçok kişinin sandığı gibi, lüks ile çağrışım yapan bir kavram değildir. Kalite, alıcıya bir ürün veya hizmet sonucu sunulan niteliklerin toplamıdır. Kalite, tatmin edici bir üretimin en düşük maliyetle ve tüketicilerin ihtiyaçlarını hemen giderebilme yeteneğidir (Gökmen, 2007).
- “Bir ürün veya hizmetin, belirlenen veya olabilecek ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır” (DIN ISO 8402/04.1989; kalitekontrol.org, 2007).

2.2. Farklı Sektörlerde Kalite Kavramı

2.2.1. İmalat Sektöründe Kalite

Kalite kavramının tarihi çok eskilere dayanır. Hammurabi kanunlarından birisi şu ifadeyi kullanır: “Her kim bir bina inşa eder ve bu bina yıkılır da altında insanlar ölürse, o kişinin de başı kesile!”; Fenikeliler ise yöneticilerine şu hakkı verirlermiş “İşini iyi yapmayan işçinin eli kesile!”, Anadolu kültüründe önemli bir yer tutan Ahilik de ise kalitesiz iş yapanlara meslektaşları özdenetim uygulayarak “Pabucunu dama asarlarmış” Bu o dükkandan belli bir müddet için alış veriş yapılmayacağı anlamına gelirmiş (selcukdemiroglu.azbuz.com, 2007).

Kalite: “Üretim girdisi olarak kullanılmak veya piyasaya sürülmek üzere hazırlanmış bir malın teknolojik, ekonomik değerlendirmeler veya tüketici beğenileri açısından resmi veya gayri resmi şekillerde belirlenen ayırıcı niteliğidir” (Akalin, 2006).

Yüzyıl başlarından itibaren ekonomik ve sosyal hayatta standart ve standardizasyonun önem kazanması, ülkeleri, hazırlanan standartların uygulanması için çeşitli tedbirler almaya yöneltmiştir. Ürün belgelendirme sistemlerinin kurulması bu amaca yönelik iken etkili araç olarak görülmüştür. Ancak standartlar, teknik düzenlemeler ve bunlarla ilgili deney ve belgelendirme uygulamalarını içeren uygunluk değerlendirme

işlemleri özellikle gelişmiş ülkelerin kendi sanayilerini korumak için kullandıkları bir araç haline gelmiştir. Dış dünyanın rekabetinden korunmak isteyen ülkeler;-İnsan can ve mal güvenliği ve sağlığı, -Hayvan veya bitki yaşam veya sağlığı,-Çevre ve tüketicinin korunması, gibi temel gerekleri gerekçe göstererek, teknik düzenleme ve standartları ticarete teknik engeller haline getirecek önlemler almışlardır. Zamanla bu önlemler, uluslararası ticareti engelleyecek düzeye gelmiştir. Dünyadaki küresel yaklaşım çerçevesinde, bu tür engellerin uluslararası ticaret üzerindeki olumsuz etkilerinin giderilmesi amacıyla,1 Ocak 1995 tarihinde WTO uluslararası ticaretin etkin kurumu olarak, Gümrük ve Ticaret Genel Anlaşması (GATT) yerine kurulmuştur. Dünya Ticaret Örgütü (WTO) Anlaşması ekinde yer alan Ticarete Teknik Engeller Anlaşması yürürlüğe girmiş ve Türkiye de bu anlaşmaya taraf olmuştur (abm.tobb.org.tr, 2007).

2.2.2. Hizmet Sektöründe Kalite

Hizmet kavramının, soyut bir kavram olması nedeniyle tanımlanması zordur. Ülkelerin gelişmişliği ile hizmet etkinliklerinin düzeyi arasında doğrudan bir bağlantı vardır. Hizmet ile ilgili aşağıda yer alan çeşitli tanımlar yapılmıştır.

Hizmet; bir tarafın diğerine sunduğu, temel olarak dokunulamayan ve herhangi bir şeyin sahipliğiyle sonuçlanmayan bir faaliyet ya da faydadır. Üretilmesi ise fiziksel bir ürüne bağlı olabilir ya da olmayabilir (Kotler ve Armstrong).

Hizmet, mutlaka olmasa da doğal olarak az ya da çok dokunulmaz bir yapısı olan, müşteri ve hizmet personeli ve/veya hizmeti sağlayanın fiziksel kaynakları veya malları ve/veya sistemler arasındaki etkileşim anında oluşan ve müşteri problemlerine çözüm olarak sağlanan bir faaliyet ya da faaliyet dizisidir (Gronroos).

Hizmetin genel özellikleri:

- Dokunulamaz (Soyut)
- Standardize edilemez
- Depolanamaz
- Eş zamanlı üretilir ve tüketilir
- Sahiplik transfer edilemez (Eser, 2003).

Hizmet sektörünün büyümesi post endüstriyel ekonominin en belirgin özelliklerinden biridir. Buna ilave olarak hizmet bileşenleri üretim malları için artı bir değer katması ile anlamlı bir öneme sahiptir. Bu yüzden hizmet kalitesi kavramı son yıllarda akademik ve yönetim çevrelerinde incelenen bir konu olmaktadır (geocities.com, 2007).

Sağlıkta kalite, insanların hem ihtiyacı olan, hem de arzu ettikleri sağlık hizmetinin en düşük maliyetle verilmesidir. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinde kalitenin beş bileşeni vardır:

- Klinik sonuçları
- Hasta memnuniyeti
- Çalışan memnuniyeti
- Maliyetlerin düşürülmesi
- Sosyal fayda (asm.gov.tr, 2007).

Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve hizmetin standardı, en az kullanılan sarf malzeme ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir (sabem.saglik.gov.tr, 2007).

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 (ato.org.tr, 2007).

2.3. Sağlık Hizmetleri ve Kalite Yönetim Sistemleri

2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Uygulanma Amaçları

Dünyada pek çok sektörde rekabetin artması ve pazarın genişlemesi ile birlikte sunulan ürün veya hizmette hem maliyetlerin düşürülmesi hem de tercih edilebilmenin artırılması adına zaman içinde artan ve çeşitlilik gösteren kalite çalışmaları başladı.

Sağlık Hizmetlerinde 1980' li yıllardan sonra, özellikle hastane hizmetlerinde toplam kalite yönetimi (TKY) hızlı bir yayılma gösterdi. Sağlıkta kalite; etkililik, verimlilik, optimallık, kabul edilebilirlik, yasallık ve adil olma özelliklerini kapsayan bir kavramdır.

Ülkemizde Özel hastaneler, kalite çalışmalarına kamu hastanelerinden çok önce başlamıştır. Bu çalışmalar özellikle yurtdışından hasta kabul eden hastanelerde; öncelikle geri ödeme kurumları ile anlaşma yapılabilmesi amacıyla ve kalite çalışmalarının kurumsal gelişim ile rekabete ilişkin faydaları sebebiyle başlatılmıştır.

Sağlıkta kalitenin, aynı zamanda maliyet-fayda ve etkinlik boyutunun da ön plana çıkması ile ülkemizde 1995 yılından sonra özellikle Sosyal Sigortalar Kurumuna (SSK) bağlı hastanelerde kalite yönetim sistemi(KYS) ile ilgili ciddi ve yaygın çalışmalar başlatıldı. Bunu Sağlık Bakanlığı'na (S.B) bağlı hastanelerdeki çalışmalar izledi. Bu dönemde ve sonraki yıllarda hastaneler aynı zamanda KYS ile ilgili belge almaya teşvik edildi. En yaygın tercih edilen KYS ISO 9001:2000 standartları oldu.

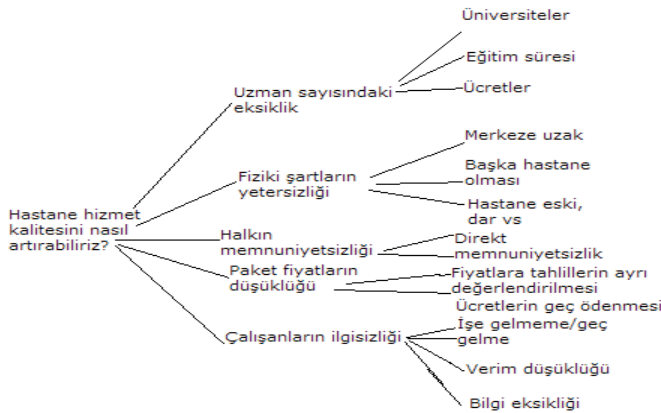
Sağlık hizmetlerinin maliyetleri giderek artmaktadır. Buna karşılık gelir dağılımında meydana gelen değişimler bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden adalet ve etkililik ölçütlerinde faydalanmasını güçleştirebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde yaşanan sorunlar hizmetin sunumunu etkilemektedir. Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlanması, kaliteli yaşam süresinin uzatılması kaçınılmazdır. Bu anlamda sağlıkta kalitenin, ayrılan kaynakların belirlenen ihtiyaçlara ve beklentilere uygun ve sürekli olarak yönlendirilmesi olduğundan bahsedebiliriz.

Ülkemizde kamu ve özel sektör hastanelerinde kalite yönetim sistemlerinin uygulama amaçlarının başlangıçta farklı olmasına rağmen uygulama ilerledikçe, ortak amaç olarak karşımıza maliyet fayda, maliyet etkililik hedefleri ön plana çıkmıştır.

Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın bileşenlerinden biri olarak "Sağlık Tesislerinin Kalite Güvencesi ve Akreditasyonu" kapsamında SSK hastanelerinin yönetimini devraldıktan sonra, Bakanlığa bağlı hastanelerde uygulanacak kalite kriterlerini geliştirmek, ülkemizdeki hastanelerde uygulamak ve "Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi" kurmak amacıyla Joint Comission International (JCI) ile çalışma başlattı (sabem.saglik.gov.tr, 2007). Bu çalışmalar kapsamında bakanlıkça hazırlanan ve uygulamada olan "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme" yönergesi ile özellikle bakanlığa bağlı hastanelerde kaliteyi geliştirirken performans, etkinlik ve verimliliğin ölçümü ve artırılması amaçlandı. Bu yönerge zaman içinde geliştirilip, değiştirilerek son olarak "Sağlıkta Performans ve Kalite" yönergesi 01.09.2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlamak üzere yayınlandı. Halen Sağlık Bakanlığına bağlı hastane ve sağlık kurum ve kuruluşlarında bu yönerge usul ve esasları uygulanmaktadır.

2.3.2. Hastanelerde Kalite Yönetim Sistemi Uygulamalarının Sağlık Hizmetlerine Etkileri ve Ekonomik Bakış

Şekil 1. Hastane hizmet kalitesi nasıl artar?



Kaynak: Sanisoğlu, 2007.

Kalite güvencesi kullanılan yöntemlerle hizmet kalitesinin sürekli olarak iyileştirilmesi, yükseltilmesi, Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi (Continuous Quality Improvement) olarak tanımlanır. Geleneksel yaklaşımın tersine bu yaklaşımda verimlilikte artış kalitenin geliştirilmesiyle sağlanır (Uz, 2008).

Tablo 2. Sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirilmesi

	HAYIR		EVET
	Sadece Sonuçlar	Sadece Maliyetler	
HAYIR	Kısmen Değerlendirme		2 Kısmi Değerlendirme Maliyet - sonuç tanımlama
	1A Çıktı tanımlama	1B Maliyet tanımlama	
EVET	Kısmen Değerlendirme		4 Tam Ekonomik Değerlendirme Maliyet - Düşürme Analizi Maliyet - Etkililik Analizi Maliyet - Yararlanım Analizi Maliyet - Fayda Analizi
	3A Etkililik Değerlendirmesi	3B Maliyet Analiz	

Hem maliyet hem de sonuçlar değerlendiriliyor mu? (Sütun)

En az iki seçenek kıyaslandı mı? (Satır)

Kaynak: Drummond M F, Stodart G L, Torrance G W. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Medical Publications, 1987.

Tablonun sütun bölümünde, hem maliyet, hem de sonuçların incelenip incelenmediği sorulmaktadır. Satır bölümünde ise uygulanacak en az iki seçeneğin kıyaslanıp kıyaslanmadığı yer almaktadır. 1A da sadece süreç sonuçları, 1B de sadece süreç maliyetleri tanımlanır. 3A ve 3B’de her ne kadar seçenekleri karşılaştırmaya imkan veren bir değerlendirme yapılırsa da maliyetler ve sonuçlar birlikte değil ayrı ayrı incelenir. Literatürde rastlanan rasgele klinik araştırmalar 3A’da aynı sonucu veren farklı tedavi yöntemlerinin maliyetlerinin karşılaştırılması da maliyet analizi adıyla 3B’de yer almaktadır. 2 de sonuçlar ve maliyet birlikte tanımlanır. Sadece 4 de kullanılacak analizlerden biri veya birkaçı ile hem maliyet hem de kazanımlar incelenerek tam ekonomik değerlendirme mümkün olur (Drummond vd, 1987).

Maliyet Düşürme Analizi; Aynı kazanımın elde edilmesi için kullanılan iki ayrı yöntemin maliyet kıyaslamasıdır. Örneğin, fıtık ameliyatından sonra hastanın evine

dönmesi, ya da bir gece serviste yatırılması. Hangi yöntem uygulanırsa uygulansın sonuçta bireyin fıtık onarımı yapılmıştır, yani sonuç aynıdır. Analiz bu iki uygulamadan daha ucuz olanını belirler ve önerir. Kısaca, en düşük maliyetin aranması olarak tanımlanabilir.

Fıtık ameliyatı ----- Eve dönüş

Fıtık ameliyatı ----- Hastanede yatış

Maliyet-Etkililik Analizi: Kullanılan iki ayrı yöntemle, iki benzer sonuç elde edilebilir, ancak oluşan sonuçlar farklı düzeyde gelişebilir. Bu analizde, ölçülen büyüklük açısından birbirinden farklı iki benzer sonucu elde eden iki uygulama kıyaslanır. Somut ve ölçülebilir sonuçlar kıyaslanır, yaşam kalitesi kaygısı yoktur. Örneğin böbrek yetmezliği nedeniyle bir hastaya diyaliz, diğerine transplantasyon uygulanabilir. Her iki yöntemde de sonuç benzerdir, ancak eşit değildir, çünkü sağlanan yaşam süreleri farklıdır.

Diyaliz ----- Maliyet başına kazanılan yıl

Transplantasyon ----- Maliyet başına kazanılan yıl

Maliyet-Fayda Analizi: Elde edilen kazanımlar ortak birimlerle ifade edilemiyorsa, bir önceki analize ek olarak, her şey paraya çevrilir ve kıyaslanabilir bir duruma sokulur. Örneğin, bir hipertansiyon belirleme programı il "ölümleri önleme" sonucu; bir influenza aşılama programı ile de "iş göremezliği önleme" sonucu elde etme amaçlanır.

Hipertansiyon Önlenmesi ----- Önlenebilir ölümlerin parasal değeri

İnfluenza aşılama ----- Önlenebilir kayıp işgücünün parasal değeri

Maliyet-Kullanım Analizi: Bu analizde etkinliğin değersel (kalite düşünülür) ifadesi yapılır. Bazen sağlık olgusunda ortaya çıkan sonuç aynı da olsa değeri çok farklı olabilir. Uygulamadan çıkan sonuçların değerinin kullanım olarak ele alındığı araştırmadır. Bu analizde kazanılan değer ölçütü kullanımdır. Kullanım değeri 0 (ölüm) ile 1 (tam iyilik) arasında bir puanla ifade edilir.

Kullanım Değeri (0-1)

Kazanılan Yaşam Kalitesi = -----

Kaliteye standardize Yaşam Yılı (Kazanılan Sağlıklı Gün Sayısı)

Örnek, düşük doğum ağırlıklı bebeklere uygulanan yenidoğan bakımının kazandırdığı sonucun, çok düşük doğum ağırlıklı (1000 gr.) bebeklere uygulandığında alınan sonuçla kıyaslanmasıdır (Kalkan, 2001).

Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Bakımı ----- Kazanılan Yaşam Kalitesi

Çok Düşük Ağırlıklı Bebek Bakımı ----- Kazanılan Yaşam Kalitesi

2.4. Hastanelerdeki Kalite Yönetim Sistemlerinin Ekonomik Bakış ile Değerlendirilmesi

2.4.1. Hastanelerde Kalite Yönetim Sistemi Göstergelerinin Kalite Maliyetleri ve Maliyet-Fayda (Cost-Benefit) Analizinde Kullanımı

Kalite Yönetim Sistemi(KYS), doğru karar verebilmek için, maliyet bilgilerinin zamanında ve doğru olarak elde edilebilmesinden etkilenir. Bu bilgilerin zamanında ve doğru olarak elde edilebilmesi için kalite programının başarısına ya da başarısızlığına neden olacak gelişmeler yaratılabilmektedir. Kalite konusunda karar verme mekanizmaları, bu konudaki projelerin fizibilitelerine dayandırıldığı için projelerde harcamalar, maliyetler ve beklenen faydaların parasal değerlerle ifade edilmesi istenmektedir. Bu nedenle, kalite maliyetlerinin ölçülmesi, raporlanması ve muhasebeleştirilmesi kalite sisteminin etkinliği için gereklidir.

Kalite maliyetlerinin sınıflandırılması:

1. Uygunluk Maliyeti (Cost of Conformance)
 - a. Önleme Maliyeti (Preventive Cost)
 - b. Değerlendirme Maliyeti (Appraisal Cost)
2. Uygunsuzluk Maliyeti (Cost of Non-conformance)
 - a. İç başarısızlık maliyeti (Internal Failure Cost)
 - b. Dış başarısızlık maliyeti (External Failure Cost) (danismend.com, 2007).

Sağlık ve ekonomi kavramları son 30 yılda çok daha fazla birlikte kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık sisteminin temel girdilerinin en iyi şekilde kullanılarak en yüksek çıktının elde edilmesi için ekonomik yaklaşımlar benimsenmekte ve ekonomik analiz araçlarından yaygınlaşan ölçüde faydalanılmaktadır.. Maliyetin terim olarak çok çeşitli tanımlamaları vardır. Maliyet genel olarak bir mal veya hizmet için ödenen fiyatı yansıtmaktadır. İşletme ekonomisinde, fırsat maliyeti (opportunity cost), açık maliyet (explicit cost), kapalı maliyet (implicit cost), kısa ve uzun dönem maliyet, toplam-ortalama ve marjinal maliyet, sabit ve değişken maliyet gibi tanımlamalar sözkonusudur Hastanedeki tedavi hizmetlerinin kalitesi sabit kalmak kaydıyla, üretim miktarı (tedavi edilen hasta sayısı) arttırılırsa tedavi edilen hastanın ortalama maliyeti belirli bir seviyeye kadar düşer. Kapasitenin genişlemesiyle, yönetimin etkililiği ve istihdam edilen insan gücünün etkililiği azalmaya başlar (managerial diseconomies and decreasing labor efficiency) ve bu durum ortalama maliyetin artmasına yol açar (Yıldırım, 1994: 2350).

Sağlık harcamalarının marjinal getirisinin belli bir eşik seviye aşıldıktan sonra giderek düşeceğini söyleyebiliriz. Bir bölgeye açılacak yeni bir hastanenin getireceği ekstra yararın o bölgedeki hastane sayısı arttıkça düşeceğini söylemek mümkün. Fakat iki faktörü vurgulamakta fayda var. Birincisi, sağlık hizmetlerinin, eğitim ve sermaye birikimini olumlu etkileyerek pozitif bir dışsal etki yarattığını unutmamak gerekir. Dolayısıyla sağlık yatırımlarının direkt getirisinin doğrusal olmayıp giderek düşeceğini, fakat dolaylı olarak ekonominin diğer dinamikleri üzerinde olumlu etki yapabileceğini söyleyebiliriz. İkincisi, özellikle Türkiye ekonomisi baz alındığında, sağlık harcamalarının sektörel bir canlanma yaratarak ekonomiye önemli bir katkı yapacağını vurgulanması gerekir (tek.org.tr, 2007).

Çıktıların farklı olduğu durumlarda başvurulabilen Maliyet-Fayda Analizin'de çıktılar (kazanılan yaşam süresi, önlenen komplikasyonlar gibi) tek bir birime (sıklıkla parasal) çevrilerek ortak hale getirilir ve maliyetler ile karşılaştırılır. Daha çok sağlık ve sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi amacıyla kullanılır. Örneğin bir hastanenin yenidoğan bakım ünitesinin genişletilmesiyle o hastaneye yeni bir genel cerrahin işe alınması veya mental rahatsızlıkların hastanede veya toplumda tedavi edilmesi karşılaştırılabilir. Faydanın ölçülmesinde en uygun yollardan biri, faydadan yararlananlara "bu faydayı elde etmek için kaç lira ödemeye razı olursunuz veya ödeyebilirsiniz?" benzeri sorularla faydanın değerini sormaktır. Buna ödemeye gönüllülük (willingness to pay) denir. Ayrıca insan yatırım yaklaşımı (human capital approach) ile de faydadan yararlanacak kişi veya kişilerin parasal olarak değerleri de ortaya konabilir (Uz, 2008).

Ülkemizde sağlık harcamalarının kompozisyonu ile ilgili yapılan bir çalışmada sağlık harcamaları içinde en yüksek oranın tedavi hizmetlerinde olduğu görülmektedir (Tablo.1) Sağlık hizmeti üreten işletmelerin (hastaneler) amacı, hizmet üretmek suretiyle fayda sağlamaktır. Hastanelerin sağladığı fayda, ürettiği hizmetlerin insanların ihtiyaç ve isteklerini karşılayabilme niteliğidir. Hastanelerde verimlilik ve etkililik analizleri, sanayi işletmelerinde yapıldığı kadar kolay değildir. Sanayi işletmeleri tarafından ortaya konulan çıktı, fiziksel boyutları olan, belirli biçimlerde ölçülebilen ve tüketilmesi sonucunda bireylere belirli yararlar sağlayan bir mal veya hizmettir ve buna parasal bir değer atfedilebilir. Buna karşılık, hastaneler tarafından ortaya konulan çıktılar, fiziksel boyutları içermediği gibi belirli standartlar ile ölçülmesi de oldukça güç olan hizmet türüdür. Kıt kaynakların verimli kullanımı gereği düşünüldüğünde; hastanelerde yapılan hizmetler için yapılacak fayda maliyet analizinin önemi daha çok ortaya çıkacaktır.

Yapılan bir çalışmada (1991); hastane maliyetleriyle ilgili olarak üç temel maliyet ölçütü kullanılmıştır. Bunlar: Yatak Birim Maliyeti, Hasta Birim Maliyeti ve Hasta Günü Maliyetidir. Hesaplama kullanılan denklemler şu şekildedir:

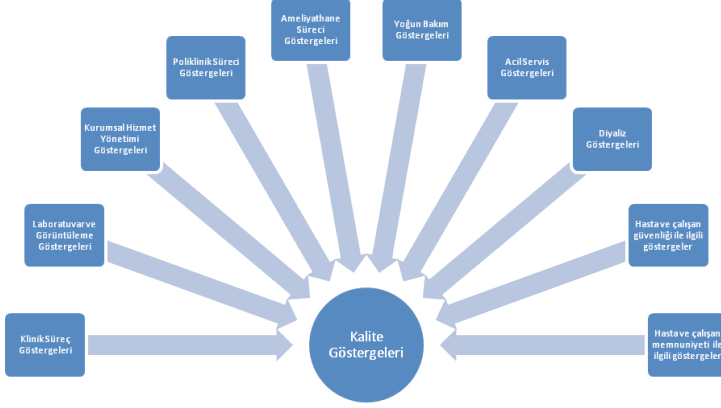
- Yatak Birim Maliyeti = Toplam hastane Gideri/Fiili Yatak Sayısı.
- Hasta Birim Maliyeti = Toplam Hastane Gideri/Yatan Hasta Sayısı.

- Hasta Günü Maliyeti = Toplam Hastane Gideri/Yatılan Gün Sayısı.

Sonuç olarak Sağlık Bakanlığına bağlı 65 hastane için bu oranlar sırasıyla (milyon TL) 60.4, 1.7, 304.0 olarak bulunmuştur (Yıldırım, 1994: 2350).

Kalite yönetim sistemlerinin hastanelerde (kamu-özel) uygulanması sırasında bu maliyetlerin hesabında kullanılan veriler, kalite göstergesi olarak izlenmektedir.

Şekil 2. Hastanelerde Kullanılan Kalite Göstergeleri



İzlenebilecek göstergeler; sezaryen doğum oranı, hastane enfeksiyon hızı, laboratuvar sonuçlarının sonuçlanma süreleri, ilaç uygulama hatalarının izlenmesi, ilaç yan etkilerinin izlenmesi, eksik tıbbi kayıt sayısı, gereksiz cerrahi müdahale sayısı, toplam ölüm oranı, cerrahi uygulamalarda ölüm oranı, cerrahi müdahale sayısı, kan transfüzyon sayısı, kan ve kan ürünleri transfüzyon reaksiyonu sayısı, ameliyat öncesi ve sonrası teşhisler arasında karşılaştırma, sağlık kuruluşunda çıkan yangınlar, kimyasalların dökülmesi ve diğer kazalar, hastalarla ilgili okunaksız istek ve rapor sayısı, laboratuvar hataları, laboratuvar test tekrar oranları, örnek alınması ile örneğin laboratuvara ulaşması arasında geçen süre, laboratuvara kabul edilmeyen örnek sayısı, hasta şikayetleri, ortalama hastanede kalma süresi, izolasyondaki hasta sayısı, röntgen sayısı, laboratuvar test sayısı, BT, MR, EKO, EEG ve EKG sayısı ve sonuçlanma süreleri, hastane çalışanlarının maruz kaldığı kaza sayıları, hizmet üretim giderleri, toplam gelir, hatalı fatura oranı, tahsil edilemeyen faturaların kesilen faturalara oranı, iptal edilen satın alma işlemi sayısının toplam satın alma işlemi sayısına oranı kullanılabilir. Bu göstergelerin izlenmesi ile sürekli iyileşme kapsamında, maliyetlerin azaltılması mümkün olur.

2.4.2. Hastanelerde Kalite Yönetim Sistemi ile Maliyet-Etkililik (Cost-effectiveness) İlişkisi

Sağlıkta kalitenin üç boyutu aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır (Aydın, 2007).

- Tıbbi süreçler
- Destek süreçler
- Etkililik ve verimlilik

Etkililik aslında kaynakların hangi etkenlikte tüketildiğiyle kıyaslamalı olarak, hangi çıktının üretilebileceğinin bir ölçüsüdür. Etkililik daha çok şu soruların cevabı gibi gözükmemektedir:

- Gerçekten ihtiyaç duyulan, yararlı mal ve hizmetler üretildi mi?
- Çıktı üretiminde ne sağlanmak isteniyorken ne sağlandı?
- Sonuç olarak dönem başındaki planlarımızın % kaçını gerçek oldu? (Yaldız,2008)

Maliyet etkililik analizi özellikleri aşağıdaki gibi yorumlanmıştır:

- Elde edilen faydaların parasal değerlemesinin yapılamadığı sektörlerde yaygın olarak kullanılır (Tek bir amaca ulaşmak için alternatif yolların maliyetlerinin karşılaştırılması)
- Faydalar parasal değil belirli bir sağlık hedefi olarak ifade edilir (önlenen vaka sayısı, ,bağışıklanan çocuk sayısı gibi) (Önceden belirlenen amaç ulaşılmaya değer mi araştırılmaz)
- Farklı projeleri karşılaştırmak mümkün değil(husep.hacettepe.edu.tr, 2007)

Maliyet Etkililik Analizinde aynı sonucu doğuran ilgisiz seçenekler de karşılaştırılabilir. Örneğin coroner by-pass ameliyatı ile hipertansiyon tedavi yaklaşımı veya kemik iliği nakli ile arabalarda emniyet kemeri kullanılması karşılaştırılabilir (Uz, 2008).

Kamu hastanelerinin kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olmalarına karşılık, bunların yönetimlerini işletmecilik biliminden ayrı tutmak mümkün değildir. Hastaneler, hizmetlerini eksiksiz yerine getirebilmek için etkili bir yönetime sahip olmak zorundadırlar. Hastane yönetimi, genel yönetimin bir çeşididir ve planlama, programlama, bütçeleme, kadrolama, yürütme, kontrol gibi fonksiyonları kapsar. Hastanelerde kalitenin iyileştirilmesi yaklaşımı, tüm hastalara ihtiyaç duydukları bakımı hastaneye adım attıkları andan itibaren vermeyi güvence altına almalıdır. Yukarıda sayılan ön koşulların yanı sıra, aşağıdaki unsurlar da bu amaca hizmet etmek üzere bir hastanede mutlaka bulunmalıdır:

- Teknik yeterlilik,
- Kaynakların verimli kullanılması,
- Hastanın ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda mümkün olduğunca fazla tatmin edilmesi,
- Hastane içi ve dışı hizmetleri destekleyen bir sağlık sistemi (Aktan v.d, 2005:109).

Topluma kabul edilebilir ölçüde ve dengeli sağlık bakım hizmeti sunabilmenin ön koşulları:

- Hizmeti finanse edebilmek için ulusal gelirden yeterli pay ayrılması,
- Diğer bir koşul ise ayrılan kaynakların etkin ve verimli kullanılmasıdır.
- Dünyada hiçbir ulus “yeterli” kaynağa sahip değildir
- Daha fazla para daha iyi sonuçlar üretmeyebilir
- Daha iyi sonuçların elde edilmesi daha fazla parayı gerektirmez
- Daha fazla para iyi harcanması halinde yardımcı olabilir (sayed.org.tr, 2007).

Ülkemizde son yıllarda, özellikle hastaneler düzeyinde verimlilik analizleri giderek daha fazla yapılmaktadır.

3. SONUÇ

Sağlık sektöründe verilen hizmette hatanın kabul edilmesi mümkün değildir. Toplam Kalite Yönetimini (TKY)'nin temel amacı “sıfır hata” olduğundan hastanelerde toplam kalite yönetimini destekleyen kalite yönetim sistemlerinin uygulanması hizmet kalitesinin artması ile birlikte kaynak kullanımının verimliliğini de artıracaktır.

Sağlık sektörüyle ilgili değerlendirmelerde ülkemizde ekonomik gelişmeyi sağlayacak kaynakların sınırlılığı dikkate alındığında, sunulan sağlık hizmetlerinin, sağlık ekonomistlerinin bakış açısıyla değerlendirilmesi gerekliliği açıktır.

Ülkemizde TKY'ni temel alan kalite yönetim sistemlerinin (ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi, EFQM Mükemmellik Modeli, ISO 15189 Laboratuvar Akreditasyonu, JCI Hastane Akreditasyonu, JCI Laboratuvar Akreditasyonu, ISO 14001 Çevre Yönetimi Sistemi, OHSAS 18001, HACCP) hastanelerde uygulanması çalışmalarını kaynakların verimli ve etkin kullanımı ve maliyetlerin kontrol altına alınmasını mümkün kılar. Halen özel hastanelerde ve kamu hastanelerinde kalite çalışmaları artan bir ivme ile devam etmektedir.

Verimli hizmet sunulmasını temin edecek şekilde "Yönetim-Organizasyon" yapısını iyileştirmek, hizmet sunanların daha etkili ve verimli çalışmalarını sağlamak için, "Optimum Çalışma Şartlarını" temin etmek, zaman kaybına yol açmadan, işlemlerin etkili ve verimli bir şekilde uygulanabilmesini mümkün hale getirmek için; "Birimler Arası Koordinasyonu" sağlamak, TKY'nin amaçları arasındadır ve ifade edilen sorunların büyük bir kısmının kalite yönetimi anlayışı ile giderilebileceği düşünülebilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve halen uygulanan "Sağlıkta Performans ve Kalite" yönergesi eklerinde yer alan ve her dört ayda bir hesaplanan; Kurum Verimlilik Göstergeleri katsayısı içinde Sezaryen Oranı, Günlük Cerrah Başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı, Günlük Ameliyat Masası Başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı, Toplam Giderin Toplam Gelire Oranı, Toplam Borcun Toplam Gelire Oranı, Personel Gideri Destekleme Oranı, Yatak Doluluk (İşgal) Oranı(%), Ortalama Kalış Gün Sayısı, Yatan Hasta Oranı göstergeleri yer almaktadır.

Kalite Yönetim Sistemlerinin, sağlık işletmelerinde olumlu maliyet-etkililik, maliyet-fayda etkisi olduğu ortadadır. Ülkemizde kurulması planlanan Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi sağlık hizmetlerinde standardizasyon ve hizmet kalitesinin artması, kaynakların verimli kullanımı yönünden olumlu sonuçlar verecektir.

KAYNAKLAR

Akalın, E., "Sağlıkta Kalite Kongresi" (sunum), 16-18 Kasım 2006, Antalya.

Aydın, Bilge, Sağlık Bakanlığı Denetçi Eğitimi (Sağlıkta Kalite) (sunum), Ankara (26.11.2007).

Aktan, C.C, Saran U, Balcı A, Nohutçu A, Özdemir S, Aslan S, Asunakutlu T, Odaman S.& Özer, P.S. (2005), Kamu Yönetiminde ve Kamu Hizmetlerinde Kalite, Ankara.

Drummond M F, Stodart G L, Torrance G W,1987. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Medical Publications.

Eser,Zeliha (2003),"Hizmet"(Sunum),<http://www.baskent.edu.tr/~zeser/2003-2004/438-1> (24.01.2009)

Gökmen,C, http://www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/linkdetail.aspx?id=5048(10.12.2007)

Kalkan, Orhun (2001), "Sağlık Ekonomisi Araştırmaları", <http://www.bsm.gov.tr/makale/20014.asp?sayi=20014> (22.01.2009)

Mutlu, A., Işık, K., Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa,2005.

Sanisoğlu, Y., Sağlık Bakanlığı Denetçi Eğitimi (Sayısal karar verme) (sunum), Ankara, (28.11.2007).

Ülgen Akın ve Serap Aksoy, Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, MPM Yayını No:332, 1985, Ankara.

Uz, M. Hulki (2007), "Hastanelerde Kalite Yönetimi", <http://www.merih.net/m1/whulkuz24.htm> (11.12.2008)

Uz, M. Hulki (2007) "Sağlık Ekonomisi ve Hastanelerdeki Uygulamaları", <http://www.merih.net/m1/whulkuz25.htm> (11.12.2008)

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Bakanlar Kurulu Kararı: Tarih: 10.09.1982 No: 8/5819, Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 13.01.1983 Sayı: 17927 Y.T.K.İ.Y.de Değişiklik yapılmasına Dair Yönetmelik, Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih 05.05.2005 Sayı: 25806.

Yaldız, Elmas(2008) "Kavramsal Düzeyde Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Olgularına Bir Bakış"http://www.paribus.tr.googlepages.com/e_yaldiz.doc(22.01.2009)

Yıldırım, S.,Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi (Uzmanlık Tezi), Devlet Planlama Teşkilatı Y.no.2350, Ankara,1994.

http://www.asm.gov.tr/DOCUMENT/DOCUMENT/36_Document.PPT (13.12.2007)

<http://www.ato.org.tr/konuk/MHY/japon.html> (6.12.2007)

<http://abm.tobb.org.tr/icpazarmevzuat/cengiz%20batigun.pdf> (10.12.2007)

http://www.danismend.com/konular/kaliteyon/Kalite_maliyetleri_ve_ekonomisine_giris_1.htm (10.12.2007)

http://www.geocities.com/ceteris_paribus_tr/ardic8.doc (10.12.2007)

<http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf> (10.12.2007)

<http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/MTatar%20Sunum-2.pdf> (10.12.2007)

<http://www.igeme.org.tr/TUR/pratik/kalite.pdf> (10.12.2007)

<http://www.kalitekontrol.org/forum/kalite-tanimi-ve-kavramlari-t410.0.html;msg842#msg842> (10.12.2007)

http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1835 (10.12.2007)

http://www.sabem.saglik.gov.tr/home_contents/pageview.aspx?catid=1&subid=208 (10.12.2007)

http://www.sabem.saglik.gov.tr/home_contents/pageview.aspx?catid=1&s_id=208 (10.12.2007)

<http://www.sayed.org.tr/sunular/NURISASMAZ.ppt> (10.12.2007)

<http://selcukdemiroglu.azbuz.com/readArticle.jsp?objectID=5000000002047725> (12.12.2007)

<http://www.tek.org.tr/dosyalar/OZLALE-SAGLIK-BUYUME.doc>

POSTER BİLDİRİLER

SANDIKLI DEVLET HASTANESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA EL HİJYENİ UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ

Ahmet Atasoy¹⁰²

Özet

Araştırma Sandıklı Devlet Hastanesinde çalışan 110 sağlık çalışanının el hijyeni uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışmada çalışanlara tanımlayıcı özelliklerini belirleyen 10, el hijyeni uygulamasına yönelik 10 olmak üzere 20 sorudan oluşan anket formu uygulanarak veriler toplandı ve SPSS 11.5 paket programında değerlendirildi.

Çalışanların % 53.6'sı hemşire, % 40.9'u 31-35 yaş grubunda, % 64,5'i kadın, 50'si ön lisans eğitimi almış, % 50,9'u ise önceden el hijyeni konusunda eğitim almıştı. Çalışanların % 90.9'ünün el hijyeni uyguladığı, % 58.2' inin bir iş gününde 15 den fazla doğrudan temasta bulunduğu % 51.0'ünün ise ortalama olarak bir iş gününde 15 den fazla el hijyeni uyguladığı tespit edildi

El hijyeni uygulayanların % 72'si normal sabun, % 25.0'i antibakteriyel sabun % 3'ü alkol bazlı el ovucu kullanmakta idi. Çalışan hemşireler arasında el hijyeni için 5 adım kuralını uygulayanların oranı % 70.2, hekimlerde % 40.0, sağlık memurlarında % 42.9 olarak tespit edildi.

Doktorların % 13.3'ünün, hemşirelerin % 38,6'nının ve sağlık memurlarının % 28,6'sının ellerini 40-60 saniyede yıkadığı tespit edildi. Sonuç olarak el hijyeninin hastane enfeksiyonlarını önlemede etkisi ve önemi göz önüne alınarak çalışanların el hijyeni konularında eğitilmelerinin ve periyodik gözlemlerin tekrarlanması uygun olacağı düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Hastane Enfeksiyonu, El Hijyeni

Abstract

This descriptive study was carried out to define the hand hygiene related practices of 110 health workers in Sandıklı State Hospital. The data were collected by application of a questionnaire which consists of 10 questions out the descriptive characteristics, and 10 questions about the practices of health workers. The SPSS 11.5 package program was used to evaluate the data.

Of the health workers, 53.6 % are nurses, 40.9 % are in 31-35 age group, 64.5 % are female, 50% have pre-graduate education, 90 % are practising the hand hygiene, and 50.9% had training on the hand hygiene before. According to the

102 Sandıklı Devlet Hastanesi, 1959ahmet@gmail.com

results, while 90.9% of the health workers are practising the hand hygiene, 58.2% have more than 15 direct contacts on a work day, and 51.0% apply the hand hygiene more than 15 times.

Majority of the health workers (72.0%) who are practising the hand hygiene regularly use normal soap while 25.0 % use anti-bacterial soap and 3.0 % use alcohol-based hand scrubbers. The proportions of those who apply the 5-step rule of hand hygiene were estimated to be 70.2% among nurses, 40.0% among medical doctors, and 42.9% among health technicians.

It was also found out that 13.3% of doctors, 38.6% of nurses, and 28.6% of health technicians wash their hands in 40-60 seconds. In conclusion, it is highly recommendable to carry out training programs and consistent periodical supervisions for the health workers by considering the effect and importance of hand hygiene in preventing nosocomial infections.

Key Word: Nosocomial Infection, Hand Hygiene

1.GİRİŞ

Hastane enfeksiyonları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı problemidir. Hastaneye yatan hastaların %5 - 15'inde hastane enfeksiyonu gelişebilmektedir. Ülkemizde hastane enfeksiyonların görülme sıklığı % 1.0- 16.5 arasında değişmektedir.

Hastane enfeksiyonları Ülkemizde yatış süresinde ortalama 10- 20 gün uzamasına, 1500 dolar/ hasta başına maliyet artışına neden olmaktadır. Hastane enfeksiyonlarına bağlı mortalite oranı % 16 -28.5 arasında değişmektedir (rshm.gov.tr, 2008; Yalçın, 2008: 17; Meriç, 2008).

Hastane enfeksiyonlarının yaklaşık % 30- 40'ı önlenbilir (Meriç 2008; Albay 2005: 41). 40 yıl içinde yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerinde çalışanların kontamine ellerinin, sağlık hizmetiyle ilişkili patojenlerin bulaşmasında önemli rol oynadığını göstermiştir (performans.saglik.gov.tr, 2008).

Hastane enfeksiyonlarının % 20- 40'ında kaynağın veya bulaş yolunun eller olduğu gösterilmiştir (Gencer 2008: 71).

El hijyeni artık, sağlık hizmeti verilen yerlerde patojenlerin yayılmasını önlemek için önemli bir önlem olarak görülmektedir. Sağlık hizmeti verilen yerlerde patojenlerin yayılmasını azaltmak için enfeksiyon kontrol önlemlerine ilişkin DSÖ yayınlarında, el hijyeninin ana önlem olduğu vurgulanmaktadır (performans.saglik.gov.tr, 2008).

El hijyeninde antimikrobiyal madde içeren ve içermeyen sabunlar ve el antiseptikleri kullanılır. Alkol bazlı el antiseptikleri mikroorganizmalar üzerine en etkili olanlarıdır. Dünya Sağlık Örgütü alkol bazlı el antiseptiğini önermektedir (THEKD, 2008: 14).

Bu çalışmanın amacı; Sandıklı Devlet Hastanesindeki sağlık çalışanlarının el yıkama alışkanlıklarını değerlendirmek ve değişik izlem ve tedavi işlemleri sırasındaki sağlık çalışanlarının el yıkama sıklığını belirlemektir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Sandıklı Devlet Hastanesindeki sağlık çalışanlarının el yıkama alışkanlıklarını değerlendirmek ve değişik izlem ve tedavi işlemleri sırasındaki sağlık çalışanlarının el yıkama sıklığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır

2.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Sandıklı Devlet Hastanesinde çalışan 30 hekim, 68 hemşire-ebe, 38 sağlık memuru (Toplum sağlığı, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, acil tıp teknisyeni, anestezi teknisyeni) 6 diğer sağlık personeli olmak üzere 142 sağlık personeli oluşturmaktadır.

Araştırmayı kabul etmeme, izin ve rapor nedeniyle 32 sağlık personeline ulaşamamıştır. Katılım oranı % 77.46'dır. Araştırmanın örneklemini 110 sağlık personeli oluşturmaktadır.

2.3. Verilerin Toplanması

Çalışmada, çalışanlara tanımlayıcı özelliklerini belirleyen 10, el hijyeni uygulamasına yönelik 10 olmak üzere 20 sorudan oluşan anket formu 01.09.2208- 20.09.2008 tarihleri arasında uygulanarak veriler toplanmıştır.

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 11.5) paket programı kullanılarak bilgisayarda yapılmış, sağlık çalışanlarının el yıkama alışkanlıkları yüzdelik değerler olarak verilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırma grubunun % 53.6' ü hemşirelerden oluşmakta, % 50.0'inin önlisans düzeyinde eğitim aldığı, % 21.8'sinin acil serviste çalıştığı tespit edilmiştir. Grubun % 40.9'u 31-35 yaş grubunda, % 36.5'unun hizmet süresi 15 yıl üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık alışanların sosyodemografik zellikleri

	Sayı	%
Unvan (n=110)		
Hekim	17	15.5
Hemşire	59	53.6
Sağlık Memuru	34	30.9
Yaş (n=110)		
21-25	2	1.8
26-30	21	19.1
31-35	45	40.9
36-40	19	17.3
40+	23	20.9
Cinsiyet (n=110)		
Kadın	71	64.5
Erkek	39	35.5
Medeni Hal (n=110)		
Evli	95	86.4
Bekar	15	13.6
Eğitim Durumu (n=110)		
Lise	27	24.5
Önlisans	55	50.0
Lisans	10	9.1
Yüksek lisans	18	16.4
Hizmet Süresi (n=110)		
0-5 yıl	14	12.8
6-10 yıl	27	24.5
11-15 yıl	29	26.4
15+ yıl	40	36.5

Çalışılan Servis (n=110)		
Dahiliye Servisi	10	9.1
Cerrahi servisi	12	10.9
Doğum Servisi	11	10.0
Acil Servis	24	21.8
Çocuk servisi	9	8.2
Ameliyathane	13	11.8
Poliklinik	11	10.0
Laboratuvar	20	18.2

Tüm sağlık personelinde el yıkama alışkanlığı oranı % 90.9 olarak belirlendi. Hekim, hemşire ve sağlık memuru grubunda el yıkama alışkanlıkları sırası ile % 88.2, % 96.6 ve % 82.4 olarak saptandı. (Tablo 2).

Tablo 2. Meslek gruplarına göre el hijyeni uygulama durumları

	Hekim		Hemşire		Sağlık Memuru		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
El hijyeni uyguluyor	15	88.2	57	96.6	28	82.4	100	90.9
El hijyeni uygulamıyor	2	11.2	2	3.4	6	17.6	10	9.1
Toplam	17	100.0	59	100.0	34	100.0	110	100.0

Tüm Sağlık personelinin el hijyeninde kullandığı el hijyeni ürünleri incelendiğinde; tüm sağlık personelinde normal sabun kullanma oranı % 72.0'dir. Hekim, hemşire ve sağlık memuru grubunun normal sabun kullanma oranı sırası ile % 73.3, % 70.2 ve % 75.0 olarak tespit edildi.

Alkol bazlı antiseptik kullanma oranı tüm sağlık personelinde % 3.0'tür. Hekim, hemşire ve sağlık memuru grubunun alkol bazlı antiseptik kullanma oranı sırası ile % 6.7, % 1.8 ve % 3.6 olarak tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 3. Meslek gruplarına göre kullanılan el hijyeni ürünlerinin dağılımı

	Hekim		Hemşire		Sağlık Memuru		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal Sabun	11	73.3	40	70.2	21	75.0	72	72.0
Antibakteriyel Sabun	3	20.0	16	28.1	6	21.4	25	25.0
Alkol bazlı antiseptik	1	6.7	1	1.8	1	3.6	3	3.0
Toplam	15	100.0	57	100.0	28	100.0	100	100.0

Sağlık personelinin el yıkama süreleri incelendiğinde tüm sağlık personelinde 41 saniye ve üzerinde el yıkama oranı % 46'dır. Hekim, hemşire ve sağlık memuru grubunun el yıkama süresi 41 saniyeden fazla olanların oranı sırası ile % 20,9, %54,4 ve % 42,9 olarak tespit edildi (Tablo 4).

Sağlık personelinin el yıkama süreleri incelendiğinde 41 saniye ve üzerinde el yıkama süresinde yıkanma oranı % 46,0 olarak tespit edildi. Hekim, hemşire ve sağlık memuru grubunun el yıkama süresi sırası ile % 20,0, % 54,4 ve % 42,9 olarak tespit edildi (Tablo 4).

Tablo 4. Meslek gruplarına göre el yıkama süreleri

	Hekim		Hemşire		Sağlık Memuru		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20 Saniyeden az	5	33.7	7	12.3	7	25.0	19	19.0
21- 40 saniye	7	46.7	19	33.3	9	32.1	35	35.0
41-60 saniye	2	13.3	22	38.6	8	28.6	32	32.0
60 saniyeden fazla	1	6.7	9	15.8	4	14.3	14	14.0
Toplam	15	100.0	57	100.0	28	100.0	100	100.0

Sağlık personelinin el yıkama zamanları incelendiğinde en fazla el yıkaması % 15,0 oranı ile hasta temasından sonra olduğu tespit edildi. El yıkamanın 5 adım kuralını tam uygulanma oranı tüm sağlık personelinde % 58,0'dir. Hekim, hemşire ve sağlık memuru grubunun el hijyenin 5 adım kuralının uygulanma oranı sırası ile % 40,0, % 70,2 ve % 42,9 olarak tespit edildi (Tablo 5).

Tablo 5. Meslek gruplarına göre el yıkama zamanları

	Hekim		Hemşire		Sağlık Memuru		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hasta temasından önce	3	20.0	5	8.8	4	14.3	12	12.0
Antiseptik işlerden sonra	1	6.7	2	3.5	0	0	3	3.0
Vücut sıvısına maruziyetten sonra	0	0	2	3.5	4	14.3	6	6.0
Hasta ile temastan sonra	4	26.7	5	8.8	6	21.4	15	15.0
Hasta ortamıyla temasından sonra	1	6.7	3	5.3	2	7.1	6	6.0
5 adım kuralını tam uygulayanlar	6	40.0	40	70.2	12	42.9	58	58.0
Toplam	15	100.0	57	100.0	28	100.0	100	100.0

Sağlık personelinin el hijyeni eğitim alma durumları incelendiğinde eğitim alma oranı tüm sağlık personelinde % 50,9 olarak tespit edildi. Hekim, hemşire ve sağlık memuru grubunun el hijyeni eğitim alma oranları sırası ile % 35,2, % 66,1 ve % 32,3 olarak tespit edildi.

Sağlık personelinin el hijyeni uygulayanlarda eldiven kullanma durumu incelendiğinde eldiven kullanma oranı tüm sağlık personelinde % 17.0 olarak tespit edildi. Hekim, hemşire ve sağlık memuru grubunun el hijyeni eğitim alma oranları sırası ile % 13,3 % 17.5 ve % 17.9 olarak tespit edildi (Tablo. 6).

Tablo 6. Meslek gruplarına göre el hijyeni uygulayanlarda eldiven kullanımı

	Hekim		Hemşire		Sağlık Memuru		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
El Yıkama	12	80,0	39	68,4	23	82.2	74	74.0
Eldiven Kullanma	2	13,3	10	17,5	5	17.9	17	17.0
Antiseptikle El Ovma	1	6,7	8	14,0	0	0	9	9.0
Toplam	15	100.0	57	100.0	28	100.0	100	100.0

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda tüm sağlık personelinde normal sabun kullanma oranı % 72.0'dir. Hekimlerde sabun kullanımı % 73.3 ve hemşire normal sabun kullanma oranı % 70.2 tespit edildi. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil serviste çalışanlarda genel olarak % 79.9, doktorlarda sabun kullanma oranı % 77.8 ve hemşirelerde sabun kullanma oranı % 73,7'dir (Keşaplı, 2004: 239). Bu araştırma sonucu ile karşılaştırıldığında sabun kullanma oranımız düşüktür.

Çalışmamızda ideal ek yıkama (el yıkamanın beş adımını tam uygulayanlar) oranı tüm sağlık personeli arasındaki oranı % 58.0'dir. Hekimlerde % 40.0 hemşirelerde ise 70.2'dir. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil serviste çalışanlarda hekimlerde % 6.2' ve hemşirelerde ise % 4 ' tür (Keşaplı, 2004: 239). Bu araştırma sonucu ile karşılaştırıldığında ideal el yıkama oranımız tüm sağlık personelinde oldukça yüksektir.

Çalışma grubumuzda hasta temasından sonra el yıkama oranı genelde % 15'tir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun bakım ünitesinde çalışanlarda hasta temasından sonra el yıkama oranı % 24 (Yorgancı, 2002: 61) ve Ege Üniversitesi Genel cerrahi kliniğinde çalışanlarda hasta teması sonrası el yıkama oranı % 21'dir (Makay, 2008: 151). Hasta teması sonrası el yıkama oranımız bu araştırma bulgularına göre düşük düzeydedir.

Çalışmamızda hemşireler arasında hasta teması sonrası el yıkama oranı % 8.8'dir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun bakım ünitesinde çalışanlarda hasta temasından sonra el yıkama oranı % 37 (Yorgancı, 2002: 61) ve Ege Üniversitesi Genel cerrahi kliniğinde çalışanlarda hasta teması sonrası el yıkama oranı % 41'dir (Makay, 2008: 151). Hasta teması sonrası el yıkama oranımız bu araştırma bulgularına göre düşük düzeydedir.

Çalışmamızda sağlık personelinin el hijyeni uygulayanlarda eldiven kullanma oranı tüm sağlık personelinde % 17.0 olarak tespit edildi. Bir yoğun bakım çalışanlarında el yıkama alışkanlıkları araştırmasında eldiven kullanma oranı % 18 olarak bulunmuştur (Makay, 2008: 151). Eldiven giyme oranımız bu araştırma sonucu ile uyumludur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda araştırma kapsamını oluşturan sağlık personelinde;

- Alkol bazlı antiseptik kullanma oranının yüksek
- Normal sabun kullanma oranının yüksek olduğu
- El yıkamanın 5 adımında el yıkama oranının düşük olduğu
- Eğitim alma oranını düşük olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- El hijyen ürünü olan alkol bazlı antiseptik solüsyonların bakım ünitelerinde hazır bulundurulması,
- El yıkamanın 5 adımını gösteren afiş ve broşürlerin hasta bakım yerlerinde bulundurulması,
- El hijyeni Hizmet içi eğitim planlarında yer alması ve eğitimlerin tazelenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

[http://www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/egitim/EKHems_sunumlar/4hastane_enf_onemi_tanimi.ppt#260,4,Hastane Enfeksiyonları Sonuçlar \(24.12.2008\)](http://www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/egitim/EKHems_sunumlar/4hastane_enf_onemi_tanimi.ppt#260,4,Hastane%20Enfeksiyonlari%20Sonuclari)

Yalçın, Ata, (2008), Enfeksiyon hastalıklarının Maliyet Analizi, Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi No 60, Ocak 2008, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, İstanbul

Meriç Meliha,(2008) Enfeksiyon Kontrol Komitelerinin Sağlık Hizmetleri ile İlişkili Enfeksiyon Kontrolündeki Rollerini, http://www.klimik.org.tr/BaharOkulu2008/pdfs/12Mart2008_M_Meric.pdf (24.12.2008)

Albay, Ali (2005) El antiseptiklerinde Cilt Koruyucu Maddeler, 4.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Sayfa 41-58)

Gencer, Serap (2008) Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolünün olmazsa olmazı el yıkama Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi No 60, Ocak 2008

Cerrahpaşa Tıp fakültesi Sürekli Tıp eğitim Etkinlikleri, sayfa: 71-78 İstanbul

THEKD, (2008), El Hijyeni Kılavuzu Hastane Enfeksiyonları Dergisi Cilt 12,Ek 1

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguvenlik/saglik_hizmetlerinde_el_hijyeni_konulu_dso_kilavuzu.pdf (24.12.2008)

Keşaplı, Mustafa (2004) "Acil serviste El Yıkama Davranışını Özellikleri ve Etkileyen Faktörler", Türkiye Klinikleri Dergisi Cilt 24, Sayı 2, Sayfa 235-242.

Yorgancı, Kaya (2002) "Bir cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde sağlık Personelinin El Yıkama Alışkanlıkları", Yoğun Bakım Dergisi Cilt 2, Sayı 1 sayfa 58-63.

Makay, Özer (2008), "Yoğun Bakım Çalışanlarının El Yıkama Alışkanlıkları", Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi Cilt 14, Sayı 2, Sayfa 149-153.

PEDİATRİ KLİNİĞİNDE TEDAVİ GÖREN HASTALARIN EBEVEYNLERİNİN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN BEKLENTİLERİNİN İNCELENMESİ

Nesrin Öz¹⁰³, Prof. Dr. Ümran Sevil¹⁰⁴

Özet

Pediyatri kliniğinde tedavi gören hastaların ebeveynlerinin hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Hastanede yatarak tedavi gören hastaların bakım kalitelerinin yükseltilmesinde, hastaların hastane ve sağlık personelinden beklentilerinin bilinmesi önemlidir. Hastane ortamının olumlu olması her düzeydeki personelin çalışmasını da olumlu olarak etkileyecek ve iş verimini artıracaktır.

Araştırmanın verileri, anket formu yardımıyla, ebeveynlerle yüz yüze görüşülerek, 02-31 Mayıs-2005 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi pediatri kliniğinde toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini pediatri kliniğinde çocuğu tedavi gören 120 ebeveyn oluşturmuştur. Araştırma kapsamına, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında pediatri kliniğinde 2 gün ve daha uzun süredir tedavi gören, sorulara yanıt verebilen ve gönüllü olan ebeveynler alınmıştır. Kurumdan yazılı, katılımcılardan sözlü izin alınmıştır.

Hastaların ebeveynlerinin %67.5'inin hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin karşılandığı, %25.8'inin kısmen karşılandığı, %6.7'sinin ise beklentilerinin karşılanmadığı saptanmıştır. Ebeveynlerin %93.3'ünün hemşirelik hizmetlerinden memnun olduğu, %6.7'sinin memnun olmadığı; memnun olmayanların %50.0'ünün memnun olmama nedeninin hemşirelin katı davranışları olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %58.6'sının hemşirelik hizmetlerinden iyi hizmet, güler yüz, ilgi ve empati bekledikleri saptanmıştır. Ayrıca ebeveynlerin %53.3'ünün hasta haklarını bildikleri, hasta haklarını bilenlerin %42.2'sinin bilgiyi doktordan, %18.7' sinin de hemşireden öğrendikleri saptanmıştır.

Hemşirelik mesleğinin iyi hizmet kalitesine sahip olması için, hizmet verilen grubun beklentilerinin dikkate alınması gerekmektedir. Bunun için hemşire hasta hakları ve kendi hakları konusunda duyarlı ve bilgili olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Hakları, Memnuniyet, Hemşirelik

¹⁰³ Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

¹⁰⁴ Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, umransevil@gmail.com

Abstract

This research is planned as a descriptive one in order to analyze the expectations of parents from nursing services whose children are receiving treatment in pediatric clinics. It is important to know the expectations of patients from hospital and from health personnel in order to improve the nursing quality of in-patients. A positive hospital environment will affect the personnel of all levels positively and will increase job efficiency.

Research data was collected by questionnaire forms, by face to face interviews with parents during 02 – 31 May 2005 in a pediatric clinic of a university hospital. Research sample is composed of 120 parents whose children are receiving treatment in pediatric clinic. Parents, whose children had been receiving treatment for 2 or more days between the days research was done, who were able to give answers to the questions, and who were volunteer were included in research scope. Written permission from establishment and oral permission from participants were got.

It is determined that expectations of 67.5% of patients' parents were met, expectations of 25.8% were partially met and expectations of 6.7% were not met. It is determined that 93.3% of parents were satisfied with nursing services and 6.7% were not satisfied; and the reason for dissatisfaction of 50.0% of those who were not satisfied was unkind attitude of nurses. It is determined that 58.6% of parents expect good service, friendliness, interest and empathy from nursing services. It is also determined that 53.3% of parents know patient rights and 42.2% of the ones who know learned the rights from doctors and 18.7% learned from nurses.

In order to make nursing profession have a good service quality, expectations of the group who receive service must be taken into consideration. For this reason, nurses must be sensitive and informed about patient rights and their own rights.

Key Words: Patient Rights, Satisfaction, Nursing

1.GİRİŞ

Hastaneler birer sosyal kurumdur ve toplumun her kesiminden bireyler başvurabilmektedir. Hastaneye başvuran bireylerin fiziksel ve psikolojik yapıları ile beklentileri diğer kurumlara başvuranlardan farklıdır. Hastaneye gelen hasta ve ailesi kendilerine yabancı olan hastaneye ilişkin korku ve endişe yaşarlar, bilinmeyenden ürkerler. Böyle durumlarda sağlık bakım ekibinin tutumu hastanın ve ailesinin tüm hastane deneyimini büyük ölçüde etkiler (Pakdil, 2008; Yılmaz, 2001: 69-74).

Hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirmeye yönelik bir meslektir. Hemşirelik bu yönüyle aynı zamanda bireylerin sağlık ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını da sağlamış olmaktadır (Kayahan ve Ovayolu, 2004: 39).

Hastaların beklenti ve isteklerinin karşılanması sonucu memnuniyet oluşur (Pakdil, 2008; Yılmaz, 2001: 69; Oktay, 2000: 54). Hasta memnuniyetini sağlamak, sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas olan konulardan biridir. Konunun önemi, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında her zaman yakalanamayan uyumlu olma zorunluluğudur (Pakdil, 2008; Yılmaz, 2001: 69-74). Sağlık kuruluşları hasta memnuniyetini yakalayabilmek için sağlık hizmet kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkarmak zorundadırlar. Birincisi modern tıbbi bakımın gerektirdiği optimal sağlık hizmetlerinin verilmesi, ikincisi ise hasta hak, ihtiyaç, beklenti ve isteklerinin karşılanmasıdır (Pakdil, 2008; Yılmaz, 2001: 69).

Hasta beklentileri, hastanın aynı ya da benzer durumdaki geçmiş deneyimlerine bağlı olarak değişebilmektedir (Akgün, 2002: 14). Hastanelerde hasta ve ebeveynlerinin memnuniyetinde hemşirelik hizmetlerinin sunumu, bu hizmetin hasta ve ailesi tarafından algılanışı oldukça önemlidir. Hastaların beklentileri algılanan kaliteyi belirler. Hastalar; temizlik, gürültü, bürokrasi bekleme süresi, ağrı ve yakınmalarının dinmesi, personelin davranışları ve iyileşmeleri hakkında değerlendirme yapmaktadır. Aile bireylerinin hizmet kalitesi ve yeterliliğinden memnun olması hasta memnuniyetini de önemli ölçüde etkilemektedir (Milli Prodüktivite Merkezi, 2009; Pakdil, 2008).

Günümüzde çocuk hemşireliğinde bakım aile merkezli bakıma dönüşmüştür. Profesyonel bir hemşire her birey/hasta için en kaliteli bakımı sağlamaktan sorumludur. Hemşirelerin profesyonel rolleri bakım verici, eğitici, işbirlikçi, araştırmacı, savunucu ve bakım yöneticisi rollerini içerir (Yıldız, 2003: 38). Sağlık hizmetlerinden yararlanmada hasta ve hasta yakınlarının sağlık personeline bağımlılığı söz konusudur. Bu bakımdan hasta ve yakınlarının hastalıkları ve bakımları konusunda bilgilendirilmeleri, eğitilmeleri, duygusal gereksinimlerinin karşılanması son derece önemlidir (Pakdil, 2008; Yılmaz, 2001: 69). Gerek hasta gerekse yakınları ile kurulacak olumlu ilişkiler hemşirenin işlevlerini yapmalarını kolaylaştıracak, dolayısıyla hasta bakımında etkinliği arttıracaktır (Bekirgil, 1998). Hasta ile kurulan ilişkide hemşirelik hizmetlerinin yoğunlaştığı nokta, hasta ve onun gereksinimleri olmalıdır. Hasta kendi gereksinimlerini kendi karşılayabildiği ve önerilen tedavinin gereklerini yerine getirdiği sürece hemşireye bağımlı değildir Ancak hasta ve ailesinin sorunların üstesinden gelebilmelerinde hemşirenin bilgi verici destekleyici yardımına gereksinimleri vardır (Yıldız, 2003: 38). Hemşire-hasta-aile ilişkisinin hemşirelik bakımı yönünden büyük önem taşıdığı unutulmamalıdır. Hastanede yatarak tedavi gören hastalara daha fazla yardımcı olabilmek ve hasta bakım kalitesini yükseltmek, memnuniyetlerini artırmak için hastaların hastane ve sağlık personelinden beklentilerinin bilinmesi önemlidir (Pakdil, 2008; Yılmaz, 2001: 69; Özmen, 1990: 532).

Hastane ortamının olumlu olması her düzeydeki personelin çalışmasını da olumlu olarak etkileyecek ve iş verimini artıracaktır. Kaliteli hizmet sunmanın genel kazançları arasında halkın kuruma karşı olan güveninin artması, çalışanlar arasında işbirliği, ekip çalışması ve dayanışma sağlanması, kurumun prestijinin artması, kurumda verimliliğin artması, kurum maliyetlerinin azalması, hasta ve çalışanlar açısından daha çok güvenlik sayılabilir (Milli Prodüktivite Merkezi, 2009).

2. GEREÇ YÖNTEM

2.1. Amaç

Bu araştırma pediatri kliniğinde tedavi gören hastaların ebeveynlerinin hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma bir üniversite hastanesinin pediatri kliniğinde 02.04.2005-31.04.2005 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihler arasında pediatri kliniğinde çocuğu tedavi gören ebeveynler, örneklemini ise aynı tarihler arasında pediatri kliniğinde 2 gün ve daha uzun süredir tedavi gören, sorulara yanıt verebilen ve gönüllü olan 120 ebeveyn oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, anket formu yardımıyla, ebeveynlerle yüz yüze görüşülerek, toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm ebeveynlerin sosyo demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan, ikinci bölüm ebeveynlerin hemşirelik hizmetlerinden beklentilerini kapsayan sorulardan oluşmuştur. Çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı, katılımcılardan sözlü izin alınmıştır.

3. BULGULAR

Tablo 1. Ebeveynlerin hastaya yakınlık durumlarına göre dağılımları

Hastaya yakınlık durumu	Sayı	Yüzde
Anne	107	89.2
Baba	4	3.3
Diğer	9	7.5
Toplam	120	100.0

Ebeveynlerin hastaya yakınlık durumu incelendiğinde, %89.2'sinin anne,%3.3'ünün baba olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Ebeveynlerin klinikte en fazla iletişimde buldukları kişilere göre dağılımları

İletişimde bulunulan kişiler	Sayı	Yüzde
Hemşire	100	83.4
Doktor	16	13.3
Hiç kimse	4	3.3
Toplam	120	100.0

Ebeveynlerin klinikte en fazla iletişimde buldukları kişilere göre dağılımları incelendiğinde %83.4'ünün hemşire ile,%13.3'ünün doktor ile iletişim kurdukları belirlenmiştir.

Tablo 3. Ebeveynlerin hemşirelik hizmetlerinden beklentilerine ve beklentilerinin karşılanma durumuna göre dağılımları

Hemşirelik hizmetlerinden beklentiler	Sayı	Yüzde
İyi hizmet, güler yüz, ilgi, empati	75	58.6
Tedavi ve bakımda bilgi verme	31	24.2
Saygı, merhamet, yardım	7	5.5
Tedavi ve bakımda dikkat	5	3.9
Hasta haklarına saygı	4	3.1
Zamanında yerinde bakım	3	2.3
İşlerinde profesyonellik	2	1.6
Hijyen kurallarına uyma	1	0.8
Toplam (Bir kişi birden fazla cevap vermiştir)	128	100.0
Beklentilerin karşılanma durumu		
Beklentileri karşılanan	81	67.5
Beklentileri kısmen karşılanan	31	25.8
Beklentileri karşılanmayan	8	6.7
Toplam	120	100.0

Ebeveynlerin %58.6'sının hemşirelik hizmetlerinden iyi hizmet, güler yüz, ilgi ve empati bekledikleri saptanmıştır Hastaların ebeveynlerinin %67.5'inin hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin karşılandığı, %25.8'inin kısmen karşılandığı, %6.7'sinin ise beklentilerinin karşılanmadığı saptanmıştır.

Tablo 4. Ebeveynlerin hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumlarına göre dağılımları

Memnuniyet durumu	Sayı	Yüzde
Memnun olan	112	93.3
Memnun olmayan	8	6.7
Toplam	120	100.0
Memnun olmayan ebeveynlerin memnun olmadıkları konular		
Hemşirelerin katı davranışları	12	50.0
Çağırıldıklarında gelmemeleri	4	16.5
Odaların sorunlarına ilgisiz kalmaları	3	12.5
Hasta sayısının çok hemşire sayısının az olması	1	4.2
İletişimin az olması	1	4.2
Refakatçilere ilaç verdirmeleri	1	4.2
Takip ve tedavilerin gece geç saatlerde olması	1	4.2
İlgisiz olmaları	1	4.2
Toplam (Bir kişi birden fazla cevap vermiştir)	24	100.0

Ebeveynlerin %93.3'ünün hemşirelik hizmetlerinden memnun olduğu, %6.7'sinin memnun olmadığı; memnun olmayanların %50.0'inin memnun olmama nedeninin hemşirelin katı davranışları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Ebeveynlerin hasta haklarını bilme durumlarına ve bilgi kaynaklarına göre dağılımları

Hasta haklarını bilme durumu	Sayı	Yüzde
Bilen	64	53.3
Bilmeyen	56	46.7
Toplam	120	100.0
Hasta haklarını bilen ebeveynlerin bilgi edindikleri kaynaklar		
Doktor	27	42.2
Hemşire	12	18.7
Yazılı basın	19	29.7
TV-Radyo	6	9.4
Toplam	64	100.0

Ayrıca ebeveynlerin %53.3'ünün hasta haklarını bildikleri, hasta haklarını bilenlerin %42.2'sinin bilgiyi doktordan, %18.7'sinin de hemşireden öğrendikleri saptanmıştır.

4. TARTIŞMA

Araştırma sonucunda ebeveynlerin klinikte en fazla (%83.4) hemşire ile iletişim kurduğu, %58.6'sının hemşirelik hizmetlerinden iyi hizmet, güler yüz, ilgi ve empati beklediği, %67.5'inin hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin karşılandığı ve %93.3'ünün hemşirelik hizmetlerinden memnun olduğu saptanmıştır.

Aytar ve arkadaşları (2004) yatan hasta memnuniyeti ile ilgili yaptıkları çalışmalarında hastaların %91.8'inin hastane hizmetlerinden genel olarak memnun olduklarını, en çok memnun oldukları konunun da sağlık çalışanlarının davranışı (%50.8) olduğunu saptamışlardır (Aytar ve Yeşildal, 2004: 10).

Yıldırım ve ark.(1999) çalışmalarında hastaların hastane hizmetlerinden genel olarak memnun olma oranını %85.5 olarak belirlemişlerdir (Yıldırım vd., 1999: 71).

Tükel ve arkadaşları (2004) çalışmalarında, hastaların kendilerine yaklaşım biçimi yönünden doktorlardan %82.6, hemşirelerden %71.2 oranında memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir (Tükel vd., 2004: 205).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik mesleğinin iyi hizmet kalitesine sahip olması için, hizmet verilen grubun beklentilerinin dikkate alınması gerekmektedir. Bunun için hemşire hasta hakları ve kendi hakları konusunda duyarlı ve bilgili olmalıdır. Hizmet verilen grubun beklentilerinin karşılanmaması durumunda hasta yakınmaları ortaya çıkmaktadır. Kısaca hasta memnuniyeti karşılanan ve karşılanmayan beklentilerin bir toplamı olarak özetlenebilir. Hastaların beklentilerine cevap verecek şekilde hizmet sunan servisler o hastaneler için toplumun gözünde olumlu izlenimler bırakmaktadır. Kuruluşların diğer kuruluşlarla rekabet edebilmesinde en etkili silah, müşterilerin gereksinim ve beklentilerini belirlemek, bu doğrultuda uygun girişimlerde bulunmak olmalıdır.

Hasta ve yakınlarının hizmetin kalitesine ilişkin beklentilerinin artması, hizmeti sunan kişilerin kaliteli hizmete yönelmelerinde itici güç olacağına inanılmaktadır. Bu nedenle kurumların öncelikli olarak tüm çalışanlarının kalitesini artırmaları gerekir. Hastane ortamının olumlu olması her düzeydeki personelin çalışmasını da olumlu olarak etkileyecek ve iş verimini artıracaktır.

KAYNAKLAR

Akgün S (2002),Hasta memnuniyeti değişimleri, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 6(3):14

Aytar G,Yeşildal N (2004),Yatan hasta memnuniyeti, Düzce üniversitesi Tıp fakültesi Dergisi,3:10-14

Bekirgil M (1998),Hasta çocuğu olan ebeveynlerin karşılaştıkları güçlükler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Bilim Uzmanlığı Tezi.

Kayahan M.,Ovayolu N.(2004), Hasta hakları ve hemşirenin rolü,Hemşirelik Forumu Dergisi,7(4):39

Milli prodüktivite merkezi (2009), Hizmet sektöründe kalite ve müşteri memnuniyeti konferansı, Bartın Devlet Hastanesi 12 Haziran 2007 ([www.bartindevlet.gov.tr/saglikkosesi/egitim / kalitesunu. ppt](http://www.bartindevlet.gov.tr/saglikkosesi/egitim/kalitesunu.ppt)) (erişim tarihi 2009)

Oktay C (2000),Acil Serviste Hasta Memnuniyeti, Aktüel Tıp Dergisi. 5(9):54

Özmen D (1990),Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan hastaların beklentilerinin saptanması,2.Ulusal Hemşirelik Kongre Bildiri Kitabı (Tam metin).532-38

Pakdil F (2008), Konur Hastanesi'nde hasta memnuniyeti araştırmaları ve hasta odaklı sağlık hizmeti, www.sabem.saglik.gov.tr/ erişim tarihi:25.09.2008

Tükel B,Acuner MA,Önder RÖ,Üzgül A (2004), Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde yatan hasta memnuniyeti (genel cerrahi anabilim dalı örneği), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,57(4):205-14

Yılmaz M (2001), Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü:Hasta memnuniyeti, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,5(2): 69-74

Yıldırım A,Maral I,Aycan S,Bumin MA (1999), Gazi Hastanesi yataklı servislerinde hizmet alanların bazı temel özelliklerine hastaneden memnuniyet durumları, Gazi Kalite Günleri II Bildiri özet kitabı,71

Yıldız S (2003), Profesyonel hemşire rol ve işlevleri, Modern Hastane Yönetimi Dergisi.7(2):38

KALİTELİ HİZMET İÇİN SÜRDÜRÜLEBİLİR ATIK PROJESİ

Dr. Nurhan Meydan Acımiş¹⁰⁵, Dr. Nalan Gökalp¹⁰⁶, Nevin Şahin¹⁰⁷
Neriman Erkaya³, Hatice Hayta³, Hamza Okut³

Özet

Gelişmiş ülkelerde tüm atığın binde üçü hastane atıklarıdır. Hastane atıkların büyük kısmını tıbbi atıklar oluşturur. Günümüzde katı atık çeşitlerinin zararlarını önlemek amacı ile; uygun toplanması, taşınması, yeniden kullanım, geri dönüşüm gibi yöntemleri uygulanmaktadır. Bu değerlendirme sürece atık yönetimi denir. Denizli Devlet hastanesinde atık komisyonunun tarafından bir proje hazırlandı ve atıkların yerinde ayrıştırma sağlandı. Tüm birimlere tıbbi atıkları etiketleme, tıbbi atık eğitimi verildi. Atık deposu atık yönetmeliğine uygun restore edildi. Depo tıbbi, evsel, kağıt atık, cam atık bölümlerine ayrıldı. Kağıt atıklar ise fidanlara dönüştürülerek, iki adet hastane ormanı oluşturuldu. Tüm faaliyetler hazırlanan atık formlarına kaydedildi. Bu proje; atıkların doğru, uygun ve geri kazanım konusunda bilinci artırmak ve sürekliliğini sağlaması açısından sağlık hizmeti için önemlidir. Bu proje çalışması tehlikeli atıkların uzaklaştırılması konusunda ülkenin mevzuat eksikliği, uygulama sorunları ve İZAYDAŞ'ın bertaraf sınırlaması nedeni ile sınırlı kalmıştır. Bu proje diğer sağlık bakımı sürdüren kuruluşlar için model olabilir.

Anahtar Kelimeler: Atık Yönetimi, Sağlık Kuruluşları, Sürdürülebilir Hizmet

Abstrac

In developed countries, three-thousandth of the total waste is hospital waste. A large amount of hospital waste consists of medical waste. For the prevention of the harms of different types of solid waste, methods such as suitable collection, transportation, reuse and recycling of waste are used. This process is called waste management. A waste management project was prepared by the waste management commission of Denizli State Hospital, and the parsing of waste was conducted onsite. All units were given training on medical wastes and their labeling. The waste depository was restored according to waste regulations. The depository was divided into different sections for medical, domestic, paper and glass waste. Paper waste was transformed into saplings, and two forest areas were established. All activities were recorded on the prepared waste forms. This project bears importance for health care services in providing the correct and appropriate handling of waste, increasing consciousness about waste recovery, and establishing continuity. This project has limitations due to the lack of legislation about the disposal of dangerous waste, problems in application, and disposal restrictions implemented by İZAYDAŞ. This project can provide a model for other health care institutions.

Key Words: Waste Management, Health Institutions, Sustainable Service

105 Denizli Devlet Hastanesi, nurhan88@hotmail.com

106 Denizli Devlet Hastanesi, nlgokalp@mynet.com

107 Denizli Devlet Hastanesi

1. GİRİŞ

Kullanılma süresi dolan ve yaşadığımız ortamdan uzaklaştırılması gereken her türlü malzemeye atık denir. Atıklar evde, okulda, hastanede, endüstride, bahçelerde ve daha birçok yerde oluşabilir. Atık miktarı ve bileşimi, mevsimlere, bölgelerin coğrafik ve yaşayanların ekonomik ve kültürel seviyelerine göre değişmektedir. Ülkemizde gelişen teknoloji ve nüfus yoğunluğuna bağlı olarak her geçen yıl atık miktarında ve çeşidinde bir artış gözlenmektedir. Ortaya çıkan atıkların pek çoğu toprağa, suya ve havaya çok büyük, bazen de telafi edilemez zararlar vermektedirler. Günümüzde katı atık çeşitlerinin çevre ve insan sağlığına zarar vermelerini önlemek amacı ile toplanması, taşınması yanında yeniden kullanım, geri kazanım, geri dönüşüm gibi değerlendirme yöntemleri de uygulanmaktadır. Ek olarak kaçınılmaz çöplerin çevremizden uzaklaştırılmasını içeren yakma, gömme işlemlerini kapsayan çeşitli yöntemler geliştirilmiştir (EPA, 1990). Bu yöntemlerin tümünün planlandığı, uygulandığı ve takip edildiği bütünsel sisteme Atık Yönetimi denir (Koren H,1996; O'Donnel, 1960).

1.1. Türkiye’de Atıklarla İlgili Mevzuat

Ülkemizde her kurum ve kuruluşta atıklarla ilgili olarak (çevreorman.gov.tr);

- 2872 sayılı Çevre Kanununu,
- Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği,
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği,
- Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği,
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği,
- Resmi Gazete’de yayımlanan Yönetmeliği,
- Bitkisel Atık Yağların Kontrolü Yönetmeliği,
- Hafriyat Toprağı, İnşaat Ve Yıkıntı Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği,
- Atık Pil ve Akümülatörlerin Kontrolü Yönetmeliği uygulanması zorunludur.

Hastanemiz çevreyi, var olanı ve gelecekteki nesilleri korumak ve yasaları uygulamak için hastanedeki tüm atıkların yerinde ayrıştırılması, toplanması, taşınması, geri kazanımı, geri dönüşümü için 2007 yılında “ Kaliteli Hizmette Sürdürülebilir Atık Projesi” hazırlanmıştır.

2. PROJE

“Kaliteli Hizmette Sürdürülebilir Atık Projesi” 2006 yılında kısa dönemli ön çalışmaları ile başladı. Bu ilk çalışmalarda atıkların toplanması ve taşınması sırasında yönetmeliklere ve sağlık hizmetinin uygun olmayan halleri yerinde tespit edildi. Öncelikli sorunun atıkların niteliklere uygun ayrıştırma aşamasında olduğu görüldü. Atıkların evsel, tıbbi, kesici delici, ambalaj, kağıt, tehlikeli atık olarak ayrılması gerekirken sadece evsel ve tıbbi atık olarak ayrılıyor olması dikkat çekici idi. Evsel atıklar kağıt ve plastik atık ile birleştirilmekte olduğu, ayrı toplanması gereken kesici delici araçların sıklıkla tıbbi atık kovalarına atıldığı, çalışanlar ve atık görevlileri, belediye atık görevlileri için ciddi sağlık riski yarattığı görüldü. Kağıt atıklar evsel atık olarak görülmekteydi. Tehlikeli atık, akü ve pil atık, bitkisel yağ atık kavramı bilinmemekteydi. Sürekli restorasyondan geçen hastanede hafriyat toprağı, yıkıntı ve inşaat atığı kavramı henüz oluşmamıştı. Hastane atık kavramına yabancı ve uygulamalar konusunda yetersiz idi. 2007 yılında proje çalışmaları başladı. Atık komisyonu tarafından öncelikli hedefin eğitim olmasına karar verildi.

2.1. Projenin Uygulanması

2.1.1. Eğitim

Hastanemiz enfeksiyon kontrol birimi, eğitim birimi, atık komisyonu ile tüm çalışanlara ebe, hemşire, sağlık memuru, teknik ekip, teknik sağlık görevlileri ve hastane temizlik firma görevlilerine eşgüdümlü hizmet içi eğitimler planlandı. Bu eğitimlerde hastanede çıkan tüm atıkların nitelikleri anlatıldıktan sonra, projenin uygulanma esasları ve enfeksiyon hastalıkları açısından önemi vurgulandı. Bu eğitimler sonrasında katılanlara anlatılan konuları içeren bir kısa test uygulandı.

Atık komisyonu tarafından eğitim sonrası hastanenin önemli atık sorunun tıbbi atıklar olduğu ve tıbbi atık ile ilgili uygulamalar işlerlik kazandırılmasına karar verildi.

2.1.2. Kayıtların Düzenlenmesi ve Yeni Tıbbi Atık Formlarının Oluşturulması

Atık komisyonu ile birlikte özellikle tıbbi atık yönetmeliğı yeniden gözden geçirildi. Atık komisyonu başkanı ve Halk Sağlığı Uzmanı tarafından eski formlar gözden geçirildi. Yönetmeliklere ve hastanede toplam kalite bilincine uygun olarak hastane içi yeni formlar oluşturuldu. Yönetmelik hükümlerine uygun yapılandırılan bu formlar ivedilikle uygulamaya alındı. Belediye tarafından hastaneye sunulması yasal zorunlu tıbbi atık bertaraf formuna yeni değerlendirme kriterleri eklendi. Böylelikle tüm tıbbi atık torbalarında etiket uygulaması başlandı. Atık deposuna gelen tıbbi atıkların servis ve birim olarak ayrı ayrı etiketlenmesi sağlandı. Tıbbi atıklardaki en temel sorun olan kesici ve delici araç çıkma olasılığının bu yolla azaltılması planlandı. Hatalı tıbbi atık torbalarının birimleri belirlenerek sorumlularına yazılı tutanak açıldı ve tıbbi atık konusunda duyarlılık yaratıldı. Hastanede tıbbi atıklar yeni nitelik kazanarak ölçülebilir, değerlendirilebilir hale getirildi ve işlemlere şeffaflık kazanması amaçlandı.

2.1.3. Atıkların Yerinde Ayrıştırılması Çalışmalarının Başlaması

Hastanede verilen eğitimlerin ardından, atıkların yerinde ayrıştırılması uygulamalarına yerinde başlatıldı. Hastanenin tüm üniteleri ve hizmete açılması planlanan alanları gezilerek hizmetin sürdürülmesi için gerekli olan atık kovalarının sayıca toplamı ve fiziksel olarak uygun alanlarda kurulacak kapaklı atık toplama üniteleri sayı ve yerleri tespit edildi. Hastanede servislere kapaklı atık üniteleri olan dolaplar hazırlandı. Diğer birimlerde basmalı, kapaklı sistemli yeni atık kovaları alındı. Yoğun bakım ve ameliyathane içinde ise tekerlekli çok fonksiyonlu kovalar tedarik edildi. Temizlik firması ile yapılan sözleşme yenilendi ve atık torbalarının aylık ve yıllık miktarları artırıldı.

Hastanemizde özellikle tıbbi atıkların (Tıbbi atık, kesici, delici araç) yönetmeliklere ve kaliteli sağlık hizmeti için uygun şartlarda toplanması sağlandı. Şirketin yönetime yapılan yazılı başvurular ile tıbbi atık görevlilerinin yönetmeliğine uygun giyinmesi, eldiven çizme, gözlük maske takması sağlandı.

2.1.4. Atık Deposunun Yenilenmesi

Tıbbi atık deposunun uygunsuzluğu yazılı olarak idareye bildirilerek yeni bir atık deposunun yapılması için proje yapılması konusunda baskı oluşturuldu. Hastanemizin atık deposu yönetmelik hükümlerince projelendirildi ve atık deposu İl Sağlık Müdürlüğü 2007 proje desteği ile yeni bir binasına kavuştu. Atık deposunun evsel ve tıbbi atık olarak iki ayrı oda olarak hazırlandı. Tıbbi atık bölümüne klima sağlandı. Kapısının renk ve tıbbi atık olduğunu gösterir işaret eklendi. Atık deposu atıkların geleceğini önemini vurgulamak için doğa resimleri ile süslenmiştir.

2.2. Proje Hedeflerinin Genişletilmesi

2.2.1. Atık Yerinde Ayrıştırma İşlemlerinin Genişletilmesi

Atık komisyonun olağan toplantısında atıkların evsel ve tıbbi atık dışında; plastik atık, kağıt atık, cam, metal kutu atığı, pil, tehlikeli atık olarak genişletilmesine karar verildi. Bunun için yen, yeni hizmet içi eğitimlerin yapılmasına, atıkların yerinde genişletilerek ayrıştırma işlemlerine başlanmasına karar verildi. Eğitim çalışmaları hastanemiz "ISO 14001 Çevre Yönetim Çalışmalarına" entegre edildi. Atık konusundaki bilinç çevre bilini ile birleştirilerek yeni bir anlam kazandırıldı. "Belediye Temizlik İşleri Şubesi" eğitim ve yeni olanaklar konusunda destek sağlandı.

Eğitim sonrasında uygulamaların yerinde görülmesi için atık komisyonu ve enfeksiyon kontrol birimi ile yerinde değerlendirme yapıldı. Özellikle kağıt atık ve cam atıkların oldukça doğru ayrıldığı görüldü. Bu durum atık komisyonu tarafından dikkate alındı ve kağıt atıklarının ve cam atıkların geri kazanım ve dönüşüm çabalarının desteklenmesine karar verildi.

2.2.2. Kağıt Atıklarının Geri Kazanım ve Geri Dönüşününün Sağlanması

Kağıt atıkların ayrı toplanması sonrasında geri kazanımın sağlanması ile geri dönüşüm uygulamaları düşünüldü. Atık deposu evsel atık bölümü kağıt atık bölümü olarak iki kısma ayrılarak, kağıt atıklar evsel atıklardan ayrıldı. Cam atıklar için yeni cam konteyner tedarik edildi. Cam atıklar için "Belediye Temizlik İşleri Şubesi" ile görüşülerek, cam konteynerlerin zamanında boşaltılması, boşaltılan atık miktarının kayıt altına alınması sağlandı.

Kağıt atıklar lisanlı bir firmaya verilerek kağıt atık bedelleri için bir havuz oluşturuldu. Bu havuzun gelirleri ile Acıpayam ve İzmir yollarında olmak üzere "Denizli Devlet Hastanesi Hatıra Ormanları" oluşturuldu. Bu orman alanlarına ağaç dikme işlemleri orman alanında yapılan törenler ve personelin katılım ile gerçekleştirildi. Bu orman alanları her yıl geliştirilerek büyütülecektir.

2.2.3. Pil Atıkların Ayrı Toplanması

Hastanemiz pil atıklarının ayrı toplanması için Belediye Temizlik İşleri ile görüşülerek pil atık kutuları tedarik edildi. Bu pil atık kutuları ihtiyaca uygun olarak hastanenin tüm yerlerine yerleştirildi. Bu pil atıklarının belediye ekipleri tarafından toplanması ve yetkili kişilerin toplanan pil atık yıllık miktarını hastaneye yazılı olarak bildirmesine karar verildi.

Tablo1. Denizli Devlet Hastanesi Atık Miktarları(2007-2008)

2007	2008
tıbbi atık bedeli: 82.698.72 YTL	tıbbi atık bedeli: 73.446.00 YTL+KDV
tıbbi atık miktarı: 200.95 kg	tıbbi atık miktarı: 244.605 kg
kağıt atık miktarı(kg) 30.800	kağıt atık miktarı(kg): 32.380
iş kazası: 4(iğne batma)	iş kazası: olgu yok
çalışma süresi(kişi başı) 4 saat	çalışma süresi(kişi başı): 2 saat

3. SONUÇ

Tıbbi atıklar başta sağlık çalışanlarını olmak üzere, birçok sağlık riskleri doğurmaktadır. Hastanelerde çevre mevzuatına uygun "Atık Yöntemi" kurulması zorunludur. Bu sistem kurulurken, atık izlenmesinin temel uygulama olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Denizli Devlet hastanesinde başlatılan bu proje elde ettiği başarılar ile diğer sağlık kurumları için örnek bir model olabilir.

KAYNAKLAR

EPA, Medical Waste Management in The United State, First Interim Report to Congress, Washington DC, 1990

<http://www.cevreorman.gov.tr>

Koren H.; Bisesi, M., Handbook of Environmental Health and Safety, Lewis Publishers, Florida, 1996

O'Donnel, ME. Save The Surface With Proper Cleaning, The Modern Hospital, 94 Apr., 136-140, 1960.

İYİLEŞTİRME EKİPLERİ, KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİ

Dt. Okan İlhan¹⁰⁸, Uz. Dr. Gürbüz Akçay¹⁰⁹

Özet

Sağlık hizmeti, farklı eğitim ve branşlarda sağlık çalışanlarının bir arada ekip çalışmasını gerektirir. Başarılı ve uyumlu bir ekip çalışması sunulan hizmetin etkinliğini ve sürecin çıktılarını olumlu yönde etkiler, kalitesini yükseltir.

Sunulan hizmetin iyileştirilmesi, süreçlerin iyileştirilmesi, kalite ve hasta güvenliği bilincinin yaygınlaştırılması, kurumda aidiyet duygusunun ve kuruma bağlılığın gelişmesi, ekip çalışmasının güçlendirilmesi, çalışanların işlerinden gurur duymalarının sağlanması ve motivasyonlarının artırılması amacıyla iyileştirme ekiplerinin kurulması teşvik edilmekte ve çalışmaları desteklenmektedir. Ekiplerin çalışma esaslarını belirlemek, izlemek ve değerlendirmek amacıyla İyileştirme Ekipleri Talimatı (ÇTL-85.) hazırlanmış ve uygulanmaktadır.

Hastanemizde iyileştirilme ekiplerinin çalışmaları sonucunda çok yönlü faydalar sağlandığı gözlenmiştir. Hastalar açısından; kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunulmasının geliştirilmesi sağlanmaktadır. Hasta ve yakınlarının memnuniyetini artırmaktadır. Hastane yönetimi açısından; kalite ve hasta güvenliği bilinci yaygınlaşmaktadır. Başarılı ve uyumlu bir ekip çalışması sunulan hizmetin etkinliğini ve sürecin çıktılarını olumlu yönde etkilemektedir. Hizmetin iyileştirilmesi ve hizmet kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır. Çalışanların sorumluluk alma isteği ve çalışma istekleri artmaktadır. Sağlık çalışanları açısından; kurumda aidiyet duygusu ve bağlılık gelişmekte, çalışanların işlerinden gurur duymaları ve motivasyonlarının artmasını sağlamaktadır. İyileştirme ekiplerimiz Sağlıkta Başarılı Ekip Ödülü'nde ve Yılın Başarılı Ekibi Ödülü'nde ödüller kazanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İyileştirme, Ekip, Kalite, Hasta Güvenliği

Abstract

Health services require a team work of health personnel of different education and background. Successful and harmonious team work influences services rendered and output of the process positively and improves quality.

Organizing improvement teams to make services rendered better in our hospital, to make processes better, to increase quality and patient safety awareness, to develop belonging and attachment to the hospital, to enforce team work, to make personnel proud of what they do, and to increase personnel motivation has been encouraged and their work has been supported. Directions of improvement teams (ÇTL-85) to

108 Denizli Servergazi Devlet Hastanesi, okanilhan@hotmail.com

109 Denizli Servergazi Devlet Hastanesi

determine working principles of teams, to watch their work, and to evaluate their work have been prepared and used.

Multiple profits have been gained by the work of improvement teams in our hospital. For our patients reliable and quality health services have been provided. Satisfaction of our patients and their relatives has increased. Regarding hospital management quality and patient safety awareness have increased. Successful and harmonious team work influences services rendered and output of the process positively. It has also improved services and increased quality. Responsibility and the desire of personnel to work have increased. Regarding health personnel belonging and attachment to the hospital have developed and personnel have become proud of what they do and their motivation has increased. Improvement Teams have received awards at Successful Team Awards in Health and Successful Team of the Year Awards ceremonies.

Key Words: Improvement, Team, Quality, Patient Safety

1. GİRİŞ

1.1. Ekip Çalışması ve Çalışanların Katılımı

Toplam kalite yönetimi, çağdaş bir yönetim felsefesi olarak kabul edilmektedir. EFQM; mükemmellik yolculuğunda sistematik bir yaklaşım ve her kuruluşta başarıyla uygulanabilecek bir model ortaya koyar. Sürekli iyileştirme ve çalışanların katılımı toplam kalite yönetiminin ilkeleridir.

Çalışanların katılımını amaçlayan kuruluşlar için Clarence Francis'in sözü önemlidir. "Bir insanın zamanı satın alınabilir. Belirli bir yerde, istenen zamanda fiilen hazır bulunması sağlanabilir. Hatta belirli bir ölçüde maharet gerektiren bedeni faaliyetleri saat veya gün olarak satın alınabilir. Ama bir kişinin iş başarma yeteneği, yani inisiyatifi satın alınamaz; sadakati satın alınamaz. Kalben, zihnen, ruhen bağlanabilmesi satın alınamaz. Bunlar satın alınamazlar; ancak kazanılabilirler".

"İşi, en iyi yapan bilir" felsefesinden yola çıkarak hastane çalışanlarının, hizmetin daha iyi nasıl yapılacağı konusunda fikir ortaya koymaları, çözümler üretmeleri, proje geliştirmeleri, uygulamaları ve sonuçlandırmaları önemlidir. Bu katılımcı yönetim anlayışı; insan kaynağını etkin ve verimli kullanmayı ve katma değer yaratmayı sağladığı gibi çalışan memnuniyeti artırmaktadır. Çalışanlar alınan kararlara katılmalı, benimsemeli, yetkilendirilmeli; düşüncelerini, fikir üretmelerini, yaratıcılıklarını ortaya çıkaran ortamlar yaratılmalıdır. Bu potansiyel, kurumların ana hedefleri doğrultusunda kullanılmalıdır. Ekip çalışması çalışanların yönetime katıldığı yöntemlerden biridir. "Toplam kalite yönetimi uygulamaları kapsamında yer alan kalite çemberleri ve takım çalışması uygulamaları çalışanların yönetime doğrudan katılımını sağlar" (Murat, 2001: 263).

“Günümüzde Toplam Kalite Yönetimi (TKY) felsefesini benimseyen organizasyonlar incelendiğinde ise, bireysel performansın yanında Toplam Kaliteyi oluşturan önemli unsurlardan biri olan ekiplerin performanslarının da detaylı olarak incelendiği ve değerlendirildiği görülmektedir. Ekip çalışması TKY’de başarıya ulaşmak için bir alternatif değil, bir asgari şarttır. TKY’de yetkilerin delege edilmesi, işgörenin güçlendirilmesi, karar verme sürecine katılması ve işletme amaçlarını belirlemede etkin olarak yer alması etkili bir organizasyon yapısının oluşturulması için gerekli olan şartlardır. TKY felsefesinde bu uygulamaların yapılabilmesi verimli ve istekli çalışan ekiplerin varlığını gerektirir” (Pakdil, 2003).

“Ekip çalışması”nın benimsenmesini sağlamak, çağdaş işletmeler için bugün olmazsa olmaz bir öneme sahiptir (Baltaş, 2003).

1.2. Sağlık Hizmetinde Ekip Çalışması

Sağlık hizmeti; insan yaşamını doğrudan ilgilendirir. Acildir, ertelenemez ve belirsizliklere duyarlıdır. Sıfır hata ile çalışması gerekir. Çok boyutlu karmaşık ve sürekli. Sağlık hizmetinde en önemli ve kilit unsur çalışanlardır. Doğası gereği sağlık hizmetinde ekip çalışması çok daha önemlidir. Uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir. Değişik uzmanlık dallarında ve meslek grubunda; farklı deneyim, beceri ve davranışlara sahip çalışanlar bir araya gelir. Eğitimli, uzman sağlık profesyonelleri ile yürütülür. Farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında eşgüdüm gereklidir. Sağlık ekibinin her üyesi önemlidir, ekip içinde farklı görevleri vardır. Hiçbir sağlık çalışanı (hekim dahil) sağlık hizmetlerini tek başına veremez. Ekip üyelerinin her biri kendi görevini yaptıkları zaman sağlık hizmeti ortaya çıkar. “Bir zincirin gücü, o zincirin en zayıf halkasının gücüne eşittir”. Üyelerden biri işini eksik yaparsa, diğerleri yapsa bile başarısızlıkla sonuçlanabilir. Ekibin her üyesi önemlidir ve yerine getirdiği görev ve sorumluluklar doğrudan hastanın teşhis, tedavi ve bakım kalitesini ilgilendirir. Farklı özellikleri olan çalışanların birlikte, uyum içinde ekip çalışmasını gerektirir. Başarılı ve uyumlu bir ekip çalışması sunulan hizmetin etkinliğini ve sürecin çıktılarını olumlu yönde etkiler, kalitesini yükseltir. Bu nedenle hekimler, hemşireler ve yardımcı sağlık personelleri ekip ruhu içerisinde çalışma yeteneğine sahip olmaları önemlidir. Sağlık çalışanlarının birlikte çalışma, işbirliği ve ekip çalışması becerileri geliştirilmelidir.

2. İYİLEŞTİRME EKİPLERİ

2.1. Bir Elin Nesi Var İki Elin Sesi Var

Sürekli iyileştirme ve çalışanların katılımı amacıyla kurulan ekipler; Kalite Çemberleri, İyileştirme Ekipleri, Sorun Çözen Gruplar vb. biçimde anılır. Hastanemizde ise benzer amaçla kurulan ekipler **İyileştirme Ekipleri** olarak tanımlanmıştır. Sunulan hizmetin iyileştirilmesi, süreçlerin iyileştirilmesi, kalite ve hasta güvenliği bilincinin yaygınlaştırılması, kurumda aidiyet duygusunun ve kuruma bağlılığın gelişmesi, ekip çalışmasının güçlendirilmesi, çalışanların işlerinden gurur duymalarının sağlanması ve motivasyonlarının artırılması amacıyla iyileştirme ekiplerinin kurulması teşvik edilmekte ve çalışmaları desteklenmektedir.

İyileştirme ekipleri; hastanemizde çalışanların katılımını sağlayan ve çalışana verilen değeri gösteren yönetim anlayışının en önemli göstergelerinden biridir. Bu nedenle kurum ve kuruluşlarda görevlerini en iyi şekilde yapmalarının sağlanmasının yanı sıra fikirlerinden de yararlanılmalıdır. Hastanemizde iyileştirme ekiplerinin hazırladıkları projelerini büyük bir istekle sahiplendikleri ve başarı ile uyguladıkları görülmüştür. Geliştirilen projeler hastanemizin ana hedefleri ile uyumlu ve bölüm/servislerimizin ana hedefleri ile koşut olduğundan; çalışanlar tüm yetenek ve becerilerini kullanarak hastanenin hedeflerini gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Ekip çalışmasının, güçlü bir sinerji etkisi vardır. "Bir elin nesi var; iki elin sesi var" atasözümüz ekip çalışmasının sloganı gibidir. İyileştirme ekiplerimiz de ortaya çıkan sinerji ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Sağlık hizmeti için bir araya gelen sağlık çalışanları grubunun ekip olup olmadığı irdelenmesi gereken bir konudur. "Kaliteli bireylerden oluşan ekipler kaliteli olur diyemeyiz" (Baltaş, 2003). Günlük yaşamda grup ve ekip kavramları anlam farkı olmadığı düşünülerek biri diğerinin yerine sıklıkla kullanılır. Aslında ekip ve grup birbirinden farklıdır. İnsanları bir araya geldiğinde bir grup oluşur. Ancak her zaman ekip olduğu anlamına gelmez. Bu nedenle iki kavram birbirinin yerine kullanılmamalıdır. Ekipleri gruplardan ayıran en önemli özellik ekip üyelerini bir araya getiren ortak amaç olmasıdır.

2.2. İyileştirme Ekipleri Talimatı

Hastane yönetimi tarafından toplam kalite yönetimi ilkeleri ışında ekip çalışmasına uygun bir ortam yaratmak, desteklemek ve yaygınlaştırmak politika olarak benimsenmiş ve buna uygun stratejiler geliştirilmiştir.

İyileştirme ekipleri, Kalite Geliştirme Ekibi'nin koordinatörlüğünde çalışmalarını yürütmektedir. Ekiplerin çalışma yöntemi, İyileştirme Ekipleri Talimatı'nda (ÇTL-85.) tanımlanmıştır. Ekipleri yönlendirmek, izlemek ve değerlendirmek için kullanılan talimat, Ekipte Mükemmellik Modeli temel alınarak hazırlanmıştır.

İyileştirmeekiplerinin çalışmasını desteklemek amacıyla hastanemiz çalışanlarının kalite çemberleri ve problem çözme teknikleri eğitimleri (risk analizi, FMEA) verilmektedir. İyileştirme projesi konusuna göre ekip üyeleri; ilgili süreç çalışanlarından ya da hastane genelini ilgilendiren projelerde farklı süreçlerin çalışanlarından oluşmaktadır. Gönüllü hastane çalışanlarından oluşan bu ekipler geliştirdikleri projelerle sorunların çözümünde, hizmetin iyileştirilmesinde ve hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli başarılar elde etmişlerdir.

İyileştirme Ekipleri Talimatı'na uygun olarak ekip üyelerinin ve ekibin performansı izlenmektedir. Ekip üyelerinin iç değerlendirmeleri için İyileştirme Ekipleri Üyeleri Denetim Formu (FRM-17) kullanılır. Her üyeden formda yer alan her soru için puan vererek ekip üyelerinin her birinin ve kendisinin performansını değerlendirilmesi istenir. Doldurulan formların sonuçları ekip lideri tarafından toplanıp ortalamaları bulunarak ekip üyelerinin iç değerlendirilmesi sonucu elde edilen puanlar hesaplanır

ve izlenir. Ekip çalışmaları düzenli aralıklarla İyileştirme Ekipleri Denetim Formu'na (FRM-16) göre değerlendirilir. Değerlendirme sonuçları baştabinin bilgisine sunulur.

Ekiplerin proje seçiminde ve öncelik verilmesinde, hastanenin ana hedeflerine ve süreçlerin kalite hedeflerine uygunluğu, hasta güvenliği, iyileştirmeye açık alan olup olmadığı göz önüne alınmaktadır. Gönüllü hastane çalışanlarından oluşan ekip üyeleri proje konusunu seçtikten sonra çalışmaya başlamadan önce hastane yönetimine sunum yaparak proje konusu seçme nedenlerini, planlarını, fayda-maliyet analiz sonuçlarını, yöntemlerini ve hedeflerini açıklayan bir sunum yaparlar. Sunumun yapıldığı toplantıda öneri ve eleştiriler tartışılır. Hastane yönetimi tarafından proje onaylanan projelere kapsamında istenen kaynak sağlanır; maddi ve manevi her türlü destek verilir. Ekiplerin çalışmasına hastane yönetiminin desteği projenin yalnızca başlangıçta değil, her aşamasında sürmektedir. Ekip lideri tarafından en az dört ayda bir hastane yönetimi ve Kalite Performans Birimi üyelerine ekip çalışmaları ve bir sonraki dönem planlanan çalışmalara ilişkin sunum yapar.

2.3. Başarılı Ekip Ödülleri

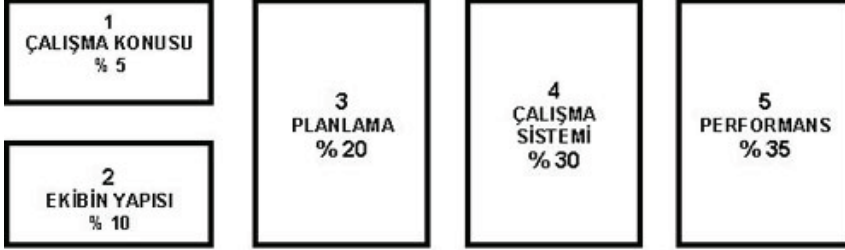
Yönetimler tarafından ekip çalışmalarına kaynak sağlamak, başarılarını takdir etmek ve ödüllendirmek, çalışmaları destekleyerek ve yaygınlaştırılmasını sağlayacaktır. Bu amaçla, hastanemizde iyileştirme ekipleri çalışması için gerekli koşullar sağlanmaktadır. Hastane çalışanlarının katıldığı geniş katılımı toplantılarda ödüllendirilmektedir. Ekipler; performanslarının değerlendirildiği yarışma ve ödüllere katılması için teşvik edilmektedir.

Türkiye Kalite Derneği İzmir Şubesi tarafından Yılın Başarılı Ekibi Ödülü (YBEÖ) düzenlenmektedir. Ödülün değerlendirilmesinde, 1999 yılında Kal-Der İzmir Şubesi tarafından oluşturulmuş ve patenti alınan; EMM Ekipte Mükemmellik Modeli kullanılmaktadır. Ödül tüm sektörler için açıktır. Ödül süreciyle kuruluşların süreçlerinde iyileştirmeye açık alan olarak belirledikleri konularda yaptıkları ekip çalışmaları değerlendirilmektedir. Önümüzdeki yıl ülke genelinde düzenlenecek olan ödül; "tüm kurum ve kuruluşların ana veya destek süreçlerinde iyileştirmeye açık alan olarak belirledikleri ve/veya geliştirmeyi planladıkları çeşitli konularda gerçekleştirdikleri ekip çalışmalarının değerlendirilmesi için oluşturulmuştur. Bu yarışma Türkiye'de yerleşik kurum ve kuruluşlarda ekip ve takım çalışmasını desteklemek ve bu çalışmalara katılanları cesaretlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Çalışmalarda alışılmış veya özel kalite tekniklerinin kullanıldığına sergilenmesi, önceden belirlenmiş hedeflere ulaşıldığına kanıtlarının sunulması beklenmektedir" (kalder.org, 2009).

Denizli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ise **Sağlıkta Başarılı Ekip Ödülü (SBEÖ)** düzenlenmektedir. Sağlıkta Başarılı Ekip Ödülü'ne (özel veya kamu) Denizli'deki tüm sağlık kurum ve kuruluşları katılabilir. SBEÖ de Kal-Der den alınan izinle Ekipte Mükemmellik Modeli kullanılmaktadır. "Denizli Sağlık Müdürlüğü Sağlıkta Başarılı Ekip Ödülü'nün amacı Denizli'de yerleşik tüm özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının; yönetim, hizmet ve destek süreçlerinde iyileştirme amaçlı yaptıkları ekip çalışmalarını; desteklemek, cesaretlendirmek, özendirmek ve ödüllendirmektir" (denizli.saglik.gov.tr, 2008).

Ekte Mükemmellik Modeli; ekipleri değerlendirmek için objektif kriterler içermesinin yanı sıra iyileştirme ekiplerimizin etkin ve verimli çalışması için bir rehber niteliğindedir.

Şekil 1. Ekte mükemmellik modeli



2.4. İyileştirme Ekipleri ve Projeleri

Denizli Sağlık Müdürlüğü tarafından düzenlenen Sağlıkta Başarılı Ekip Ödülü'nde; iyileştirme ekiplerimizden "Ritmik Yaşam" (2007) ve "Sinerji" (2008) gerçekleştirdikleri projeler sonucunda Başarı Ödülü; "Gökkuşluğu" (2007) ise Jüri Teşvik Ödülü kazanmıştır.

Türkiye Kalite Derneği İzmir Şubesi tarafından Ege bölgesinde düzenlenen Yılın Başarılı Ekibi Ödülü'nde ise "Ritmik Yaşam" **Büyük Ödül** (Nisan-2008) almıştır. Bu yıl Yılın Başarılı Ekibi Ödülü'ne başvuran "Sinerji" ekibi nisan ayından açıklanacak değerlendirme sonuçlarını beklemektedir.

Hastanemiz iyileştirme ekiplerinin gerçekleştirdiği sonuçlanan olan projeler şunlardır. Bunların yanında çalışmaları süren iyileştirme ekipleri de vardır.

Ekip Adı: Ritmik Yaşam

Proje Konusu: Hastanemiz Acil Servisi'ne gelen ST yükselmeli Akut Miyokard İnfarktüsü (MI) teşhisi konan hastalara uygulanan trombolitik tedavinin başlama süresini (Kapı-İğne Aralığı) kısaltmak.

Çalışma başlangıcında 2005-2006 yıllarında trombolitik tedavi uygulanan hastaların kapı-iğne süreleri ölçülmüştür. Ölçüm sonuçları ile birlikte problem çözme teknikleri kullanılarak sonuçlar analiz edilmiştir. Çalışma öncesinde yapılan ölçümler tamamlandıktan sonra iş akış şeması oluşturularak her aşamanın süresi ölçülerek, sürenin kısaltılabileceği aşamalar belirlenmiştir. Uygulanan yöntemlerden elde edilen sonuçların analizine göre başlangıçta tanımlanan hedeflere ulaşıldığı görülmüştür. Mesai saati dışında kontrol grubunda ortalaması 95,5 dakika iken çalışma grubunda ortalama 30 dakikanın altına düşmüştür.

Hastalara trombolitik tedaviyi en kısa sürede vererek hayatta kalma oranlarını artırıldı. Yeni bir kalp krizi geçirme oranlarını azaltıldı. Koroner yoğun bakım kabul kriterleri,

koroner yoğun bakım yatış talimatı, servisler arası hasta nakil formu oluşturarak yapılan işlemleri standartlaştırıldı. Her hastaya aynı şekilde uygulanması sağlandı.

Ekip Adı: Gökkuşuğu

Proje Konusu: Öncelikle hastane çalışanlarını, bununla birlikte sağlık çalışanlarını örnek göstererek halkımızı organ ve doku bağışısı konusunda bilinçlendirmek ve bağışta bulunmalarını sağlamak.

Proje başlangıcında hastane içinde organ bağışlayan sayısı 16 kişi iken ekip üyelerinin faaliyetleri sonucu 271 kişi organ bağışında bulunmuştur. Çalışma konusunun başında 2006 yılında Denizli genelinde elde edilen organ bağışısı sayısına eşit sayıda organ bağışının dört aylık süre içinde hastane içinde ulaşılması hedeflenmiş ve bu hedef gerçekleştirilmiştir.

Proje kapsamında hastane çalışanlarının tümüne eğitim verilmiş ve yüz yüze görüşülmüş 271 kişi organ bağışında bulunmuştur. Denizli ilçelerindeki hastaneleri çalışanlarına eğitim verilmiş 178 kişi organ bağışında bulunmuştur. Önce sağlık çalışanlarına sonra da topluma eğitim ve organ bağışısı çalışmaları yapılması planlanmıştır. Bir önceki yıl Denizli geneli organ bağışısı sayısı 271 kişi iken ekip üyelerinin dört aylık çalışması sonucu 2625 kişiye eğitim verilmiş ve 1084 kişinin organ bağışında bulunması sağlanmıştır.

Ekip Adı: Sinerji

Proje Konusu: Anestezi Yoğun Bakımda Ventilator İlişkili Pnömoni (VİP) oranını düşürmek

Çalışma başlangıcında hastane enfeksiyonları içinde yer alan VİP hızının 1000 ventilatör gününde 22,24'ten çalışma sonunda 1000 ventilatör gününde 10'nun altına düşürülmesi hedeflenmiştir. Elde ettiğimiz verilere göre hedefin altında bir VİP hızı oranı tespit edilmiş olup ekip çalışmadan istediği amaca ulaşmıştır.

2.5. Sağlanan Faydalar

İyileştirme ekiplerinin çalışmaları sonucunda hastanemizde sunulan hizmetin iyileştirilmesi, süreçlerin iyileştirilmesi, kalite ve hasta güvenliği bilincinin yaygınlaştırılmasının yanı sıra çok yönlü faydalar sağlandığı gözlenmiştir.

Hastalar açısından; kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunulmasının geliştirilmesi hasta ve yakınlarının memnuniyetine yansımaktadır.

Hastane yönetimi açısından; kalite ve hasta güvenliği bilinci yaygınlaşmaktadır. Başarılı ve uyumlu bir ekip çalışması sunulan hizmetin etkinliğini ve sürecin çıktılarını olumlu yönde etkilemektedir. Hizmetin iyileştirilmesi ve hizmet kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır. Çalışanların sorumluluk alma isteği ve çalışma istekleri artmaktadır. Yönetim ile çalışanlar arasında iki yönlü iletişimi güçlenmektedir.

Çalışanların yönetim ve karar alma sürecine öneriler geliştirmelerini sağlanarak; zihinsel potansiyellerinden daha fazla yararlanılmaktadır. Birimler/ servisler arası işbirliğinin güçlenmesine katkıda bulunmaktadır.

Sağlık çalışanları açısından; kurumda aidiyet duygusu ve bağlılık gelişmesi, çalışanların işlerinden gurur duymaları ve motivasyonlarının artması sağlamaktadır.

Çalışanların hastane için önemli konularda çözüm üretmesi, geliştirdikleri projelerin başarı ile sonuçlanması ve yönetim tarafından desteklenmesi sahiplenme duygusunu, sorumluluk alma isteğini ve çalışma isteklerini artırmaktadır. Çalışanların çalışma ortamlarını sorgulamalarını ve yaptıkları işi düşünerek yapmalarını sağlamaktadır. Birlikte çalışan ekip üyeleri yeniden tanışır; herkes diğer çalışanları ve kendisini yeniden keşfeder.

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Son yıllarda ülkemizde sağlık kuruluşlarımızın, kalite ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi; akreditasyon standartları gibi uluslar arası standartların uygulanması açısından çalışmaların yoğunlaştığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından Bu konudaki çalışmaları yönlendirmek için hazırlanan yönergelerde Kalite Çemberleri vb. ekiplerin kurulması teşvik edilmekte ve desteklenmektedir.

İyileştirme ekipleri vb. ekiplerin kurulması, yaygınlaşması sağlık kuruluşlarımızda kalite ve hasta güvenliği kültürü çalışmalarını desteklediği gibi çok yönlü fayda sağlar.

Sağlık kuruluşlarımızın yönetimleri tarafından ekiplerin çalışmaları için kaynak ve elverişli ortam sağlanmalı ve ödüllendirilmelidir. Ayrıca ekiplerin projelerinin Ekipte Mükemmellik Modeli gibi objektif kriterlerle değerlendirilmesi ve ödüllendirilmesi; yaygınlaşması ve özendirilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle;

- Denizli Sağlık Müdürlüğü Sağlıkta Başarılı Ekip Ödülü gibi özendirici yarışma ve ödüller İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde düzenlenebilir.
- Türkiye Kalite Derneği İzmir Şubesi tarafından düzenlenen Ege Bölgesi genelinde düzenlenen Yılın Başarılı Ekibi Ödülü bu yıldan itibaren ülke genelinde düzenlenecektir. Sağlık kuruluşlarımızın ekipleri bu ödüle başvurabilir.

KAYNAKLAR

Pakdil, Fatma (2003) "Önce Kalite Dergisi Yıl: 11 Sayı: 73 Kasım 2003 - KalDer Forum Nisan-Mayıs-Haziran-2003"<http://www.kalder.org.tr>

Baltaş, Acar (2003) "Ekip Çalışması Ve Liderlik" Remzi Kitabevi, 5. Basım, sayfa 19-20

<http://www.kalder.org/subeler/izmir>

http://www.denizli.saglik.gov.tr/saglikta_basariiekip.htm

AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜNDE KAPI-İĞNE ARALIĞI

Yalın Tolga Yaylalı¹¹⁰, Dr. Zeki Gürlesin¹¹¹, Dr. Mustafa Ölçek²
Dr. M. Ali Abdüloğlu², Hatice Arman², Banu Yıldırım² Sibel Kadioğlu², Selda Kiraz²,
Gülfidan Düzgün²

Özet

Acil servise gelen ST yükselmeli Akut Miyokard İnfarktüsü tanısı konan hastalara uygulanan trombolitik tedavinin başlama süresini kısaltmaktır.

Yapılan eğitimler ve düzenlemelerle Koroner Yoğun Bakım (KYB) ve Acil serviste çalışan insan kaynaklarının etkinliği artırılabilir. Böylelikle KYB'a hastaların direkt triajı gerçekleştirilebilir. Demografik, laboratuvar ve zaman aralığı bilgileri prospektif olarak toplandı ve 2005 ile 2007 yılları arasındaki bilgiler ile karşılaştırıldı.

Mesai saati dışında 2005-2006 kontrol grubunun ortalaması 84 dakika iken, 2007 nisana kadar olan kontrol grubunda ortalamanın 107 dakikaya çıktığı gözlenmiştir. Çalışma boyunca ise mesai saatleri dışında kontrol grubunun ortalaması 95.5 dakika iken çalışma grubunda ortalama 30 dakikanın altında bulunmuştur.

Özel yetiştirilmiş ve donanımlı personel STEMI olgularını erken değerlendirebilir ve kapı-igne aralığını 30 dakikanın altına çekebilir. Bu da klinik pratikte yaygın olarak uygulanabilir ve hastaların yaşamda kalma süreleri büyük ölçüde iyileşebilir.

Anahtar Kelimeler: Trombolitik Tedavi, Kapı-İğne zamanı, Akut Miyokard İnfarktüsü

Abstract

We aimed to decrease the time elapsed before the initiation of thrombolytic therapy in patients who presented to our emergency room with acute ST-segment elevation myocardial infarction. (STEMI)

With training and organization of coronary care unit and emergency department personnel have become more efficient. Thus patients may be triaged directly to the coronary care unit (CCU). Demographic, laboratory, and time interval data were prospectively collected and compared with calendar years 2005 through 2007 data.

110 Denizli Servergazi Devlet Hastanesi, yaylalimd@gmail.com

111 Denizli Servergazi Devlet Hastanesi

The means for the years 2005 and 2006 in the control group was 84 minutes. It was observed as increased to 107 minutes in the control group until April of 2007. While the mean of control group during off hours was 95.5 minutes, it was less than 30 minutes in the study group.

Well trained personnel with special equipment may evaluate patients with STEMI earlier and may decrease door-to-needle times to <30 min. This can be broadly applied in clinical practice and it may improve patients' survival dramatically.

Key Words: Thrombolytic Therapy, Door-to-needle time, Acute Myocardial Infarction

1. GİRİŞ

Akut MI batı dünyasında ölümlerin en çok nedeni olmaya devam etmektedir ve 2020 yılında da tüm dünyada böyle olacağı düşünülmektedir (Murray,1996:1). Uygun hastalar için en önemli amaç hızlı, tam ve süreğen miyokardial kan akımının yeniden sağlanmasıdır. Bu hızlı bir şekilde ya trombolitik tedavinin veya kateter tedavisinin uygulanmasını gerektirir. Yeniden kanlanma zamanı miyokardın kurtarılmasında önemli bir rol oynar ve altın saat kavramı tedavinin başlamasından önce geçen zaman (ağrının başlangıcının ilk saati) tüm hastalara farmakolojik reperfüzyon tedavisi gören hastalar da dahil uygulanabilir (Antman,2004:2). Ağrının başlangıcından tedaviye başlama süresince gerçekleşen ortalama zaman kaybı 2.5-3 saattir (Antman,2004:2). Ve üç ana zaman kaybindan oluşmaktadır: (i) hastane öncesi hasta kararındaki gecikme (1.5-3 saat); (ii) hastane öncesi transport gecikmesi (30-130 dakika); ve (iii) hastane içindeki gecikme, kapı-iğne aralığındaki (60-90 dakika) veya kapı-balon aralığı (2 saat, kateter imkanı olan hastanelerde) (Huber,1996:3). Bizim amacımız acil servise gelen ST yükselmeli Akut Miyokard İnfarktüsü tanısı konan hastalara uygulanan trombolitik tedavinin başlama süresini kısaltmaktır.

2. METOD

2.1. Çalışma Düzeni

Nisan 2007 ile Aralık 2007 tarihleri arasında koroner yoğun bakımda (KYB) trombolitik tedavisi alan tüm hastalar çalışmaya alındı. Tüm STEMI olguları trombolitik tedavi almak amacıyla KYB ünitesine yatırıldı. Ağustos 2005 ile Nisan 2007 tarihleri arasında KYB ünitesine yatırılıp trombolitik tedavi alan STEMI olguları kontrol grubu olarak kullanıldı.

2.2. Prosedür

Acil doktoru trombolitik tedavi verilmek üzere tüm STEMI olgularını KYB ünitesine direkt olarak yatırdı. Hastalar acil servise ya kendileri başvurular veya 112 tarafından getirildiler. Mesai saatleri içerisinde (8:00 ile 17:00, Pazartesi-Cuma) hastalar direkt olarak KYB ünitesine acilde kardiyolog tarafından görülüp farmakolojik tedavi kararı

alındıktan sonra yatırıldılar. Mesai saatleri dışında (17:00 ile 8:00 ve hafta sonları) 112 veya acil personeli tarafından ilk değerlendirme sonrası kesin teşhis koyulan olgular direkt KYB ünitesine yatırıldı. Şüpheli vakalar tekrar değerlendirilmek üzere acil servise getirildi. Acil doktoru nöbetçi kardiyoloğu şüpheli olgular için aradı. Ve EKG ler teşhisin doğrulanması için hastane dışındaki nöbetçi kardiyoloğa faksladı. Acil doktorları ve kardiyologlar arasındaki direkt iletimi sağlamak amacıyla ayrı bir telefon hattı sağlandı. EKG bulguları ve kardiyolog ile tartışma sonrası farmakolojik veya kateter tedavisi kararları alındı. Hastanede nöbetçi bulunan doktorlarla çoklu konsültasyonlar önlenmiş oldu. Acil servis ve KYB ünitesi çalışanları periyodik olarak EKG, EKG bulguları ve akut STEMI olgularının tedavisi hakkında bir ilgili kardiyolog tarafından bilgilendirildiler. EKG lerin gönderilmesi amacıyla acil serviste veya KYB ünitesinde faks aleti kullanıldı. Altı asansörden bir tanesi olguların acil taşınması için kilit sistemi getirilerek acil kullanıma alındı. Böylelikle hastaların KYB ünitesine transferi hızlandırıldı. Hastaların transferi için yoğun acil personelinin yanı sıra KYB ünitesi personeli de kullanıldı.

2.3. Geçmişteki Kontrol Olgularına Yaklaşım

Acil servise kendiliğinden veya 112 servisi tarafından getirilen hastalar öncelikle acil kapı doktoru tarafından görüldü ve tüm olgular için konsültasyon istendi. Göğüs ağrısı nedeni ile başvuran hastaları için ne bir triaj sistemi ne de bir sistemli ekip yaklaşımı vardı. Nöbetçi olan bir uzman doktor olguları gördü ve nöbetçi kardiyolog ile temasa geçti. Daha sonra tedavi planı yapıldı. Çoklu konsültasyonlar yapıldı. Bazı acil servis çalışanları EKG de ST segment yükselmesini tanıyamıyorlardı veya bazıları da STEMI olgularının tedavisinde zamanın ne kadar değerli olduğundan haberdar değillerdi. Bunlar da gereksiz zaman kaybına neden oldu. Acil serviste ayrı bir telefon hattı ve faks makinesi yoktu bunlar ek zaman kaybına neden oldu. Acil asansörü yoktu ve ayrıca hastalar yoğun acil personeli tarafından KYB ünitesine taşındı. Bunlar da ilave zaman kaybına neden oldu.

2.4. Bilgi Toplanması

KYB ünitesine yatıp trombolitik tedavi uygulanan tüm hastalar için demografik ve klinik bilgi toplandı. Başlangıç zamanı olarak hastanın hastaneye ulaştığı zaman alındı. Kapı-igne aralığı olarak da hastaneye ulaşılan zaman ile KYB ünitesinde trombolitik tedavinin başlama zamanı arasında geçen süre alınmıştır.

Primer sonlanım noktası. Primer sonuç çalışma grubundaki (sistemli yaklaşım ekibindeki) farmakolojik tedavinin kapı iğne aralığı sürelerini 2005 ile 2007 yılları arasındaki kontrol olgularının kapı-iğne süreleri ile karşılaştırmaktı.

3. TARTIŞMA

Son 30 yıldaki tıbbi ve teknik gelişmelerin STEMI olgularının klinik sonuçlarını geliştirmesine rağmen halen kalan morbidite ve mortalite yüksektir. Randomize klinik çalışmalar fibrinolitik tedavinin mümkün olduğunca erken STEMI semptomları

başlamısından sonra verilmesinin faydası gösterilmiştir (GISSI, 1986; FTT, 1994: 4-5). Reperfüzyonda tedaviye başlama süresi en önemli parametredir. İlk saat içinde tedavi gören hastalar mortalite bakımından en iyi faydayı görürler (Lincoff, 1993: 6). Ekip çalışması sayesinde ölçülen zaman değişkeni olarak ortalama kapı-iğne aralığında anlamlı bir iyileşme görüldü. Çalışmamızda kapı-iğne aralığındaki düzelmenin önemli bir kısmı ekibin sistemli çalışmasının sonucu gerçekleşti. Yoğun acil servis koşullarında hastaların değerlendirilmesi, EKG çekilmesi ve gönderilmesi STEMI olgularının yönetiminde gecikmelere yol açabilir (Pinto, 2006: 7). Hastane içi gecikme acil servislerin donanımını düzenleyerek, acil servis çalışanlarının eğitimini arttırarak ve acil serviste trombolitik tedavi uygulayarak 20-30 dakikaya indirilebilir (MacCallum, 1990: 8). Bizim çalışmamızda kardiyoloğun çok önceden aranması ve ekibin daha sistemli çalışmasından da faydalanıldı.112 servisi hastane öncesi çektikleri EKG' de kesin STEMI olgularını yüksek güvenilirlikle tanıdılar. Bu olgular direkt KYBÜ ne yatırıldılar. Günümüzde batı dünyasında primer perkütan koroner girişim (PPCI) STEMI olgularının yaklaşık %15-20' sinde uygulanabilmektedir. Bu nedenle dünyanın birçok bölgesinde ve özellikle Avrupa'da trombolitik tedavi akut STEMI olgularının tedavisinde uluslararası kılavuzlarda da belirtildiği gibi halen en hızlı ve en çok ulaşılabilir reperfüzyon tedavisidir (Antman, 2004; Van de Werf, 2003: 2-9). Trombolitik tedavi ile ilgili suboptimal açıklık, erken yeniden tıkanma, doku düzeyinde miyokard reperfüzyonunun sağlanamaması gibi sorunlar olsa da (Roe, 2001: 10), perkütan girişim ile ilgili olan suboptimal sonuçlar da operatör deneyimsizliği ve aşırı tedavi gecikmeleridir (Antman, 2004: 2). Şu anlaşılmalıdır ki günümüzde halen en önemli amaç çok daha fazla STEMI olgularına herhangi bir reperfüzyon tedavisinden birini sunmaktır. Çünkü yakın geçmişte yapılan çalışmalar yaklaşık üçte bir tedaviye uygun olgunun hiçbir reperfüzyon tedavisi almadığını göstermiştir (Barron, 1998: 11). Trombolitik tedavinin en yüksek etkisi tedavinin semptomların başlangıcının ilk saatinde verilmesinde görülmüştür (tedavi alan 1000 hastadan 65'nin hayatı kurtarılmıştır) (Boersma, 1996: 12). Tedavinin 1 saat kadar önce başlaması tedavi alan 1000 hastada ek olarak yaklaşık 10 hastanın daha hayatının kurtarılmasını sağlayabilir (Huber, 1996: 3). Hastane öncesi miyokard infarktüsü triaj ve girişim çalışmasının (MITI trial) retrospektif analizi hastaların ilk 70 dakikada tedavi almaları ile 30. gün mortalitelerinin daha geç tedavi alanlara göre 7 kat daha az olduğunu göstermiştir (1.2 vs 8.7) (Weaver, 1993: 13). Daha yakında yeni trombolitik çalışmasının ikinci güvenlik ve etkinlik değerlendirilmesinde (ASSENT-2) elektrokardiyografik alt çalışması bir yandan EKG deki ST yükselmesinin düzelmesi ile 1 yıllık mortalite arasında bağımsız bir ilişkiyi gösterirken öbür taraftan ST yükselmesinin düzelmesi ile tedaviye başlama süresi arasında da bağımsız ilişkiyi göstermiştir. Semptom başlangıcının ilk iki saatinde tedaviye başlanan hastaların %55.6' sında tam ST segment düzelmesi görünürken; tedaviye 2 ile 4 saatte başlanan hastaların %52.2' sinde; tedaviye 4 ile 6 saatte başlanan hastaların ise %43 'ünde ST segment düzelmesi görülmüştür (Fu, 2001: 14). Çalışma ayrıca ST segment düzelmesinden bağımsız olarak zamanın mortalite üzerine etkisini erken tedavi gruplarında daha düşük mortaliteyle ilişkili olarak göstermiştir (Fu, 2001: 14). Miyokard nekrozunun zamanla artmasının patofizyolojik kanıtı reperfüzyon tekniğinden bağımsız tedavi zamanındaki gecikmenin mortaliteyi arttırıcı etkisini vurgulamaktadır. Acil servisin kalabalık olmasının reperfüzyon

tedavisinin başlamasını geciktirdiği gösterilmiştir (Schull, 2004: 15). Pratikteki uygulamalara bağlı olarak primer hekimler ve/veya kardiyologlarla yapılan çoklu konsültasyonlar hastaların reperfüzyon tedavi seçeneğini belirlemede ve başka bir hastaneye sevk edilmelerinde gerekli olabilir. Bu düzensiz uygulamalar rutin olarak reperfüzyon tedavisinde gecikmelere neden olur (Lambrew, 1997: 16). Karar verme uygulamalarını hızlandırarak ve ekip çalışanlarının eş zamanlı birden fazla işi yerine getirmeleri sağlanarak zamandan kazanılabilir. Kasım 2006'da ACC (American College of Cardiology) GAP-D2B projesini başlattı. Kapı-Balon çalışma grubu 6 anahtar stratejiyi savundu (Bradley, 2006: 17). Bizim çalışmada da ayrıca koroner yoğun bakımı acil servis doktorunun araması, koroner yoğun bakımın tek arama ile uyarılması, sistematik çalışan bir ekip ile hastaların direkt koroner yoğun bakıma gönderilmeleri anlamlı derecede zaman kazanmamıza neden olmuştur. Bu bulgular Kapı-Balon çalışma grubunun stratejileri ile uyumlulardır.

Trombolitik tedavi zamanlarındaki klinik anlamlı azalma hastane seviyesinde sistemli bir yaklaşımla sağlanabilir. Tedavi zamanlarındaki daha fazla azalma kamunun eğitimi, 112' nin kamu tarafından daha fazla kullanılması, bu tür hastalara hizmet veren hastaneler arasındaki daha iyi iletişimin sağlanması ve bu hastaların hastaneler tarafından değil de direkt 112 tarafından yönlendirilmeleri ile sağlanabilir. Açıkça bu stratejilerin ST segment yükselmeli olgularda klinik öneminin ve getireceği sonuçların doğrulanması için yeni çalışmalara gerek vardır.

4. SONUÇ

Çalışmaya alınan hastaların ve kontrol olgularının temel özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastaların büyük çoğunluğu erkekti ve önde gelen kardiyak risk faktörleri hipertansiyon ve diyabetti.

Mesai saati dışında 2005-2006 kontrol grubunun ortalaması 84 dakika iken, 2007 nisana kadar olan kontrol grubunda ortalamanın 107 dakikaya çıktığı gözlenmiştir. Çalışma boyunca ise mesai saatleri dışında kontrol grubunun ortalaması 95.5 dakika iken çalışma grubunda ortalama 30 dakikanın altında bulunmuştur.

Özel yetiştirilmiş ve donanımlı personel STEMI olgularını erken değerlendirebilir ve kapı-iğne aralığını 30 dakikanın altına çekebilir. Bu da klinik pratikte yaygın olarak uygulanabilir ve hastaların yaşamda kalma süreleri büyük ölçüde iyileşebilir.

KAYNAKLAR

Murray CL, Lopez AD (1996), "Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study" **Science**, Vol 274, pp. 740-743.

Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr (2004) "ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction-executive summary" **Circulation**, Vol 110, pp. 588-636.

Huber K, Maurer G (1996) "Thrombolytic therapy in acute myocardial infarction" **Semin Thromb Haemost**, Vol 22, pp.12–23.

Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI) (1986) "Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction" **Lancet** Vol.1(8478), February, pp.397-402.

Fibrinolytic Therapy Trialists' (FTT) Collaborative Group (1994) Feb 5;343(8893):311-22 "Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients" **Lancet** Vol.343(8893), February, pp.311-22.

Lincoff AM, Topol EJ (1993), "The illusion of reperfusion. Does anyone achieve optimal myocardial reperfusion ?", **Circulation** Vol. 87, pp.1792-1805, and Vol. 88, pp.1361-1374.

Pinto DS, Kirtane AJ, Nallamothu BK, Murphy SA, Cohen DJ, Laham RJ, Cutlip DE, Bates ER, Frederick PD, Miller DP, Carrozza JP Jr, Antman EM, Cannon CP, Gibson CM (2006), "Hospital delays in reperfusion for ST-elevation myocardial infarction: implications when selecting a reperfusion strategy", *Circulation*, Vol.114, No 19, Nov, pp.2019-25.

MacCallum AG, Stafford PJ, Jones C, Vincent R, Perez-Avila C, Chamberlain DA (1990). "Reduction in hospital time to thrombolytic therapy by audit of policy guidelines", **Eur Heart J**, Vol.11, No Suppl.F, pp.48–52.

Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KA, Julian D, Lengyel M, Neumann FJ, Ruzyllo W, Thygesen C, Underwood SR, Vahanian A, Verheugt FW, Wijns W (2003), "Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology", **Eur Heart J**, Vol.24, pp.28–66.

Roe MT, Ohman EM, Maas AC, Christenson RH, Mahaffey KW, Granger CB, Harrington RA, Califf RM, Krucoff MW (2001), "Shifting the open artery hypothesis downstream: the quest for optimal reperfusion" **J Am Coll Cardiol**, Vol.37, pp.9–18.

Barron HV, Bowlby LJ, Breen T, Rogers WJ, Canto JG, Zhang Y, Tiefenbrunn AJ, Weaver WD (1998), "Use of reperfusion therapy for acute myocardial infarction in the United States: data from the National Registry of Myocardial Infarction 2", **Circulation** , Vol.97, pp.1150–1156.

Boersma E, Maas ACP, Deckers JW, Simoons ML (1996), "Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour", **Lancet** , Vol.348, pp.771–775.

Weaver WD, Cerqueira M, Hallstrom AP, Litwin PE, Martin JS, Kudenchuk PJ, Eisenberg M (1993), "Prehospital-initiated vs hospital-initiated thrombolytic therapy. The Myocardial Infarction Triage and Intervention Trial", **JAMA**, Vol.270, pp.1211–1216.

Fu Y, Goodman S, Chang WC, Van De Werf F, Granger CB, Armstrong PW (2001), "Time to treatment influences the impact of ST-segment resolution on one-year prognosis: insights from the assessment of the safety and efficacy of a new thrombolytic (ASSENT-2) trial",

Circulation, Vol.104, pp.2653–2659.

Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P(2004), "Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction", **Ann Emerg Med**, Vol.44, No6,Dec, pp.577-85.

Lambrew CT, Bowlby LJ, Rogers WJ, Chandra NC, Weaver WD (1997), "Factors influencing the time to thrombolysis in acute myocardial infarction: Time to Thrombolysis Substudy of the National Registry of Myocardial Infarction-1", **Arch Intern Med**, Vol.157, pp.2577–2582.

Bradley EH, Herrin J, Wang Y, Barton BA, Webster TR, Mattera JA, Roumanis SA, Curtis JP, Nallamothu BK, Magid DJ, McNamara RL, Parkosewich J, Loeb JM, Krumholz HM (2006), "Strategies for reducing the door-to-balloon time in acute myocardial infarction", **N Engl J Med**, Vol.355, pp.2308-20.

ANESTEZİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE VENTİLATÖRE İLİŞKİN PNOMONİ ORANININ DÜŞÜRÜLMESİ

Gaye Aydın¹¹², Hakan Doğan¹¹³, Durmuş Ali Özdemir², Fatma Toker²
Funda Göçer², Selda Bican², Fatı Atik², Yasemin Girgin²

Özet

Çalışmamızda ventilatöre ilişkin pnomoni (VİP) oranını, ABD'deki CDC'nin belirlediği 1000 ventilatör gününde 13 altına düşürmeyi amaçladık.

Çalışmamız 01.04.2008-01.10.2008 tarihleri arasında AYBÜ'deki ventilatöre bağlı hastalar üzerinde gerçekleştirildi. SWOT analiz ile güçlü ve zayıf yönlerimiz tespit edildi, fırsat ve tehditlerimiz değerlendirildi. Beyin fırtınası yöntemiyle VİP önleme stratejileri saptandı. VİP önleme stratejileri; 1.Her solunum desteği alacak hastanın invaziv mekanik ventilatör ihtiyacı yönünden oluşturulmuş olan iş akış şemasına göre değerlendirilmesi; 2.Mekanik ventilatöre bağlı hastaların saatlik takip çizelgesiyle kayıt altına alınması; 3.VİP için belirlenmiş risk faktörlerinin ventilatöre bağlı tüm hastalar için günlük değerlendirilmesi; 4. Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hazırlanmış VİP önleme talimatına göre günlük kontrol çekleri tutulması olarak belirlendi. VİP hızı yönünden hastalar günlük aktif hastaya dayalı sürveyans yöntemiyle izlendi. VİP hızı=(VİP sayısı/Ventilatör günü)X1000 formülüne göre hesaplandı.

Çalışmamızda toplam hasta sayısı 159 olup, ventilatör günü sayısı 610 idi. Hastanemiz 2007 yılı ventilatör kullanım oranı %41 VİP hızı 22.24 olarak tespit edilmişti. 2008 ilk 9 ay ortalama VİP oranı 15.09 iken çalışma tarihlerinde VİP hızı 9.07 olarak tespit edildi.

Çalışmamızdaki VİP önleme stratejilerine uyulduğu takdirde, VİP oranında düşme görüldüğü ve bu stratejilerin tüm yoğun bakım ünitelerinde uygulanması ile hastanemiz VİP hızında ülke genelinde iyi bir grupta yer alacağımız ve maliyetin azalacağı kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Ventilatöre İlişki Pnomoni, Enfeksiyon Kontrolü, Yoğun Bakım Ünitesi

Abstract

We aimed to decrease the rate of ventilator associated pneumonia (VAP) less than CDC defined 13 cases per 1000 ventilator days.

Our study enrolled patients on the ventilator in the AICU, April 1-October 1, 2008. We determined our strength and weaknesses by SWOT technique. We determined

112 Denizli Servergazi Devlet Hastanesi, kayagaye@hotmail.com

113 Denizli Servergazi Devlet Hastanesi

the strategies to prevent VAP by brain storm technique. The strategies were: 1. Every patient requiring invasive mechanical ventilator was evaluated according to the flow chart prepared for mechanical ventilator, 2. To record the data of patients on the ventilator hourly, 3. To evaluate risk factors determined for VAP for all patients on the ventilator daily, 4. To follow check points determined by hospital infection committee according to the VAP prevention directions. Regarding VAP rate we did surveillance study daily on patients. VAP rate was calculated by using formula $VAP\ rate = (VAP\ number / ventilator\ days) \times 1000$.

Our total patient number was 159 and our ventilator days were 610. In 2007 the rate of ventilator use was 41%, and the VAP rate was 22.24. During the first 9 months of 2008 the mean VAP rate was 15.09, and during the study it was 9.07.

We also have concluded that if these strategies are observed in our all intensive care units, we may be in a better group nationwide as far as the VAP rate is concerned. And the hospital expenses can be reduced.

Key Words: Ventilator Associated Pneumonia, Infection Control, Intensive Care Unit

1. GİRİŞ

Hastane enfeksiyonları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli halk sağlığı problemi olup, morbiditesi, neden olduğu mortalite ile maliyetten dolayı son yıllarda üzerinde yoğun olarak durulan bir konu haline gelmiştir (Yalçın, 2008: 15). Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hastalar hastalıklarının ağır olması ve hastanede yattıkları sürece invaziv işlemlere daha fazla gereksinimleri nedeniyle, hastane enfeksiyonlarına özellikle duyarlıdırlar (Smith, 2006: 146).

Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilen hastalar akciğer problemleri sonucunda ventilatöre ilişkin pnömoniler (VİP) için yüksek riske sahiptirler. National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) sonuçlarına göre VİP tüm hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır ve üriner sistem enfeksiyonlarından sonra ikinci sık nedendir (NNIS System Report 2004:471). Central for Disease Control (CDC), erişkin Yoğun Bakım Ünitelerinde ortalama VİP oranını 1000 ventilatör gününde 6-15.3 olarak belirlemiştir. Bu oran medikal YBÜ'lerinde 1000 ventilatör gününe 7.3 iken Cerrahi YBÜ'lerinde 13.2'dir (CDC Guidelines 2004: 3; Saltoğlu, 2008: 89). Ventilatör ilişkili pnömoni (VİP), daha önceden pnömonisi bulunmayan olguda mekanik ventilasyon uygulamasının 48. saatinden sonra ortaya çıkan pnömoniyeye verilen isimdir. Morbidite ve mortalitesi önemli bir sorun olan nozokomiyal enfeksiyonlar dolayısıyla VİP koruyucu önlemlerle 1/3 oranında azaltılabilir. Bu açıdan risk faktörlerinin bilinmesi, bu risk faktörlerinden değiştirilebilir olanların değiştirilmesi ve sabit risk faktörleri bulunan hastalarda da VİP tanısında bu faktörlerin dikkate alınması gerekir. Değiştirilebilir risk faktörleri şöyledir: Entübasyon, trakeostomi, nasogastrik sonda, ventilasyon devreleri, enteral beslenme, hastanın pozisyonu, stres ülser profilaksisi, antibiyoterapi, mekanik ventilasyon süresi, reentübasyondur. VİP'de sabit

risk faktörleri: Koma, yaş, altta yatan kardiyak, solunum sistemi hastalıkları, travma, Erişkin Respiratuar Distres Sendromu, yanık olarak sıralanmaktadır (Çakar, 2002: 93-94).

VİP'nin önlenmesi için kullanılan stratejileri iki ana grupta incelemek mümkündür. Bu stratejiler;

1. Farmakolojik olmayan stratejiler;
 - a) El yıkama, koruyucu elbise ve eldiven kullanımı,
 - b) Yarı-erek pozisyon,
 - c) Aşırı mide hacminden kaçınmak ve erken enteral beslenme,
 - d) Oral entübasyon,
 - e) Ventilatör devrelerinin uygun zaman aralıklarında değiştirilmesi,
 - f) Sürekli subglottik aspirasyon,
 - g) Kullanılan aspirasyon sondalarının tipi,
 - h) Isı ve nem değiştiriciler,
 - i) Göğüs fizyoterapisi,
 - j) İnvaziv olmayan mekanik ventilasyon
2. Farmakolojik stratejiler;
 - a) Stres ülserleri profilaksisi,
 - b) Selektif sindirim sistemi dekontaminasyonu (SDD)
 - c) Klorheksitin ile ağız bakımı

CDC tarafından hastane kökenli pnomoniler arasında yer alan VİP önlenmesi konusunda açık olarak önerilen girişimler;

- Ventilatör devrelerinin bir haftadan daha az aralıklarla değiştirilmesi;
- El yıkama;
- Yarı-erek pozisyon;
- Midenin aşırı distansiyonundan kaçınmaktır (Akalin, 2005: 250).

2000 yılında tüm dünyada hasta güvenliği çalışmaları ivme kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) vb. kurumlar kılavuz, standart yayınlamak ve hedef belirleyerek sağlık hizmeti verenlerin konuya odaklanmasını sağlamaya çalışmaktadır (WHO Guidelines, 2005). Benzer şekilde tüm dünyada hastaneleri akredite eden Uluslar Arası Birleşik Komisyon (JCI) 2008 yılında altı adet "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefi" tanımlayarak akredite olmak hastaneler için ön koşul olarak belirlemiştir. Hastane kaynaklı enfeksiyonların azaltılması ve önlenmesi de altı hedeften biridir. Sağlık Bakanlığı da 01.09.2008 de yayınladığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde Hizmet Kalite Standartları belirlemiştir (saglik.gov.tr, 2008).

SENIC ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada; aktif enfeksiyon kontrol programı uygulanan hastanelerde enfeksiyon hızında %32'ye varan azalma sağlamanın mümkün olduğunu göstermiştir (Senic,1985: 200). Aynı zamanda hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40'nın önlenbilir olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (WHO Guidelines, 2005). Hastanemizde kalite ve hasta güvenliği çalışmaları sırasında Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi (AYBÜ) olarak yukarıda bahsedilen çalışmalar ışığında hastane enfeksiyonlarının temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu taktirde önlenmesinin mümkün olduğu dikkatimizi çekmiştir. Biz de çalışmamızda yoğun bakım ünitelerinin temel sorunu olan ventilatöre ilişkin pnömoni (VİP) oranını, CDC'nin belirlediği enfeksiyon önleme kriterlerine uyarak 1000 ventilatör gününde 13 altına düşürmeyi amaçladık.

2. YÖNTEM

Hastanemizde süreçlerin sürekli iyileştirilmesi, çalışanların katılımının sağlanması ve ekip çalışmasının özendirilmesi amacıyla proje ekipleri kurulmaktadır. Ekiplerin çalışma esaslarını belirlemek, izlemek ve değerlendirmek amacıyla hastanemizde İyileştirme Ekipleri Talimatı (ÇTL-85.) hazırlanmış ve uygulanmaktadır. Projeyi gerçekleştiren Sinerji isimli ekip üyeleri Anestezi Yoğun Bakım ünitesi gönüllü çalışanlarından oluşmuştur. Çalışmamız 01.04.2008-01.10.2008 tarihleri arasında AYBÜ'deki ventilatöre bağlı hastalar üzerinde gerçekleştirildi. Bu çalışma gerçekleştirilirken sırasıyla aşağıdaki yöntem ve teknikler uygulandı:

- Konu seçimi beyin fırtınası yöntemiyle belirlenmiştir. Beyin fırtınasında ön plana çıkan konular şunlardır; Yoğun Bakımda enfeksiyon oranını en aza indirmek, baskı yaralarını azaltmak, hasta kalış gün süresini en aza indirmek, hastaların ventilatöre bağlı kalma sürelerini azaltmak, kateter takmak, trakeostomi açmak, hasta güvenliği, hasta mahremiyeti, çalışan güvenliği, hasta ve hasta yakını eğitimi, hasta bakımı.
- Ekip üyeleri tarafından "Beyin Fırtınası" ile hastane enfeksiyonlarını çalışma konusu olarak belirlenmiştir.
- "Risk Değerlendirme Ve Derecelendirme" yöntemi ile risk analizi yapılmıştır. Risk değerlendirme sonucunda AYBÜ'nde hastane enfeksiyonları içinde "Ventriküler İlişkili Pnömoninin VİP Risk Değeri" en yüksek olarak ortaya çıkmıştır.

- Mevcut durum analizinde swot analizini kullanarak güçlü yönlerimizi, zayıf yönlerimizi, fırsatları ve tehditlerimizi değerlendirerek hedefleri belirlendi (Tablo 1).
- VİP nedenlerini ve risk faktörleri belirlemek amacıyla **Kök Neden Analizi (Balık Kılıcı)** yöntemi kullanılmıştır. Kök neden analizinden önce analiz yöntemi anlatılmış, ekip üyelerine konu ile ilgili olarak gerekli verileri toplayacağı kaynaklar hakkında bilgi verilerek analizin yapılacağı toplantıya hazır gelmeleri istenmiştir.
- VİP önleme stratejileri ve çözüm önerileri ekip üyelerinin katıldığı, beyin fırtınası yöntemiyle belirlendi. VİP önleme stratejileri; 1. Her solunum desteği alacak hastanın invaziv mekanik ventilatör ihtiyacı yönünden oluşturulmuş olan iş akış şemasına göre değerlendirilmesi; 2. Mekanik ventilatöre bağlı hastaların saatlik takip çizelgesiyle kayıt altına alınması; 3. VİP için belirlenmiş risk faktörlerinin ventilatöre bağlı tüm hastalar için günlük değerlendirilmesi; 4. Hastane İnfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hazırlanmış VİP önleme talimatına göre günlük kontrol çekleri tutulması olarak belirlendi.
- VİP hızı yönünden hastalar CDC yayınlamış olduğu tanı kriterleriyle birlikte, günlük aktif hastaya dayalı, prospektif surveyans yöntemiyle izlendi. VİP hızı=(VİP sayısı/Ventilatör günü)X1000 formülüne göre hesaplandı.

Tablo 1. SWOT analiz sonuçları

Zayıf Yönlerimiz	Güçlü Yönlerimiz	Fırsatlar	Tehditler
İzolasyon odasının olmaması	İstekli ve azimli olmamız	Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının mekanik ventilasyon desteğini biliyor olması	Uzun süreli mekanik ventilasyon
Hepafiltrelerimizin olmaması	Çalışma konusunun aynı birim içinde çözümlenebilecek bir konu olması	Mekanik Ventilatör takiplerinin Anestezi Uzmanları tarafından da yapılıyor olması	Pandemi (Yoğun bakımda salgın)
Metrekareye göre yatak sayımızın fazla olması	Seçtiğimiz çalışma konusunun ölçülebilirliğinin olması	Çok fazla reusubl malzeme kullanıyor olmamız	
Pencerelerin olması	Üst yönetim desteği	Yeni açılan bir hastane olması	
Sertifikalı 3 hemşirenin olması		Cihazların hepsinin yeni olması	
Mekanik ventilatör desteği takibi için yetkinliğimizin olmaması		Yoğun bakım çalışanlarının genç ve dinamik kişilerden oluşması	
Diğer servislere göre daha yoğun bir tempoda çalışıyor olmamız			
Ekipte Mükemmellik Modeli eğitimi almamış olmamız			

3. BULGULAR

Çalışmamızda toplam hasta sayısı 159 olup, ventilatör günü sayısı 610 idi. Hastanemiz 2007 yılı ventilatör kullanım oranı %41, VİP hızı 22.24 olarak tespit edilmişti. 2008 ilk 9 ay ortalama VİP oranı 15.09 iken çalışma tarihlerinde VİP hızı 9.07 olarak tespit edildi. Çalışmamızdaki veriler aşağıdaki tabloda görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışma tarihleri arasındaki hasta sayısı (HS), hasta günü (HG), ventilatör günü (Ven. Günü), VİP oranı ve VİP sayısı değerleri

Tarih	HS	HG	Ven.Günü	VİP sayısı	VİP oranı
Nisan 2008	11	179	118	0.66	16.95
Mayıs 2008	13	179	144	0.80	6.94
Haziran 2008	28	139	66	0.47	0.00
Temmuz 2008	30	174	71	0.41	0.00
Ağustos 2008	17	178	86	0.48	23.26
Eylül 2008	24	163	38	0.22	0.00

4. TARTIŞMA

Son yıllarda hastane enfeksiyonları arasında ilk sıralarda yer alan VİP'yi önleme ve kontrol stratejileri geliştirilmiş ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon kontrolü amacıyla bu stratejiler bir çok hastane tarafından uygulamaya geçirilmiştir. Hastane enfeksiyonlarını önleme çabaları kanıta dayalı ve maliyet etkin olmalıdır. VİP insidansını azaltmak için birçok önlemler alınabilir. Uygun el yıkama, koruyucu eldiven ve giyisiler nasokomiyal enfeksiyonları azaltmada önemlidir. Hasta başı 45 pozisyonunda olacak şekilde yatırılmalı, gastrik distansiyon önlenmeli, ventilatör devrelerinde gerekmedikçe değişiklik yapılmamalıdır. Uzun süreli mekanik ventilasyon gerekecek hastalarda trakeostomi erken yapılmalıdır. Kişiden kişiye bulaşın önlenmesi için tüm önlemler alınmalıdır. Çalışan eğitimi ve sürekli aktif, prospektif nasokomiyal enfeksiyon sürveyansı önemlidir (Saltoğlu, 2008: 100).

AYBÜ'nde VİP oranını azaltmak amacıyla çalışmamız öncesinde de hastanemizde uygulanan enfeksiyon sürveyans ölçümleri yapılmaya devam etti. Çalışmadan önce oluşturulmuş bir Enfeksiyon Kontrol komitesi, Enfeksiyon Hemşiresi tarafından enfeksiyon sürveyans ölçümleri gerçekleştirildi ve bu ölçümler Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı'na belirli aralıklarla bildirildi. Hastane bünyesinde çalışanların eğitimi sürekli hale getirildi. CDC'nin belirlemiş olduğu enfeksiyon önleme ve kontrol stratejileri ışığı altında enfeksiyon kontrol talimatları hazırlandı. Çalışmamız sırasında AYBÜ'de VİP oranını azaltmak amacıyla çalışmamızda VİP önleme stratejileri; 1. Her solunum desteği alacak hastanın invaziv mekanik ventilatör ihtiyacı yönünden oluşturulmuş olan iş akış şemasına göre değerlendirilmesi; 2.Mekanik ventilatöre bağlı hastaların saatlik takip çizelgesiyle kayıt altına alınması; 3.VİP için belirlenmiş risk faktörlerinin ventilatöre bağlı tüm hastalar için günlük değerlendirilmesi; 4. Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hazırlanmış

VİP önleme talimatına göre günlük kontrol çekleri tutulması olarak belirlendi. VİP hızı yönünden hastalar CDC'nin yayınlamış olduğu tanı kriterlerinden yola çıkılarak günlük aktif hastaya dayalı süveyans yöntemiyle izlendi.

VİP'yi önleme ve kontrol stratejileri kullanılarak birçok çalışma yapılmış ve çalışmalar sonucunda CDC'nin belirlemiş olduğu VİP önleme ve kontrol stratejileri ile VİP oranında önemli derecede azalma olduğu gösterilmiştir.

Rotstein C ve ark. Hastane enfeksiyonları ve VİP'de risk önleme ve azaltma stratejileriyle enfeksiyonların daha kolaylıkla kontrol edilebileceği ve gelecekte tedaviye daha az resistan patojenlerle karşılaşacağımız, morbiditede azalma ve yaşam kalitesinde artış sağlanacağı kanısına varmışlardır (Rotstein, 2008: 19).

Chao YF ve ark. erişkin yoğun bakım ünitesinde iki grup üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında her pozisyon öncesi oral sekresyonların temizlenmesi (Çalışma grubu) ile rutin bakım sırasında oral sekresyonların temizlenmesini (Kontrol grubu) karşılaştırmışlar ve çalışma sonunda VİP oranlarının kontrol grubunda %15.1 iken çalışma grubunda %4.9'a indiğini görmüşlerdir. Oral sekresyonların efektif uzaklaştırılması sonucunda VİP oranında anlamlı derecede düşme olacağı kanısına varmışlardır (Chao, 2009: 22-28).

Kanouff AJ ve ark. yapmış oldukları literatür taraması sonucu katatere bağlı üriner sistem enfeksiyonları, santral katetere bağlı kan enfeksiyonları ve VİP'de gerekli önlemler alındığında enfeksiyonların önlenilebilir olduğunu belirtmişlerdir (Kanouff, 2008: 302-308).

Fields LB ve ark. nöroloji yoğun bakım ünitesinde yatan ve ventilatöre bağlı hastalarda oral hijyenin önemi üzerinde durmuşlar ve VİP oranında azalmayı sağlayabileceği sonucuna varmışlardır (Fields, 2008: 291-298).

Krein SL ve ark. Amerika'da çok merkezli olarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında yarı oturur pozisyonda subglottik sekresyonların drenajında VİP oranlarında azalma olduğunu bildirmişlerdir (Krein, 2008: 933-940).

Dembinski R ve Rossaint R non-invaziv ventilasyonun, mikroaspirasyonun VİP oranlarında düşmeyi sağladığı, etkili antimikrobiyal tedavinin bireysel risk faktörlerinde azalmaya sebep olduğu ve antibiyotiklere karşı daha az resistans gelişeceği sonucuna varmışlardır (Dembinski, Rossaint, 2008: 825-842).

Albert M'nin VAP Guidelines Committee and the Canadian Critical Care Trials Group ile ortaklaşa yazdıkları makalede 1980-2006 yılları arasındaki VİP önleme stratejileri gözden geçirilmişti. Veri analizinde orotrakeal entübasyonun tercih edilmesi, her hastaya yeni ventilatör devresi kullanılması ancak hasar olmadıkça değiştirilmemesi, kapalı sistem aspirasyon sisteminin kullanılması, subglottik sekresyon drenajının sıklığının artırılması, hasta baş elevasyonunun 45 olmasını tavsiye ederken bakteri filtresi kullanılmasını tavsiye etmemişlerdir (Albert, 2008: 126-137).

Cocanour CS ve ark travma YBÜ'de VİP oranını azaltmak amacıyla CDC'nin yayınlamış olduğu VİP önleme ve kontrol stratejilerinden yararlanarak yaptıkları çalışmada amaçları NNIS kriterine göre %90 percentili %75 persentile çekmeyi amaçlamışlar ve çalışma sonunda VİP oranını 1000 ventilatör gününde 22.3-32.7'den 0-12.8'e düşürmüşlerdir. Sonuç olarak hastane yönetiminin, çalışan hekimlerin ve yoğun bakımda çalışan personelin ve maliyetin azalmasının önemi üzerinde durulmuştur (Cocanour, 2006: 122-129).

Tüm bu çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da CDC'nin belirlemiş olduğu VİP önleme ve kontrol stratejileri titiz bir biçimde uygulandığında VİP oranlarında azalma olduğu görülmüştür.

5. SONUÇ

Çalışmamızda belirlemiş olduğumuz VİP önleme stratejilerine uyulduğu takdirde, AYBÜ'de VİP oranında düşme görüldüğü ve bu stratejilerin tüm yoğun bakım ünitelerinde uygulanması ile hastanemiz VİP hızında ülke genelinde iyi bir grupta yer alacağımız ve maliyetin azalabileceği kanısına varıldı.

KAYNAKLAR

Yalçın, Ata Nevzat (2008), "Hastane Enfeksiyonları Maliyet Analizi" **İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri**, Sempozyum Dizisi, No.60, sayfa 15-22.

Smith, Robert L (2006), "Yoğun Bakım Biriminde Enfeksiyonun Önlenmesi" **Current Opinion in Infectious Diseases Türkçe Baskı**, Cilt 1, Sayı 3, Sayfa 146-150.

NNIS Report (2004), **Am J Infect Control**, Vol. 32, pp. 470-485

CDC Guidelines "Preventing Healthcare Associated Pneumonia", **MMWR**, Vol. 53, pp. 1-36.

Saltoğlu, Neşe (2008), "Ventilatör İlişkili Pnömoninin Önlenmesi ve Kontrolü" **İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri**, Sempozyum Dizisi, No.60, Sayfa 89-103

Çakar, Nahit (2002), "Ventilatör İlişkili Pnömoniler: Ventilatör İlişkili Pnömoniye Önleme Teknikleri" **Yoğun Bakım Dergisi**, Cilt 2, Sayı 1, Sayfa 93-96.

Akalın, Halis (2005), "Yoğun Bakım İnfeksiyonları" içinde, **Hastane Kökenli pnömoni**, İftihar Köksal, Nahit Çakar, Dilek Arman (Ed.), Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, sayfa:233-256.

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2005

<http://www.saglikbakanligi.gov.tr>

Senic, (1985) **Am J Epidemiol** vol.121, pp. 182-205

Rotstain C, Evans G, Born A, Grossman R, Light RB, Magder S at all (2008), "Clinical Practise Guidelines for Hospital-acquired Pneumonia and Ventilator-associated Pneumonia in Adults" **Can J Infect Dis Med Microbiol**, Vol. 19, No. 1, pp. 19-53

Chao YF, Chen YY, Wang KW, Lee RP, Tsai H (2009), "Removal of oral secretion prior to position change can reduce the incidence of ventilator-associated pneumonia for adult ICU patients: a clinical controlled trial study" **J Clin Nurs**, Vol. 18, No.1, pp 22-28.

Kanouf AJ, DeHaven KD, Kaplan PD (2008), "Prevention of nosocomial infections in the intensive care unit", **Crit Care Nurs Q**, Vol.31, No.4, pp.302-308.

Fields LB (2008), "Oral care intervention to reduce incidence of ventilator-associated pneumonia in the neurological intensive care unit", **J Neurosci Nurs**, Vol.40, No.5, pp.291-298.

Krein SI, Kowalski Cp, Damschroder L, Forman J, Kaufman SR, Saint S (2008), "Ventilator-associated pneumonia", **Anaesthetist**, Vol.57, No. 8, pp825-842.

Albert M, Chast C, Elliott S, Hall R, Hand L, Hodder R et all. (2008), "Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: prevention", **J Crit Care**, Vol. 23, No. 1, pp. 126-137.

Cocanour CS, Peninger M, Domanoske BD, Li T, Wright B, Valdivia A, Luther KM (2006), "Decreasing ventilator-associated pneumonia in trauma ICU", **J Trauma**, Vol. 61, No. 1, pp. 122-129.

İL DIŞINA GİTMEK ZORUNDA KALAN ONKOLOJİ HASTALARININ PET- CT ALIMI İLE İLİMİZDE HİZMETE ULAŞMALARI

Uz. Dr. Ramazan Canural¹¹⁴, Uz. Dr. Sadık Ergür¹,
Uz. Dr. Arif Engin Demir¹ Uz. Dr. Burcu Değirmenciođlu¹, Uz. Dr. Berna Öztürk¹,
Uz. Dr. Nalan Gökalp¹

Özet

Bu çalışmadaki amacımız tanı ve tedavi takibi amacıyla tetkik istenilen, il dışına gitmek zorunda kalan onkoloji hastalarının hastanemizde tetkiklerinin yapılabilmesi, hizmete erişimin kolaylaştırılmasıdır.

Onkoloji hastaları öncelikli hasta grubudur. Kanser tedavisinin başarısında en önemli etken; erken tanı ve doğru evreleme, yani yayılımın tespitidir. Kanser yayılımının doğru ve erken olarak belirlenmesi tedavi kararını etkilemekte ve sağ kalım oranını arttırmaktadır. Tüm Türkiye’de üniversiteler ve devlet hastaneleri dahil 30 civarında bulunan PET-CT için, onkoloji hastaları şehirlerarası yolculuk yapmak zorundadır.

Yukarıda bahsedilen hastaların hizmete erişiminin kolaylaştırılması ve erken tanı konulabilmesi için, Hastanemize PET-CT cihazı alınmasına karar verildi. Çekimi yapılan hastaların tanıları ve hangi illerden geldikleri de kayıt altına alınarak istatistik çalışmaları yapıldı.

Çalışma öncesinde hastanemizde aylık olarak ortalama 20 hastanın PET-CT çekilmesi amacıyla il dışına sevk edildiği hastanemiz istatistik verilerinden anlaşılmaktadır. Denizli ilinde hastanemiz dışında üniversite hastanesi, 2. bir devlet hastanesi, ayrıca ilçelerde toplam 7 Devlet hastanesi mevcuttur. Tüm hastanelerden bu gibi hastaların sevk edildiği düşünülürse bu rakamın çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: PET-CT, Onkoloji Hastaları

Abstract

Our aim in this study is to be able to exam the oncology patients who are obliged to go out of the city by the aim of diagnosis and the treatment following and to enable to reach the service.

The oncology patients are the preferential patient group. The most important factor in the success of the cancer treatment is the pre –diagnosis and the true classification it is to say the definition of the metastasis. To define the cancer

metastasis correctly and early effects the treatment decision and increase the rate of remaining alive. Oncology patients have to travel for the PET-CT that is about 30 including universities and state hospital all over Turkey.

It is decided to be bought PET-CT system in order to enable the mentioned patients above to reach the service and to diagnose early. The statistics studies were made and also entering in the register the diagnosis's of the patients whose filmings were done and which cities they came from.

Before the study it is understood from the statistics information's in our hospital that on an average 20 patients were sent out of the city in order to take PET-CT monthly in Denizli City. There is university hospital, another state hospital in addition 7 state hospitals in the towns besides our hospital. It is guessed that this amount is too much. If it is thought the patients like these to be sent from all hospitals.

Key Words: PET-CT, Oncology Patients

1. GİRİŞ

1.1. Amaç

Hastanemiz 823 yataklı tedavi kurumudur. Bu çalışmadaki amacımız tanı ve tedavi takibi amacıyla tetkik istenilen, il dışına gitmek zorunda kalan onkoloji hastalarının hastanemizde tetkiklerinin yapılabilmesi, hizmete erişimin kolaylaştırılmasıdır.

1.2. Çalışmanın Önemi

Onkoloji hastaları öncelikli hasta grubudur. Günümüzde gelişmiş ülkelerde kanserden ölüm oranı tüm ölüm sebepleri arasında ikinci sıradadır. Bununda ilk sırasında akciğer kanseri yer almaktadır. Kanser tedavisinin başarısında en önemli etken; erken tanı ve doğru evreleme, yani yayılımın tespitidir. Kanser yayılımının doğru ve erken olarak belirlenmesi tedavi kararını etkilemekte ve sağ kalım oranını arttırmaktadır. Tüm Türkiye'de üniversiteler, devlet hastaneleri dâhil 30 civarında bulunan PET-CT için, onkoloji hastaları şehirlerarası yolculuk yapmak zorundadır.

2. YÖNTEM

Hastanemizin 2008 yılı hizmet çeşitliliği artırma hedeflerinde bulunan PET-CT alımı için bir başhekim yardımcısı önderliğinde 3 nükleer tıp uzmanının bulunduğu ekip çalışmaya başladı. Öncelikle fizibilite çalışmaları yapılarak sistemin gerekliliği tartışıldı. İlimizde hiçbir hastanede olmayan ve çevre illerde de bulunmayan PET-CT cihazı için sadece hastanemizden ayda ortalama 20 hastanın PET-CT çekilmesi amacıyla il dışına sevk edildiği hastanemiz istatistik verilerinden anlaşılmaktadır. Denizli ilinde hastanemiz dışında üniversite hastanesi, 300 yataklı 2. bir devlet hastanesi, ayrıca ilçelerde toplam 7 Devlet hastanesi mevcuttur. Tüm hastanelerden bu gibi hastaların sevk edildiği düşünülürse bu rakamın çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Ayrıca sevk edilip de maddi- manevi nedenlerle gidemeyen hastaları da hesaba katmak gerekir.

Hastaların hizmete erişiminin kolaylaştırılması ve kanser hastasının hastalığının yönetiminde tanı, evreleme, yeniden evreleme tedaviye yanıtın değerlendirilmesi ve kemosenitivitenin belirlenmesi gibi basamaklarında daha doğru yaklaşımın sağlanabilmesi için, bu yöntemle onkolojik hastaların %33'ünde yaklaşım değişmektedir, hastanemize PET-CT cihazı alınması için planlama yapıldı.

2.1. Yapılan Çalışmalar

PET – CT cihazın bulunduğu hastanelerle irtibata geçilerek gereklilikler saptandı. Cihaz açık ihale yöntemi ile satın alındı. Cihazın sarf malzemeleri de ayrı bir açık ihale yapılarak satın alınmaktadır. Çekimi yapılan hastaların tanıları ve hangi illerden geldikleri de kayıt altına alınarak istatistik çalışmaları yapıldı.

2.2. Çalışmanın Sınırlılıkları

SUT ta geçen PET- CT çekilecek hastalıklar ve o hastalılara ait PET endikasyonları haricinde uygulanmamaktadır. Ayrıca sistemin kurulum maliyeti yüksek olduğu için onkoloji uzmanı, radyasyon onkolojisi uzmanı, nükleer tıp uzmanı ve kardiyoloji uzmanının bulunduğu ve büyük ölçekli illerde bir merkezde kurulması gerektiği kanaatindeyiz.

2.3. Maliyet Analizi

Tüm alt yapı çalışmaları ve cihaz maliyeti toplam 2400 000 TL, sarf malzeme maliyeti çekim başına (hasta başına) 700 TL (artı KDV) olarak gerçekleşti.

Cihaz alt yapı çalışmalarına; tek katlı PET-CT binası, sıcak oda tertibatı, hasta odaları ve tertibatları, doktor ve teknisyen odası ve tertibatı, film baskı cihazı, binanın iklimlendirilmesi ve alt yapı çalışmaları dâhil anahtar teslim fiyatıdır.

Ücretlendirme: Hasta başı 1.200 TL

Hasta başı 500 TL kar marjı vardır. Buna göre 4800 çekim ücretinin cihazın maliyetini çıkaracağı, bu miktar çekiminde en fazla 960 iş gününde gerçekleşeceği hesaplandı. Bu hesaba göre en fazla 4 yılda cihazın maliyetini çıkaracağı düşünüldü.

3. SONUÇ

Bu çalışma hastalığın tanısı, evrelemesi, yeniden evrelemesi, tedaviye verdiği yanıtın belirlenmesi kemosenitivitesinin belirlenmesi daha yüksek doğrulukla saptanmıştır. Hastalara daha uygun tedavi protokolleri belirlenmiş, yararsız ve gereksiz tıbbi uygulamaların yapılması engellenmiştir. Dolayısıyla hastayla ilgili riskler azalmaktadır.

Hastanemizde 01 09 2008 tarihinde PET- CT hizmete girmiştir. Bu tarihten itibaren 80 iş gününde toplam 260 hastaya PET- CT çekimi yapılmıştır. Ocak ayı itibariyle günde ortalama 5 hastanın PET-CT çekimi yapılmaktadır. Hastaların tanıları kayıt altına alınmıştır. Ortalama randevu süremiz 1 gündür. Tetkikin ardından raporun hastaya teslimi 2 iş günüdür (Sevkle il dışı merkezlere gönderilen hastaların raporları yaklaşık 10 günde verilmekteydi).

Ülkemizde sağlık uygulama tebliğine göre kısaca PET-CT kullanım alanları;

- Onkoloji hastaları (kanser hastalıklarının hemen tamamı)
- Kalp hastaları (Revaskülarizasyon tedavisi öncesi viabilitenin belirlenmesi)
- Nörolojik hastalıklar (Alzheimer hastalığı, epilepsi hastaları, beyin tümörleri)

BİR DEVLET HASTANESİNDE 3 YIL İÇERİSİNDE GÖRÜLEN KESİCİ- DELİCİ ALET YARALANMALARININ EPİDEMİYOLOJİSİ VE KORUNMAYA YÖNELİK ÖNLEMLER

Yeliz Doğan Merih¹¹⁵, Meryem Yaşar Kocabey¹¹⁶, Fatma Çırpı¹¹⁷
Uz. Dr. Zühal Bolca¹¹⁸, Doç. Dr. Ayşenur Cerrah Celayir¹¹⁹

Özet

Bu çalışma, bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde 3 yıl içinde görülen kesici-delici yaralanmalarının epidemiyolojisini ve korunmaya yönelik önlemlerin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2006–2008 yılları arasında hastanemizde sağlık personellerinde meydana gelen kesici-delici alet yaralanmalarına ait kayıtlardan retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler yüzdelik hesaplama ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunda yer alan ve yaralanmaya maruz kalan sağlık personellerinin görev dağılım sıralamasına baktığımızda; %71.9 oranıyla temizlik personellerinin ilk sırada ve %22.8 oranıyla hemşirelerin ikinci sırada yer aldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda perkütan yaralanma şekilleri incelendiğinde %59.6 oranıyla atıkların toplanması sırasında yaralanma şekli her üç yılda da ilk sırada yer almıştır.

Araştırmamızda kesici-delici alet yaralanması olan sağlık personellerinin, % 59.6'sının yaralanma sırasında koruyucu bariyer kullandığı, %43.9'ünün önceden HBV aşısı yaptırdığı ve %77.2'sinin yaralanmalara yönelik önceden eğitim aldığı tespit edilmiştir.

2006 yılından itibaren hastanemizde gerçekleştirilen yaralanmaları önlemeye yönelik uygulamalar sonrasında yaralanma oranlarında azalmalar dikkati çekse de yaralanma oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($P>0.05$).

Anahtar Kelimeler: Kesici-Delici Alet Yaralanmaları, Sağlık Personeli, Önlemler

Abstract

To determine epidemiology and efficacy of the preventive measurement of sharps injuries in one special branch education and research hospital during the last three years.

115 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yelizmrh@gmail.com

116 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, meryemkocabey@gmail.com

117 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, fatma.cirpi@gmail.com

118 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, zbolca@hotmail.com

119 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, acelayir@tmail.com

This retrospective study is carried out by reviewing the medical records of medical staffs working in one special branch education and research hospital between 2006 and 2008. Chi-squared and percentage distribution were used to evaluate the datas.

The distribution of duties of medical staff that included and had sharp injuries; Cleaners were the first one with 71,9 % and nurses were the second with 22,8 %. When the ways of having shary injury were evaluated the most common one was at the time of "picking up wastes" in each of three years with 59,6 %. The study showed that 59,6 % of the medical staff who had sharp injury used preventive barrier at the time of injury, 43,0 % of them were vaccinated against Hepatitis B and 77,2 % of them had an education about sharp injury.

Although there has been an important decrease in sharp injury incidence in our hospital since beginning of taking preventive measurements in 2006. But the difference among those years (2006, 2007 and 2008) were not statistically different ($p>0,05$).

Key Words: Sharp Injury, Medical Staff, Preventive Measurement

1. GİRİŞ

Son yirmi yıldan beri hastane sağlık çalışanları arasında meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunları giderek artmaktadır. Bugün pek çok ülkede hastane sağlık ve güvenlik komiteleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında çalışanlara, hastane ortamına ve üretim sürecine yönelik olarak hizmet sunmaktadır. Bu hizmette, sağlık çalışanlarının sağlığının geliştirilmesi ve hastalıklarının önlenmesi öncelikli sağlık hizmetleridir (Holden, 2005: 678).

Hastaneler, enfeksiyon etkenleri bakımından zengin bir ortam oluştururlar. Sağlık personeli, verdiği sağlık hizmeti sırasında sıklıkla bu enfeksiyon etkenleriyle temas eder ve bu temas ciddi enfeksiyonlara yol açar. Hastanedeki günlük faaliyetleri sırasında hastaların kan ve vücut sıvılarıyla temas etme ihtimali olan sağlık personelinin hepsi kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından yüksek risk altındadır (Akbulut, 2004: 9; Akova, 1997: 88).

Kontamine kesici-delici tıbbi aletler hem sağlık personeli hem de hastalar için önemli oranda enfeksiyon riski taşır. Kesici-delici aletlerin birçoğunun artık tek kullanımlık olması hastalar için riski azaltmış olasına rağmen günümüzde halen sağlık personelinin girişim sırasında yaralanarak hastadan enfekte olması sık karşılaşılan bir durumdur (Waterman vd., 1994: 50).

Sağlık personeli kesici-delici aletlerle yaralanma riskini ameliyathanede, hasta yatağı başında (kan alma, enjeksiyon, küçük girişimler, resüsitasyon), polikliniklerde (küçük girişimler, pansuman), laboratuarda (kan alma veya tüp kırılması), kısacası çalıştığı hastanede her alanda yaşamaktadır.

Günümüzde özellikle kan yoluyla bulaşan bazı hastalıklar, sağlık çalışanlarının meslek hastalığı haline gelmiştir. En azından 20 farklı patojen ajanın iğne ve kesici delici aletlerle yaralanma ile geçişi bildirilmiştir. Sağlık çalışanları sıklıkla hasta kanıyla direk temas etme durumunda kaldıklarından dolayı, özellikle Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü ve HIV gibi kan ile bulaşan viral enfeksiyonların bulaşması açısından sürekli risk altındadırlar (Atalay vd., 2005: 22; Erol vd., 2005: 6).

Kan ile bulaşan enfeksiyonlardan korunma yöntemleri, evrensel önlemlere uymak, bariyer, kullanılmış araçların, eldivenlerin ve diğer gereçlerin temizlenmesi ve atıkların yok edilmesi, bağışıklama ve maruziyet sonrası koruyucu önlemlerdir. Sağlık hizmetlerinde çalışan personelin kan ile bulaşan hastalıklardan korunmasında kan ile teması önleyecek korunma yöntemleri en iyi yaklaşımdır (Heptonstall vd., 1999: 23).

Bu çalışma, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 3 yıl içinde görülen kesici-delici yaralanmalarının epidemiyolojisini ve korunmaya yönelik önlemlerin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. METARYAL VE METOT

Araştırma 2006–2008 yılları arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde meydana gelen kesici-delici alet yaralanmalarına ait kayıtlardan retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini 3 yıl süresince ilgili hastane de meydana gelen kesici-delici alet yaralanmasına maruz kalan toplam 57 sağlık çalışanı oluşturmuştur.

Değerlendirme aşamasında meslek grupları sınıflandırılırken; doktorlar, hemşireler, laborantlar ve temizlik personelleri ayrı olarak değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına yaralanma şekilleri, personellerin koruyucu bariyer kullanma ve bağışıklama durumları, kullanılan önleme yöntemlerinin dağılımı alınmıştır. Toplanan veriler yüzdelik hesaplama ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Grafik 1. Yıllara göre yaralanma oranları



Tablo 1. Yıllara göre yaralanma oranlarının karşılaştırılması

Delici-kecici yaralanma oranları	Yıllar	%	HX² :3.84, TX² :5.991 Ht<Tt <u>P>0.05</u>
	2006 yılı	43.8	
	2007 yılı	33.4	
	2008 yılı	22.8	
	Toplam	100.0	

Hastanemizde 3 yıl içerisinde görülen kesici- delici alet yaralanma oranlarına Tablo 1 ve Grafik 1'de yer verilmiştir. Oranların değerlendirilmesi yapıldığında en fazla yaralanmanın 2006 yılında (%43.8) olduğu, yıllar arasında oranların giderek düştüğü ama yıllar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Üç yıl içerisinde görülen iğne ucu yaralanma şekillerinin oranları

Yaralanma Şekilleri	2006 yılı		2007 yılı		2008 yılı		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İğne ucunu kapatırken	4	16.0	3	15.8	2	15.4	9	15.8
Atık toplarken	15	60.0	12	63.1	7	53.8	34	59.6
Branül takarken	2	8.0	1	5.3	2	15.4	5	8.8
Kan alırken	1	4.0	1	5.3	-	-	2	3.6
Cerrahi uygulamalar	3	12.0	2	10.5	2	15.4	7	12.2
Toplam	25	100.0	19	100.0	13	100.0	57	100.0

Çalışmamızda üç yıl içerisinde gerçekleşen iğne ucu yaralanma şekilleri değerlendirildiğinde; her üç senede de atıkların toplanması sırasında yaralanma oranının (%59.6) ilk sırada ve iğne ucu kapatırken yaralanmanın %15.8 oranıyla ikinci sırada yer aldığı belirlenmiştir.

Tablo 3. İğne ucu yaralanmalarında koruyucu önlemlerin kullanılma oranları

Koruyucu Bariyer	2006 yılı		2007 yılı		2008 yılı		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kullanan	5	20.0	16	82.2	13	100.0	34	59.6
Kullanmayan	20	80.0	3	17.8	-	-	23	40.4
Toplam	25	100.0	19	100.0	13	100.0	57	100.0
Hepatit B aşısı	2006 yılı		2007 yılı		2008 yılı		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaptıran	1	4.0	14	73.8	10	76.9	25	43.9
Yaptırmayan	24	96.0	5	26.2	3	23.1	32	56.1
Toplam	25	100.0	19	100.0	13	100.0	57	100.0
Yaralanma eğitimi	2006 yılı		2007 yılı		2008 yılı		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alan	18	72.0	14	73.7	12	92.3	44	77.2
Almayan	7	28.0	5	26.3	1	7.7	13	22.8
Toplam	25	100.0	19	100.0	13	100.0	57	100.0

Tablo 4. Yıllara göre personel yaralanmalarını önlemeye yönelik yapılan uygulamalar

Uygulamalar	2006	2007	2008
Personel yaralanmalarına yönelik eğitim	+	+	+
Uygun koruyucu ekipmanların sağlanması	+	+	+
Talimatların oluşturulması		+	+
Rehberlerin hazırlanması		+	+
Kesici-delici alet kutularının alınması		+	+
IV uygulamalarda valf sistemine geçilmesi			+

Ünite içi atık toplama planının oluşturulması ve uygulanması			+
Kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlara karşı personel taramalarının yapılması			+
Ümmünizasyon programlarının başlatılması			+
Kanla bulaş koruyucu setlerinin oluşturulması			+
Kan yoluyla bulaşan enfeksiyonu olan hastaların dosyaları üzerine uyarıcı barkotların yapıştırılması			+
Kan alma uygulamalarında vakuteyner uygulamasına geçilmesi			+
Kan yoluyla bulaşan enfeksiyonları olan hastaların invazif uygulamalarında çift katlı eldivenlerin kullanılması			+
Korumalı enjektörlerin, vakuteynerların ve intraketlerin kullanılması			+
Toplam	2	5	14

Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik hastanemizde gerçekleştirilen uygulamalar kapsamında yer alan perkütan yaralanmaları önleme uygulamaları üç yıl içerisinde sürekli bir değişim ve gelişim göstermiştir. Yapılan uygulamalara Tablo 4'te yer verilmiştir.

4.TARTIŞMA

Araştırma grubunda yer alan sağlık personelinin görev dağılımına baktığımızda %71.9'unun temizlik personeli olduğu ve %22.8 oranıyla hemşirelerin 2. sırada yer aldığı belirlenmiştir.

CDC (Center of Disease Control)'nin tahminlerinde göre hastane çalışanlarında her yıl 385 bin enjektör yaralanması ve günde ortalama 1000 kesici alet yaralanması olmaktadır. Bir hastanede 100 yatak/yıl için ortalama 30 enjektör ve diğer kesici alet yaralanması olmaktadır. (Niosh alert, 1999: 28; Özen vd., 2006: 87).

Literatüre göre perkutan yaralanmaların %32'si tek kullanımlık enjektörlerle, %19'u suture iğneleriyle ve %12'si kanatlı çelik iğnelerle olmaktadır (Smith ve Leggat, 2005: 42). Veriler ayrıca kesici alet yaralanmalarının yetersiz rapor edildiğini göstermektedir. Yapılan bir araştırmaya göre bu kazaların %60 kadarı rapor edilmemektedir (Centers For Disease Control And Prevention, 1998: 38). Çalışmamızda özellikle doktor grubunda yaralanma bildirimleri konusunda aksaklık yaşanmıştır.

Bu alanda yapılan bir çok çalışmada tıp öğrencilerinin bu tip kazaları bildirmemesinin en sık nedeni olayın yeterince önemli olduğunun düşünülmemesi ve utangaçlık olarak bildirilmektedir. Özellikle mesleğe yeni başlayanların bu tip kazaları bildirmekte daha çekingen davrandığına dikkat çekilmektedir. Ayrıca, bu kişilerin bulaşabilecek hastalıkların sonuçları hakkında da daha az bilgi sahibi olduğu bilinmektedir. Bildirim oranının artması için mesleğe yeni başlayanlara konu ile ilgili yeterli eğitim verilmelidir (Epinet, 1999: 28; Patterson vd, 2003: 30).

Çalışmamızda perkütan yaralanma şekilleri incelendiğinde %59.6 oranıyla atık toplarken yaralanma her üç yılda da ilk sırada yer almıştır (Tablo 2). Dikkati çeken bir durumda hemen hemen tüm yaralanma şekillerinde yıllar geçtikçe azalma olduğudur. Bu da güzel bir sonuçtur.

Başka bir çalışma da, yaralanma geçirenlerin son hatırladıkları yaralanma ile ilgili olarak; %67.1'i hasta başında, %61.5'i iğne ile olmak üzere %36.9'u enjeksiyon esnasında (ilaç hazırlarken, enjeksiyon yaparken, kan alırken) yaralandığı belirlenmiştir. Grene ve arkadaşları dokuz hastanenin anestezi personelinden oluşan 58 yaralanmayı incelediğinde, 39 yaralanmanın kontamine materyal ile olduğu, hepsinin de iğne olduğu, 19 yaralanmanın kontamine olmayan veya kontamine olup olmadığı bilinmeyen yaralanma olduğu saptanmıştır. Yaralanmaların çoğunun sağlık personelinin elinde olduğu görülmüştür. Kontamine perkütanöz yaralanmaların %8'inin birkaç aşamalı işlemlerin herhangi bir aşamasında; %13'ünün iğnenin kılıfını takarken; %41'inin işlem bittikten sonra olduğu dikkati çekmektedir (Aiken vd., 1997: 7, Shiao vd., 2002: 198).

Kan ile bulaşta evrensel önlemlerden en önemlileri, kan ve vücut sıvısıyla bulaş riski varsa eldiven giymek, kan ve vücut sıvısı sıçrama riski varsa gözlük, maske ve/veya giysi giymek, hasta ile temastan önce ve sonra ve eldiven çıkardıktan sonra her zaman el yıkamaktır. Burada; enfeksiyonu kontrol için alınan önlemlerin amacı hastayı izole etmek değil virüs ve vücut sıvılarını izole etmektir (Chhokara vd., 2005: 225). Çalışmamızda işlemler sırasında % 59.6'sının yaralanma sırasında koruyucu bariyer kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 3). Bu durum evrensel önlemlere uyma konusunda daha hassas olunması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hasta ile temasta bu meslek grubu çalışanları öykü ve fizik inceleme ile enfekte hastaları ayırt etme olanağına sahip olmadıklarından, korunmak için tüm hastaların kan ve diğer vücut sıvılarını potansiyel enfekte kabul ederek ve evrensel önlemlere uyarak çalışmalıdırlar (Dokuzoğuz, 1999: 9).

Temas sonrasında kaynak kişi ve yaralanan sağlık personeli HBV, HCV ve HIV açısından en kısa sürede taranmalıdır. Kaynak kişide bulaştırıcılık belirlenince sağlık personeline temas sonrası profilaksi ve serolojik izlem gereklidir. Günümüzde HBV için temas sonrası profilaksi, HCV için yalnızca izlem önerilmektedir (Moloughney, 2001: 51).

HCV enfeksiyonunun risk faktörlerini değerlendiren bir çalışmada, iğne batması kazası öyküsünün bağımsız olarak anti-HCV ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. ABD'de yılda 600–800 bin dolayında bu tür vaka olduğu tahmin edilmekte, bunların yarısının bildirilmediği düşünülmektedir. Sürveyans çalışmaları hastane ortamında yılda 100 yatak başına 30 karşılaşma olduğunu bildirmektedir (Epinet, 1999: 29).

Çalışmamızda yaralananların %43.9'ünün önceden HBV için aşı olduğu belirlenmiştir. Yaralanmaların daha fazla temizlik personellerinde olması, bu hizmet sektörünün özel ve sürekli sirkülasyon şeklinde olmasından dolayı profilakside istenen sonuçlara ulaşamamıştır. Bu saptama, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, sağlık personeline

HBV aşı uygulaması zorunlu olmadıkça, ülkemizde hastanede çalışan risk altındaki personelin aşılama oranının düşük kalacağını düşündürmektedir (Centers For Disease Control And Prevention, 2004: 35).

Eğitimin bu tür kazaların azaltılmasında en önemli yöntem olduğu bilinmektedir. Ancak son yıllarda çağdaş donanımların kullanılması da bu riski önemli ölçüde azaltmaktadır. Çalışmamızda personellerin %77.2'sinin yaralanmalara yönelik eğitim aldığı belirlenmiştir. Özellikle 2008 yılında yaralanmalara yönelik eğitim oranındaki artış dikkati çekmektedir.

Perkütan yaralanmaları önlemeye yönelik birçok uygulama vardır. Hastanemiz genelinde bu yaralanmaları önlemeye yönelik 2006 yılından başlayarak birçok uygulama başlatılmıştır. Bu uygulamalarla birlikte yaralanma oranları arasında düşmeler dikkati çekse de yaralanma oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Benzer bir örnekte Malatya Devlet Hastanesi'nde belirlenmiştir. Bu hastanede kan alımında vakumlu sisteme geçildikten sonraki 6 ayda sivri cisimlerle temas gerçekleşmemiştir. Bu sonuç, hastane yönetimlerinin konuya önem vermesi ve gereken değişiklikleri yapmasının önemini vurgulamaktadır (Özen, 2006: 87).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda hastanemizde üç yıllık sürede sağlık personellerinde gerçekleşen delici-kesici alet yaralanmaları oranları değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda, yaralanmaların en fazla temizlik personellerinde olduğu ve en fazla yaralanma şeklinin çöplerin toplanması sırasında gerçekleştiği belirlenmiştir. 2006 yılından itibaren hastanemizde gerçekleştirilen yaralanmaları önlemeye yönelik uygulamalar sonrasında yaralanma oranlarında azalmalar tespit edilmiştir. Özellikle personel taramalarının rutin hale getirilerek, profilaksi programlarının düzenlenmesi ve konu ile ilgili eğitimlerin yapılması önemli gelişmelere neden olmuştur.

Tüm sağlık kurumlarında buna benzer çalışmalar yapılarak, mevcut risk durumlarının belirlenmesi, riskleri önlemeye yönelik uygulamaların gerçekleştirilmesi, her yeni başlayan sağlık çalışanına bilgilendirme eğitimlerinin yapılması ve sonuçların takip edilmesi yaralanmaların önlenmesi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

Akbulut A. (2004), "Sağlık Personelinde İnfeksiyon Riski ve Korunma Kan Yoluyla Bulaşan İnfeksiyonlar", **Hastane İnfeksiyonları Dergisi**, Cilt 8, sayfa 9-12.

Akova M. (1997), "Sağlık Personeline Kan Yoluyla Bulaşan İnfeksiyon Hastalıkları ve Korunmak İçin Alınacak Önlemler", **Hastane İnfeksiyonları Dergisi**, Cilt 1, sayfa 83-90.

Aiken LH., Sloane DM., Klocinski JL. (1997), "Hospital Nurses' Occupational Exposure To Blood: Prospective, Retrospective, And İnstitutional Reports", **Am J Public Health**, Vol. No 7, pp. 87-

Atalay M., Uzmandel D., Taşdemir A., Topaloğlu C., Güzel H., İbrahim Yener H.İ., Ergül O. (2005), "Bir Üniversite Hastanesi Sağlık Personelinde Kesici Delici Yaralanma Epidemiyolojisi Ve Korunmaya Yönelik Tutum Ve Davranışlar", **Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi**, Cilt 4, sayfa 22.

Centers For Disease Control And Prevention (2004), Workbook For Designing, Implementing, And Evaluating A Sharps Injury Prevention Program.

Centers For Disease Control And Prevention (1998), Recommendations For Prevention And Control Of Hepatitis C Virus (HCV, (RR-19):1-39.

Chhokara R, Engsta C, Millera A, Robinsona D, Tatea RB, Yassia A (2005), "The Three-Year Economic Benefits Of A Ceiling Lift Intervention Aimed To Reduce Healthcare Worker Injuries", **Applied Ergonomics**, Vol. 36, pp. 223–229.

Dokuzoğuz B. (1999), "Kontamine Kesici Ve Delici Tıbbi Aletlerle Bulaşan İnfeksiyonlar ve Önlemler", **Hastane İnfeksiyonları Dergisi**; Cilt 3, sayfa 9. Epinet (1999), Exposure Prevention Information Network Data Reports, University Of Virginia.

Erol S., Özkurt Z., Ertek M., Kadanalı A., Taşyaran A. (2005), "Sağlık Çalışanlarında Kan Ve Vücut Sıvılarıyla Olan Mesleki Temaslar", **Hastane İnfeksiyonları Dergisi**, Cilt 9, sayfa 6.

Heptonstall J., Turnbull S., Henderson D., Morgan D., Harling K., Scott G. (1999), "Sharps Injury! A Review Of Controversial Areas In The Management Of Sharps Accidents", **J Hosp Infect**, Vol. 43, pp. 23.

Holden C. (2005), "Privatization And Trade In Health Services: A Review Of The Evidence", **International Journal Of Health Services**, Vol. 35, pp. 675-689.

Moloughney BW. (2001), "Transmission And Postexposure Management Of Bloodborne Virus Infections In The Health Care Setting", **Where Are We Now?**, Vol. 165 pp. 51.

NIOSH ALERT (1999), Preventing Needlestick Injuries In Health Care Settings, NIOSH, Publication No: 108.

Özen M., Özen N.M., Kayabaş Ü., Köroğlu M., Topaloğlu B. (2006), "Biyokimya Laboratuvarı Personelinin İş Kazaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları", **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt 13, sayfa 87-90.

Patterson JM., Novak CB., Mackinnon SE., Ellis RA. (2003), "Needlestick Injuries Among Medical Students", **Am J Infect Control**, Vol. 31, sayfa 30.

Smith DR., Leggat PA. (2005), "Needlestick And Sharps Injuries Among Australian Medical Students", **JUOEH**, Vol 27, pp. 42.

Shiao JS., Mclaws ML., Huang KY., Guo YL. (2002), "Student Nurses In Taiwan At High Risk For Needlestick Injuries", **Ann Epidemiol**, Vol. 12, pp. 197-201.

Waterman J., Jankowski R., Madan I. (1994), "Under-Reporting Of Needlestick Injuries By Medical Students", **J Hosp Infect**, Vol. 26, pp. 50.

KALİTE ÇALIŞMALARININ DİYABET EĞİTİM VE İZLEM BİRİMİNE KATKISI

Feray Gökdoğan¹²⁰, Songül Yorgun¹²¹, H.Uğur Öney¹²²
Ayşe Ünlüerler³, Hümeysra Koca², Saadet Can², Hacer Alpteker²

Özet

Günümüzde sağlığın teşviki veya başka bir deyişle bireyleri sağlıklı yaşamaya özendirme hem devletin hem de kişilerin önemli görevleri arasında yer almıştır. Bunun yolu büyük oranda kronik hastalıklarla mücadeleden geçmektedir. Kronik hastalıklara neden olan faktörler bilinmektedir. Bunlar ortadan kaldırıldığında komplikasyonlar büyük ölçüde azaltılmaktadır. Bu anlamda kronik hastalıklarla mücadelede eğitim ve yaşam tarzının değişimi önemlidir.

Bu çalışma Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Diyabet Eğitim ve İzlem Birimi'nin yalnızca poliklinik hizmeti verdiğini değil, kalite çalışmaları ile diyabetli izlemi, bireyi bütün unsurları ve karşılaşılabilecek riskler açısından takip edebilmek, bireylerin sağlığını geliştirmek için gerekli motivasyonu sağlamak, bireye beceri ve özgüveni kazandırmak amacı taşıdığıdır. Diyabet Eğitim ve İzlem Birimi sağlığın teşviki amacıyla EK-1 Hizmet Kalitesi Standartlarında ve JCI yer alan "Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitimi" konusunda hassasiyetle durmaktadır. Bu amaçla her diyabetlinin eğitim ihtiyaçları değerlendirilerek yapılmakta ve kayıt edilmektedir.

Anahtar Kelimeler Diyabet, Sağlık Eğitimi, İzlem, Sağlığın Teşviki

Abstract

Nowadays, the encouragement for a healthy life or, in other words, supporting individuals to lead healthier lives has become an important duty for the state as well as people. The most important way to achieve this is to fight against chronic diseases. The factors which lead to these chronic diseases are all well-known. When these factors are eliminated, the complications minimize to a large extent. With this respect, education on the fighting against chronic diseases and change in lifestyle are highly important.

This study not only states that did Bolu İzzet Baysal State Hospital provide polyclinic service for Diabetes Education and Monitor Unit, but also aimed at monitoring the patient regarding all the factors and risks one could face, motivating the patient to improve their health and encouraging them to be more self-confident by gaining new abilities. Diabetes Education and Monitor Unit focuses intensely on 'Patients and

120 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Merkez Ünite, syorgun58@hotmail.com
121 Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, gokdogan_f@ibu.edu.tr
122 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Patient Relatives Education', which is included in App-1 Service Quality Standards and JSI, for encouragement of good health. For this reason each diabetic is taken in records and is provided with education based on his/her needs.

Key Words: Diabetes, Health Education, Monitor, Encouragement of Good Health

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlığın teşviki veya başka bir deyişle bireyleri sağlıklı yaşamaya özendirme hem devletin hem de kişilerin önemli görevleri arasında yer almıştır. Bunun yolu büyük oranda kronik hastalıklarla mücadeleden geçmektedir. 2005 yılında kronik hastalıklar nedeniyle Dünya genelinde 35 milyon insan kaybedilmiştir. DSÖ 2005 verilerine göre ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar birinci sırada yer alırken, DM 6.sırada yer almıştır. Türkiye'de durum T.C Sağlık Bakanlığı 2004 verileri bakıldığında ölüme neden olan ilk 10 hastalık sıralamasın da DM %2.2 ile 8. sıradadır. Kronik hastalıklara neden olan faktörler bilinmektedir. Bunlar ortadan kaldırıldığında komplikasyonlar büyük ölçüde azaltılmaktadır. Bu anlamda kronik hastalıklarla mücadelede eğitim ve yaşam tarzının değişimi önemlidir (Zorlutuna, 2008: 33-36). Özellikle ayak muayeneleri üzerinde hassasiyetle durmamızda; "Diyabetik ayak ülserleri ve amputasyonları en sık hastaneye yatma nedenlerinden birisi, ayak sorunlarının kişilere getirdiği yükün önemli olması, yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemesi. Diyabetik ayak sorunlarının önlenmesi ve amputasyona yol açmadan çözümlenmesi olduğu bilincini taşımamıza neden olmuştur. Birimizde hasta başı test cihazlarının kontrolleri düzenli olarak yapılmakla birlikte, her hastaya tüm muayene ve bulguları içerecek şekilde dosyalama sisteminin oluşturulması hizmet düzeyini artırmaktadır.

1.1. Amaç

Diyabet Eğitim ve İzlem Birimi kalite çalışmaları doğrultusunda ve sağlığın teşviki amacıyla EK-1 Hizmet Kalitesi Standartlarında ve JCI yer alan "Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitimi" birim bazında gerçekleştirmektir. Bu amaçla birime başvuran ve hastanede yatan her diyabetlinin eğitim ihtiyaçları değerlendirilmesi ve kayıt altına alınması amaçlanmaktadır.

2. YÖNTEM

Diyabet Eğitim ve İzlem Birimi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu ve İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi işbirliği ile 8 Mart 2006 tarihinde kurulmuştur. Bu birimde diyabetlilerin göz, nörolojik, kardiyovasküler, damar ultrasonografisi ve ayak muayeneleri yapılırken; beslenme, ilaç kullanımı, egzersiz, komplikasyonlar, kendi kendine izleme ile ilgili düzenli olarak bireysel ve grup eğitimleri verilmektedir.

2.1. Sınırlılıklar

Hastaların özellikle yaz mevsiminde ve yazla döneminde randevularına dikkat etmemeleridir.

2.2 Bulgular

Diyabet Eğitim ve İzlem Birimi yaklaşık 500 hastaya hizmet vermektedir. Diyabetlilerin göz, nörolojik, kardiyovasküler, damar ultrasonografisi ve ayak muayeneleri yapılırken; beslenme, ilaç kullanımı, egzersiz, komplikasyonlar, kendi kendine izleme Ayak muayenelerinde özellikle alışkanlıkların değerlendirilmesi, ayakla ilgili yakınmalar, kendi kendine ayak bakımı uygulamaları, geçmişte ve şu anki ayak ülseri varlığı, koruyucu duyu muayenesi ve risk gruplaması, ayağa ilişkin yapısal/şekilsel bozuklukların tespiti, dolaşım kontrolü, vibrasyon testi, Achille refleksi, sıcak-soğuk ayırımı, Ankle-brakiyal indeks ölçümleri, yapılmaktadır. Birimde kullanılan cihazların kalibrasyonu düzenli olarak yapılmaktadır

Tablo 1. Diyabet eğitim ve izlem birimi 2008 yılı çalışmaları

Süreç Adı	DİYABET EĞİTİM VE İZLEM BİRİMİ	Süreç	UZMAN HEKİM			
		Sahibi	DİYABET EĞİTİM HEMŞİRESİ			
No	Süreç kriterleri	2008				
		1.Dönem	2.Dönem	3.Dönem	4.Dönem	SONUÇ
1	Kontrol için gelen hasta sayısı	85	312	228	387	1012
2	Eğitim verilen hasta sayısı(birden fazla eğitim dahil)	85	415	308	387	1195
3	Yeni başvuru sayısı	23	94	55	96	268
4	Ortalama günlük hasta sayısı (Kontrol+eğitim+yeni başvuran hastalar dahil)	5-6	8-10	8-10	10-15	9
7	Hastalara verilen halk eğitimi sayısı	1	4	3	5	13
8	Sağlık personeline verilen eğitim sayısı	0	2	2	0	4
9	Yapılan yayın sayısı	0	0	0	0	0
11	Diyabette çalışan personelin katıldığı eğitim sayısı	2	0	0	1	3

2.3. Diyabet Eğitim ve İzlem Birimi Ulusal ve Uluslararası Bilimsel Çalışmaları

- Controversies to Consensus in Diabetes, Obesity and Hypertension (CODHy) 2006 Berlin
- The Prevalance of Diabetic Retinopathy in Diabetic Patientts with History of Diabetic Foot Ulcer.
- The Use of Doppler Echocardiography with Ankle Brachial for Determining the Vascular Problems in the Diabetic Food.
- Diyabetik Ayak Açısından Risk Tarama ve Duyu Testi, İç Hastalıkları Kongresi, Antalya.
- Diyabetlilerin Kendi Kendine Ayak Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi, 42. Ulusal Diyabet Kongresi, (2006).
- Diyabetlilerde Postprandiyal Kan Glikozu Sonuçları ve Kardiyovasküler Hastalıklar – 2007
- Diyabet Eğitim ve İzlem Birimine Başvuran Hastaların Ayak Muayene Bulguları – 2008

3. SONUÇ

Diyabet Eğitim ve İzlem Birimini eğitim, kayıt, bilgi paylaşımı, izlenebilirlik, cihazların kontrolü anlamında kalite çalışmaları ile pekiştirdik, hastalarımızdan çok iyi bildirimler aldık. Bu çalışmaları kongrelerde yayınlarımızla Türkiye’de ve dünyada paylaşmış olduk.

Diyabetli bireyler birimde düzenli olarak izlenmektedir. Eğitimleri belirli periyotlarla yapılmaktadır. Diyabet Eğitim ve İzlem Biriminde bireysel eğitimler dışında 16 halk eğitimi yapılmıştır. Bu eğitimlere toplam 328 kişi katılmıştır.

“Türkiye’de İnsülin Tedavi Uygulamalarının İyileştirmesi” projesi dahilinde 123 hemşireye eğitim verilmiştir.

Her yönü ile diyabetlilere bakılmakla birlikte, diyabetlilerin “Ağız Sağlığı”nın izlenmesi için Bolu Ağız Diş Sağlığı Merkezi başhekimlik ve başhemşireliği ile ortak çalışmamız 2009 yılı içerisinde başlayacaktır.

DENİZLİ DEVLET HASTANESİ

ÇOCUK VE YETİŞKİN YANIK ÜNİTESİ

Uz. Dr. Ramazan Canural¹²³, Uz. Dr. Mehmet Çilengir¹
Uz. Dr. Sami Cebelli¹, Uz. Dr. Nalan Gökalp¹

Özet

Yanık tedavisi sıvı elektrolit tedavisi; yara bakımı, 3. derece yanıklarda deri greftlemesi, gastrointestinal sistem komplikasyonların düzeltilmesi, eklem kontraktürlerinin önlenmesi ve psiko sosyal sorunların giderilmesi gibi multidisipliner bir çalışma ister. 2008 aralık ayına kadar hastanemizde yanıklı hastalar, plastik cerrahi yataklarında yanık olmayan hastalar ile birlikte yatırılarak tedavi edilmekte idi. Major yanıklı hastalar ise ilk tedavilerinin ardından genel durumları stabil hale geldikten sonra Ankara ve İstanbul'da bulunan yanık merkezlerine sevk edilmekte idi.

Sağlıkta performans ve kalite yönetimi ve hasta merkezli sağlık hizmeti uygulamaları gereğince yanıklı hastalarımızın yanık ünitesinde multidisipliner bir çalışma ile tedavilerinin sağlanmasını düşündük ve hastane yönetimimizce yanık ünitesi kurmaya karar verildi.

Anahtar Kelimeler: Yanık Ünitesi Kurulumu, Yanık Ünitesi İhtiyacı

Abstract

The Burnt Treatment requires a multidisciplinary study like liquid electrolyte treatment, wound care skin" grafting in the tertiary burnt and to ameliorate the gastrointestinal system complications and to prevent the articulation contractures and to do away with the psychosocial problems. The patients with the burnt were treated putting to bed with the patients without patients in the beds of plastic surgery in our hospital until December of 2008 but the patients with the major burnt after their first treatments were sent to the treatment centers in Ankara and Istanbul When their general situations were put stability.

In accordance with performance in the health and quality management and the health service practices with the patient centric. We planned to treat our patients with burnt by a multidisciplinary study in the burnt unity and it was decided to found a burnt unity by our hospital management.

Key Words: The Burnt Unity Organization, The Burnt Unity Necessity

1. GİRİŞ

1.1. Amaç

Hastanemiz 716 yataklı tedavi kurumudur. İlimizde ve Ege bölgesinde yetişkin yanık ünitesi olmadığı için (çocuk yanık ünitesi İzmir’de mevcuttur.) yanık hastaları Ankara’ya sevk edilmekteydi. Bu gibi ciddi yanık vakalarında sevk önüne geçilerek hastanın hizmete erişimini kolaylaştırmak ve hasta güvenliğini artırmak amacıyla hastanemizde bir yanık ünitesi açmaya karar verdik.

1.2. Çalışmanın Önemi

Yanık ünitesi açılmadan önce yanıklı hastalarımızın bakımı hastanemiz plastik cerrahi servisinde normal hasta yataklarında yapılmaktaydı. Ağır yanıklı hastalarımız ise ilk tedavileri için cerrahi yoğun bakım ünitesine yatırılmakta ve acil bakımlarından sonra yapılabilirse yanık merkezlerine sevk edilmekteydi. Bu durum uygun olmayan servislerde hizmet verildiğinden yanık hastalarının günümüz modern tedavisinin yapılmasını engellemekteydi. Yanık hastalarının enfeksiyona açık olması ve tedavilerinin yapıldığı birimlerde enfeksiyon riskini arttırması nedeniyle ayrı bir yanık ünitesi kurulması önemlidir.

Yanık ünitesi açılmadan önceki bir yıl içinde; yaklaşık 300 yanıklı hasta hastanemiz plastik cerrahi servisinde yatarak tedavi görmüştür. Bunlardan ağır yanık olan yaklaşık 30 hasta Ankara’ya sevk edilmiştir. Yanık tedavisinin uzun ve zor olmasından dolayı bu sayılar diğer hasta popülasyonu ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek sayılır.

2. YÖNTEM

2008 Mart ayında hastane yönetimi olarak 2008 yılı hedeflerinde bulunan yanık ünitesinin kurulması için çalışmaların başlamasına karar verildi. Aynı zamanda yanık ünitesinde çalışacak hemşire ve sağlık memurları yanık merkezlerine eğitim amacıyla gönderildi. Yanık ünitemiz 7 ay gibi kısa bir sürede tamamlanarak 03.11.2008 tarihinde hizmete açıldı. Enfeksiyon kontrol komitesi önerileri ve yoğun bakımlarla ilgili mevzuat dikkate alınarak yanık ünitesinde hasta güvenliğine yönelik tedbirler alındı. İlgili talimatlar hazırlandı.

2.1. Çalışmanın Planlanması

Yanık ünitesi kurulması için bir başhekim yardımcısı, bir plastik cerrahi uzmanı ve bir başhemşire yardımcısı görevlendirildi. Öncelikle fizibilite çalışması yapılarak ihtiyaçlar belirlendi. Bunlar:

- Uygun fiziki şartların hazırlanması
- İlgili mevzuatın araştırılması
- Personel ihtiyacının belirlenmesi

- Personelin eğitim ihtiyacının belirlenmesi
- Gerekli tıbbi malzemelerin belirlenmesi
- Gerekli mefruşatın belirlenmesi olarak belirlendi.

2.3. Çalışmanın Sınırlılıkları

Yanık ünitesi yatak sayımız 7 olup ağır hasta geldiğinde plastik cerrahi servisine gıkabilecek durumdaki hastalar alınarak ağır hastanın yatışı yapılabilmektedir.

2.4. Uygulama

Yanık nedeniyle hastanemize başvuran hastalar öncelikle plastik cerrahi uzmanı tarafından muayene edilerek uygun görürse yanık ünitesine yatışı yapılmaktadır. Yanık ünitesinde 7 yatak olması nedeniyle yatakların etkin kullanımı için yanıkta hospitalizasyon endikasyonlarına göre yatış yapılmaktadır (Oktavijan vd., 1997). Bu endikasyonlara uygun olan hastalar yanık ünitesine yatırılarak fizik tedavi ve psikiyatri konsültasyonları istenir. Yapılan konsültasyonlar sonucunda gerekli olan hastalara fizik tedavi rehabilitasyonu ve/veya psikolog desteği sağlanmaktadır. Yapılan tedavi planı doğrultusunda tıbbi tedavi uygulanır.

Yanık ünitemiz 400 metrekare olup bir adet 2 yataklı yoğun bakım odası, iki adet 2 yataklı oda, bir adet özel oda olmak üzere toplam 7 yataklıdır. Ünitemizde ayrıca yanık debritleme ve pansuman odası, bir doktor odası, bir hemşire odası, bir depo ve ilaç hazırlama odası mevcuttur. Tüm odaların tefrişatı hasta güvenliği ve yoğun bakım şartlarına göre yapılmıştır (Bruce vd., 2000). Hastaların yataklarından rahatlıkla alınıp pansuman odasına alınması amacıyla bir adet elektronik tartılı hasta taşıma lifti ve hasta yıkama ve taşıma sedyesi alınmıştır. Yanık debritleme ve pansuman odasında 2 adet duş paneli ve bir adet paslanmaz çelikten yapılmış küvet bulunmaktadır. Fasiotomi için bir adet elektro koter ve tüm odalarda merkezi oksijen paneli bulunmaktadır. Yoğun bakım odasında monitörler, solunum cihazı ve acil müdahale arabası vardır. Yanık ünitemizde hepafiltreli havalandırma sistemi mevcuttur. Enfeksiyon kontrolü yönünde ziyaretçiler açısından da her türlü önlem alınmıştır. Teknoloji ile donatılan yanık ünitemizde hasta yakınları, tedavi gören yakınlarının görüntülü ve sesli sistemle sağlık durumlarını takip edebilmektedir.

2.5. Çalışma Planı

Öncelikle ilgili mevzuat araştırılması yapıldı. Yanık üniteleri ile ilgili mevzuat bulunamadı. Uygun fiziki şartların belirlenmesi için yanık ünitelerinden bilgi alındı. Gereklilikler belirlendi. Yanık ünitesinde çalışacak personel sayısı ve niteliği belirlendi. Çalışacak personelin eğitim ihtiyaçları belirlendi. Yanık üniteleri bulunan İzmir Behçet Uz Çocuk hastalıkları hastanesi ve Ankara Numune Hastanesine 2'şer aylık periyotlarda ilgili hemşireler ve sağlık memuru eğitime gönderildi. Tıbbi malzemelerle ilgili teknik şartnameler hazırlanarak alımı sağlandı. Mefruşat ihtiyacı belirlenerek

satın alma yoluna gidildi. Yanık ünitesi ile ilgili enfeksiyon kontrol komitesi önerileri doğrultusunda temizlik talimatları oluşturuldu.

Yanık ünitemizi açarken Ankara GATA ve Gaziantep Devlet Hastanesi Yanık Merkezi başta olmak üzere birçok yanık merkezi örnek alınmıştır. Yanık merkezimize alınan ekipman ve cihazlar, bu merkezlerin tecrübelerinden faydalanarak tercih edilmiştir.

Çalışma boyunca aylık toplantılar yapılarak çalışma planı gözden geçirildi. Planda 1 kez satın alma sürecindeki uzama nedeniyle revizyon yapıldı. Yanık merkezi açıldıktan sonraki dönemde hasta istatistikleri çıkarıldı.

Tablo 1. Çalışma planı

	03 2008	04 2008	05 2008	06 2008	07 2008	08 2008	09 2008	10 2008	11 2008	SORUMLU
İlgili mevzuatın araştırılması	X	X								Cerrahi birimlerden sorumlu başhekim yardımcısı
Uygun fiziki şartların hazırlanması								X		İnşaatlardan sorumlu başhekim yardımcısı
Personel ihtiyacının belirlenmesi		X								Plastik cerrahi uzmanı Başhemşirelik
Personelin eğitim ihtiyacının belirlenmesi				X						Başhemşirelik
Gerekli tıbbi malzemelerin alınması							X			Plastik cerrahi uzmanı, ilgili başhekim yardımcısı
Gerekli eğitimlerin alınması						X				Plastik cerrahi uzmanı
Gerekli mefruşatın alınması							X			Başhemşirelik
Yanık ünitesinin açılışı									X	Başhekim

2.6. Maliyet Analizi

Yanık ünitesi maliyeti: inşaat giderleri, tıbbi malzeme giderleri, hepafiltre maliyeti, mefruşat giderleri ve yatakların maliyeti olarak 5 kalemden incelendi. Hastanemize toplam maliyeti 300- 350 000 TL olarak hesaplandı. 2008 Kasım –aralık aylarında bilgi işlem kayıtları ve fatura bilgilerine göre 30 000 TL hastanemize gelir sağladığı saptanmıştır. Bu rakama eczane gelirleri dâhil değildir.

3. SONUÇ

Hastanemizde yanık ünitesi kurulurken yanık ünitesi ile ilgili her hangi bir mevzuata rastlayamadık. Yoğun bakım şartları ve diğer yanık ünitelerinden edinilen deneyimler ve bilgilerden yararlanıldı. Sağlık bakanlığının bu konu ile ilgili belirleyici bir mevzuatının olmamasının bir eksiklik olduğu kanaatindeyiz. Yanık ünitesi hasta kayıt bilgilerine göre yatışı yapılan hastaların ICD kodları incelendi. Hasta dosyalarından ve hastanemiz bilgi işlem kayıtlarından hasta bilgilerinin istatistiği çıkarıldı.

03.11.2008 tarihinden 27 01 2009 tarihine kadar ünitemize 50 hasta yatışı yapılmıştır. Bunların içinde sevk edilebilecek düzeyde ağır olan 10 hasta hastanemizde tedavi görmüştür. Yanık ünitesi açılışından itibaren hastanemize yanık nedeniyle başvuran hiçbir hasta sevk edilmedi. İzmir'den yer olmadığı için iki hasta, ayrıca Isparta'dan da bir hasta yanık ünitemize sevkle gelmiş ve tedavileri hastanemizde yapılmıştır. Hastanemiz yanık ünitesine başvuran yanık hastaları içinde ağır vakalar ICD tanı kodlarına göre sınıflandırıldı.

- İkinci derece yanıkların oranı % 38,
- 3. derece yanıklar %26,
- Elektrik akımına maruz kalma % 8,
- Vücut yüzeyinin % 30- 39'unu tutan yanıklar % 4,
- Yaş grubu olarak 15 yaş ve altı hasta oranı; % 40
- 15 yaş üstü hasta oranı % 60
- Cinsiyet olarak; Erkek %66, Kadın %34 olarak hesaplandı.

KAYNAKLAR

Bruce M.Achauer, Victoria M. Vanderkam. (2000) Burn Reconstruction Plastic Surgery. Vol. II Mosby.

Oktavijan P., Minanov, H.D.Peterson. (1997) Burn Injury. In. Georgiade. Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery. Third Edition. Williams & Wilkins,

DİYABETLİLERİN DİYABET EĞİTİM VE İZLEM BİRİMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE MEMNUNİYETLERİ

Feray Gökdoğan¹²⁴, Hümeysra Koca¹, Saadet Can Çiçek¹
Songül Yorgun¹²⁵, Ayşe Ünlüerler²

Özet

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu ve Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi işbirliği ile 8 Mart 2006 tarihinde kurulan Diyabet Eğitim ve İzlem Birimi tarafından verilen hizmetlerin hasta memnuniyetini etkileyen faktörler açısından görüşlerinin belirlenmesidir.

Araştırma 14 Kasım 2008 "Dünya Diyabet Günü" kapsamında başlamış ve bir hafta süresince polikliniğe başvuran diyabetlilere diyabet hemşiresi tarafından toplam 86 hastaya anket formu uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan diyabetlilerin (n=86) %52.3'ü kadın, %50'si 51-60 yaş, hastaların %97.6'sı polikliniğin kendisine yararı olduğunu, bu yararları ise sıra beklemeden muayene olabilme (%87.5), hastalıkla yaşamayı öğrenme (%73.3), nasıl beslenmesi gerektiği (%88.4), doğru ilaç kullanımı (%87.2), ayaklarına nasıl bakacağı (%84.9), hipoglisemiyle nasıl baş edeceği (%61.6) birim aracılığı ile öğrendikleri belirlenmiştir.

Yapılan çalışmanın sonucunda gerek hasta gerekse hizmet veren birimler açısından konu ile ilgili olarak yapılması belirlenen çalışmalar için yol gösterici olmaktadır. Bu doğrultuda hizmetin kalitesinin artırılması amacıyla düzenli aralıklarla hasta memnuniyetinin ve beklentilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Hasta Memnuniyeti

Abstract

In this section, the Diabetes Education and Monitor Unit which was founded by the collaboration of Abant İzzet Baysal University Bolu Health College and Bolu İzzet Baysal State Hospital on March 8, 2006 was assessed for its services and the factors which affected the patient satisfaction.

The study begun on November 14, 2008, "World Diabetes Day" and a survey was conducted by the nurses to 86 patients who consulted the unit within the following week.

124 Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, gokdogan_f@ibu.edu.tr
125 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, syorgun58@hotmail.com

52.3% of the patients who took part in the study were female; 50% were in the ages of 51-60. 97.6% of the patients stated that the clinic was of great benefit for them. These benefits provided by the unit were counted as; to have examination without having to wait (87.5%), learning how to live with the disease (73.3%), learning about a proper diet (88.4%), having right prescriptions (87.2%), learning about feet care (84.9%), how to cope with hypoglycemia (61,6%).

This line of study provides guidelines for the improvements to be made both for the patients and the units which provide service for them. For this to be further pursued and the service quality to be improved, there needs to be studies that regularly assess the patient satisfaction and requirements.

Key Words: Quality, Patient Satisfaction

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü diyabeti dünyada en sık görülen ve epidemisi şeklinde artış gösteren kronik hastalıklar arasında saymaktadır. 2025 yılında 300 milyon kişinin, başka bir deyişle dünya nüfusunun %5.4'ünü diyabetlilerin oluşturacağı hesaplanmaktadır (WHO, Winer N, et al 2004). Diyabetin kronik komplikasyonlarının gelişiminde uzun süreli hiperglisemi böbreklere, gözlere, sinirlere ve arterlere hasar vermekte fakat diyabetin kronik komplikasyonlarına bağlı morbidite ve mortalitenin düzenli tarama programları, erken tanı ve uygun tedavi ile sekonder olarak önlenilebileceği vurgulanmaktadır (Yılmaz, 1999: 73). Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda bu birlikteliğin odak noktasının iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirlenmiştir. Verilen hizmetin kalitesinin değerlendirilmesi ve hasta beklentilerinin karşılanmasında hastaların bu hizmetleri nasıl algıladığının belirlenmesi gerekmektedir (Yılmaz, 2001: 69). Bu doğrultuda hastaların düzenli izlem ve eğitimleri için diyabet polikliniklerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu nedenlerle hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerinden biridir (Carr-Hill, 1992: 236).

2. METODOLOJİ

2.1. Amaç

Diyabet eğitim ve izlem birimine başvuran diyabetlilerin birim ve verilen hizmetler hakkındaki görüş ve memnuniyetlerini belirlemektir.

2.2. Yöntem

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu ve Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi işbirliği ile 8 Mart 2006 tarihinde kurulan Diyabet Eğitim ve İzlem Birimi yaklaşık 500 hastaya hizmet vermektedir. Bu birimde diyabetlilerin göz, nörolojik, kardiyovasküler, damar ultrasonografisi ve ayak muayeneleri yapılırken; beslenme,

ilaç kullanımı, egzersiz, komplikasyonlar, kendi kendine izleme ilgili düzenli olarak bireysel ve grup eğitimleri verilmektedir. Soru formu, 14 Kasım Dünya Diyabet Günü kapsamında düzenlenen programda uygulanmaya başlanmıştır. Soru formunda sosyo-demografik özellikler ve verilen hizmetleri değerlendirmeye yönelik soruları yer almaktadır.

2.3 Sınırlılıklar

14 Kasım Dünya Diyabet Günü kapsamında düzenlenen programa katılan ve bir hafta süresince Diyabet Eğitim ve İzlem birimine başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3. BULGULAR

Çalışmaya katılan diyabetlilerin (n=86) %50'si kadın, %50'si 51-60 yaş grubunda, %52.32'ü ilkokul mezunu ve %77,9'u ise şu an herhangi bir işte çalışmamaktadır. %33.7'i 1-5 yıl, %31.4'ü 6-10 yıl ve %15.1'i 11-16 yıldır diyabet hastası olup, tamamı tip 2 diyabetlidir. Diyabetlilerin %43'ü 1-6 ay, %34.9'u 1-3 yıldır polikliniğe gelirken, %87.2'si düzenli olarak kontrole geldiğini ifade etmiştir. Hastaların %96.5'i poliklinik hizmetlerinden memnun olduğunu; %71.4'ü verilen eğitim ilgi ve destekten, %9.5'i laboratuvar hizmeti gibi hizmetlere ulaşmada kolaylık yaşamaktan memnun olduğunu belirtmiştir. Hastaların %96.5'i polikliniğin kendisine yararı olduğunu, bu yararları ise sıra beklemeden muayene olabilme (%81.4), hastalıkla yaşamayı öğrenme (%73.3), nasıl beslenmesi gerektiği (%88.4), doğru ilaç kullanımı (%87.2), ayaklarına nasıl bakacağı (%84.9), hipoglisemiyle nasıl baş edeceği (%61.6), nasıl egzersiz yapacağı (%53.5), kan şekeri takibi (%72.1) ve diyabetin olası komplikasyonlarını (%86) öğrenme olarak ifade etmiştir. Diyabetlilerin %2.3'ü hastane dışı sosyal aktivitelerin, %1.2'si ise verilen grup eğitimlerinin sayısının artırılmasını önermektedir.

4. SONUÇ

Diyabetlilerin büyük bir çoğunluğu verilen hizmetlerden memnuniyetini ifade etmiştir. Memnuniyet de kalite kavramı için önemli bir ölçüttür. Çalışmanın yeni başlamasına rağmen memnuniyet izlenmesine devam edilecektir. Böylece izlemler ve eğitimler ile iyi bir klinik takip altında olmaları sağlanarak hastalıklarıyla başa çıkmalarına sağlanabilecektir. Bu doğrultuda hizmetin kalitesinin artırılması amacıyla düzenli aralıklarla hasta memnuniyetinin ve beklentilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

The World Health Organization (WHO), 2003.

Yılmaz T(1999), **Global Bir Sağlık Sorunu Diyabetes Mellitüs**. Hemşirelik Forumu, Cilt:2(2):73-74.

Yılmaz M (2001), **Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti**, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2)

Carr-Hill AR (1992), **The Measurement of Patient Satisfaction**, Journal of Public Health Medicine. 14(3): 236-249.

