TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANELERDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜM VE İZLENMESİNDE GÖSTERGE YÖNETİMİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Filiz ŞAN SAĞIR

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

ANKARA
2020

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANELERDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜM VE İZLENMESİNDE GÖSTERGE YÖNETİMİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Filiz ŞAN SAĞIR

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

ANKARA
2020

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Ölçüm ve İzlenmesinde Gösterge Yönetimi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği'' başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Filiz ŞAN SAĞIR
Tarih: 22.05.2020
İmza:

KABUL ve ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalında
Filiz ŞAN SAĞIR tarafından hazırlanan
"Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Ölçüm ve İzlenmesinde Gösterge Yönetimi:
Bir Üniversite Hastanesi Örneği" adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22.05.2020

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi
(Danışman)

Doç. Dr. Fikriye YILMAZ
Başkent Üniversitesi

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Kabul ve Onay iii
İçindekiler iv
Önsöz viii
Simgeler ve Kısaltmalar ix
Şekiller xi
Çizelgeler xiv

1. GİRİŞ 1
1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite 2
1.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı 4
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları 5
1.1.3. Hastane Hizmetlerinde Kalite Kavramı 8
1.2. Kalite Ölçümü 9
1.2.1. Kalite Ölçümünün Tanımı 10
1.2.2. Hastanelerde Kalite Ölçümü 12
1.2.3. Hastanelerde Kalite Ölçüm Modelleri 14
1.2.3.1. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi Modeli (PATH) 15
1.2.3.2.Avrupa'da Kalite İyileştirme Anlayışında Derinleşme Projesi (DUQuE) 19
1.2.3.3. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü Sağlık Bakımı Kalite Göstergeleri Projesi (HCQI) 20
1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Göstergeleri 20
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Gösterge Kavramı 21
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Gösterge Yönetimi ve İzlenmesi 25
1.3.3. Türkiye'deki Hastanelerde Kalite Göstergelerinin Kullanımı 30
1.3.3.1. Bölüm Bazlı Göstergeler 35
1.3.3.2. Klinik Göstergeler 40
1.3.4. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Kalite Göstergelerinin Kullanımı 46

2. GEREÇ VE YÖNTEM 49
2.1. Araştırmanın Amacı 49
2.2. Araştırmanın Önemi 50
2.3. Araştırmanın Türü 51
2.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 51
2.4.1. Kurumun Özellikleri 51
2.4.1.1. Tarihçe 51
2.4.1.2. Yönetim ve Organizasyon Yapısı 52
2.4.1.3. Fiziki Yapı ve Hizmet Sunumu 53
2.4.1.3.1. Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi 53
2.4.1.3.2. İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi 54
2.4.1.3.3. Kalite Koordinatörlüğü 56
2.5. Evren ve Örneklem 58
2.6. Veri Toplama Aracı 58

2.7. Araştırmanın Uygulanması 61
2.7.1. Ameliyat Masası Kullanım Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması 61
2.7.2. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması 62
2.7.3. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi Göstergesi İçin Veri Toplanması 62
2.7.4. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması 63
2.7.5. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması 63
2.7.6. Düşen Hasta Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması 64
2.7.7. Yoğun Bakım Mortalite Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması 64
2.7.8. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması 64
2.7.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması 65
2.7.10. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Göstergesi İçin Veri Toplanması 65
2.7.11. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Göstergesi İçin Veri Toplanması 66
2.7.12. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması 66
2.7.13. Sezaryen Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması 66
2.7.14. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Göstergesi İçin Veri Toplanması 67
2.7.15. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışanlar Göstergesi İçin Veri Toplanması 67
2.8. Verilerin Analizi 68
2.9. Araştırmanın Varsayımları 70
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 71

3. BULGULAR 73
3.1. Ameliyat Masası Kullanım Oranı Gösterge Bulguları 73
3.2. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Göstege Bulguları 76
3.3. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi Gösterge Bulguları 81
3.4. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı Gösterge Bulguları 84
3.5. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Gösterge Bulguları 88
3.6. Düşen Hasta Oranı Gösterge Bulguları 91
3.7. Yoğun Bakım Mortalite Oranı Gösterge Bulguları 92
3.8. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Gösterge Bulguları 97
3.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Gösterge Bulguları 101
3.10. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Gösterge Bulguları 109
3.11. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Göstergesi Bulguları 112
3.12. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Göstergesi Bulguları 115
3.13. Sezaryen Oranı Gösterge Bulguları 120
3.14. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Gösterge Bulguları 123
3.15. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışanlar Gösterge Bulguları 127

4. TARTIŞMA 128
4.1. Ameliyat Masası Kullanım Oranları 128
4.2. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı 130
4.3. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi 131
4.4. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı 132
4.5. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı 134
4.6. Düşen Hasta Oranı 136
4.7. Yoğun Bakım Mortalite Oranı 136
4.8. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı 138
4.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı 139
4.10. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı 142
4.11. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı 143
4.12. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı 146
4.13. Sezaryen Oranı 148
4.14. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları 149
4.15. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışanlar 152

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 153
5.1. Sonuçlar 153
5.2. Öneriler 158
5.2.1. Araştırmanın Sonuçlarına ilişkin Öneriler 158
5.2.2. Göstergelere İlişkin Öneriler 161
5.2.3. Benzer Çalışma Yürütmeyi Hedefleyen Araştırmacılara Öneriler 165

ÖZET 166
SUMMARY 167
KAYNAKLAR 168
EKLER 177
Ek-1. Kurum İzin Belgesi 177
Ek-2. Ameliyat Masası Kullanım Oranı Gösterge Kartı 178
Ek-3. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Gösterge Kartı 179
Ek-4. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Ulaşma Süresi Gösterge Kartı 180
Ek-5. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayet ile Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı Gösterge Kartı 181
Ek-6. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Gösterge Kartı 182
Ek-7. Düşen Hasta Oranı Gösterge Kartı 183
Ek-8. Yoğun Bakım Mortalite Oranı Gösterge Kartı 184
Ek-9. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Gösterge Kartı 185
Ek-10. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Gösterge Kartı 186
Ek-11. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Gösterge Kartı 187
Ek-12. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Gösterge Kartı 188
Ek-13. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Gösterge Kartı 189
Ek-14. Sezaryen Oranı Gösterge Kartı 190

Ek-15. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı Gösterge Kartı 191
Ek-16. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalma Oranı Gösterge Kartı 192
Ek-17. Ameliyat Masası Kullanım Oranı Veri Toplama Formu 193
Ek-18. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Veri Toplama Formu 194
Ek-19. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Ulaşma Süresi Veri Toplama Formu 195
Ek-20. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayet İle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı Veri Toplama Formu 196
Ek-21. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Veri Toplama Formu 197
Ek-22. Düşen Hasta Oranı Veri Toplama Formu 198
Ek-23. Yoğun Bakım Mortalite Oranı Veri Toplama Formu 199
Ek-24. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Veri Toplama Formu 200
Ek-25. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Veri Toplama Formu 201
Ek-26. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Veri Toplama Formu 202
Ek-27. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Veri Toplama Formu 203
Ek-28. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Veri Toplama Formu 204
Ek-29. Sezaryen Oranı Veri Toplama Formu 205
Ek-30. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı Veri Toplama Formu 206
Ek-31. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalma Oranı Veri Toplama Formu 207
Ek-32. Ameliyat Masası Kullanım Oranı Veri Analiz Formu 208
Ek-33. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Veri Analiz Formu 209
Ek-34. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi Veri Analiz Formu 210
Ek-35. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı Veri Analiz Formu 211
Ek-36. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Veri Analiz Formu 212
Ek-37. Düşen Hasta Oranı Veri Analiz Formu 213
Ek-38. Yoğun Bakım Mortalite Oranı Veri Analiz Formu 214
Ek-39. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Veri Analiz Formu 215
Ek-40. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Veri Analiz Formu 216
Ek-41. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Veri Analiz Formu 217
Ek-42. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Veri Analiz Formu 218
Ek-43. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Veri Analiz Formu 219
Ek-44. Sezaryen Oranı Veri Analiz Formu 220
Ek-45. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı Veri Analiz Formu 221
Ek-46. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalma Oranı Veri Analiz Formu 222
ÖZGEÇMİŞ 223

ÖNSÖZ

Araştırmada, hastanelerde hizmet kalitesinin ölçüm ve izlenmesinde gösterge yönetimi ve bir üniversite hastanesi örneği konu edilmiştir. Araştırmanın ilk bölümünde sağlık hizmetlerinde kalite, kalite ölçümü ve gösterge yönetimi kavramları açıklanmıştır. İkinci ve üçüncü bölümde araştırmanın gereç, yöntem ve bulgularına; son bölümünde ise tartışma, sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

Araştırmanın her aşamasında değerli zamanını, bilgisini ve desteğini esirgemeyen danışmanım ve Sayın Hocam Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU'na; değerli görüş ve önerileri ile teze katkıda bulunan Sayın jüri üyeleri Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK'e ve Doç. Dr. Fikriye YILMAZ'a;

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde araştırmanın yapılmasını uygun görerek gerekli kurumsal izni veren Hastaneler Başhekimi Sayın Prof. Dr. Erol ÖZDİLER'e; yüksek lisans eğitimine beni teşvik eden, hem eğitim hem araştırma sürecinde desteğini hep hissettiğim Cebeci Hastanesi Başhekimi Sayın Prof. Dr. Sancar BAYAR'a (2009-2012); Cebeci Hastanesi Başhekimi Sayın Prof. Dr. A. Rüçhan AKAR'a (2014-2020); araştırmanın uygulanmasında deneyimli ve tecrübeli ekipleri ile katkı sağlayan Hastane Müdürlükleri ve Hastane Başhemşireliklerine çok teşekkür ederim.

Yaşamımdaki iki kıymetli insan sevgili annem ve babama; en zor zamanlarımda hep yanımda olan, beni hep daha ileri taşıyan en büyük destekçim değerli eşim Bülent SAĞIR'a; varoluşuyla hayatımıza anlam katan kıymetlim, biricik oğlum Rüzgar'a sonsuz teşekkür ederim. Onların varlığı ve desteği olmadan bu çalışma tamamlanamazdı.

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACHS	Australian Council on Healthcare Standarts (Avustralya Sağlık Standartları Konseyi)
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı)
AMI	Akut Miyokard Infarktüsü
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CIST	Clinical Indicators Support Team (Klinik Göstergeler Destek Ekibi)
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization)
DUQuE	Deepening Our Understanding of Quality Improvement in Europe (Avrupa'da Kalite İyileştirme Anlayışında Derinleşme)
DVT	Derin Ven Trombozu
EAH	Eğitim Araştırma Hastanesi
HbA1c	Glikozillenmiş Hemoglobin
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
INR	International Normalized Ratio (Uluslararası Normalleştirilmiş Oran)
IOM	Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations (Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu)
ISQUA	International Society for Quality in Health Care (Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Kalite Derneği)

KAH	Koroner Kalp Hastalığı
KBB	Kulak Burun Boğaz
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MARQUIS	Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies (Kalite Geliştirme Stratejilerine Müdahale Değerlendirme Yöntemleri)
MR	Manyetik Rezonans
NIP	The National Indicator Project (Ulusal Gösterge Projesi)
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
PACS	Picture Archivingand Communications System (Resim Arşivleme ve İletişim Sistemi)
PATH	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (Hastanelerde Kalite Geliştirme İçin Performans Değerlendirme Aracı)
OHA	Ontario Hospital Association (Ontario Hastanesi Derneği)
PCI	Perkutan Koroner Girişim
QIP	Quality Indicator Project (Kalite Gösterge Projesi)
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
TEE	Transözofagiyal Ekokardiyografi
TÜSKA	Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
URR	Urea Reduction Rate (Üre Azaltma Oranı)
USG	Ultrasonografi

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Hastane Performansı için Avrupa Bölge Ofisi'nin Teorik Modeli (PATH) 16
Şekil 1.2. Örnek gösterge kartı 26
Şekil 1.3. Sağlık Bakanlığı hizmet kalite standartları boyutlandırma sistemi 32
Şekil 2.1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri yönetim organizasyon şeması 53
Şekil 3.1. Ameliyat masası kullanım oranları (%) 75
Şekil 3.2. Aktif çalışan uzman hekim sayıları 78
Şekil 3.3. Poliklinik oda sayıları 79
Şekil 3.4. Hekim başına düşen poliklinik odası oranları (%) 80
Şekil 3.5. Branş bazında Haziran ayı acil servise ortalama ulaşma süreleri (saat) 83
Şekil 3.6. Branş bazında Temmuz ayı acil servise ortalama ulaşma süreleri (saat) 83
Şekil 3.7. Branş bazında Ağustos ayı acil servise ortalama ulaşma süreleri (saat) 84
Şekil 3.8. Tekrar başvurularda tanı dağılım oranları (%) 86
Şekil 3.9. Acil servis müşahede odasında yatan hastaların kalış süreleri (saat) 89
Şekil 3.10. Acil servis müşahede odasında yatan hastaların kalış sürelerine göre dağılım grafiği (%) 90
Şekil 3.11. Müşahede odasında 12 saatten fazla yatan hastaların sorumlu hekim dağılım grafiği (%) 91
Şekil 3.12. Ölen hastaların cinsiyete göre dağılım grafiği (%) 93
Şekil 3.13. Ölen hastaların yaş grubuna göre dağılım grafiği (%) 94
Şekil 3.14. Ölen hastaların yoğun bakımda yattıkları gün sayısına göre dağılım grafiği (%) 95
Şekil 3.15. Yoğun bakımlar bazında mortalite oranları grafiği (%) 96
Şekil 3.16. Yoğun bakım bazında tekrar yatış oranları grafiği (%) 98

Şekil 3.17. Taburcu/sevk saati ile tekrar yatış arasında geçen sürelere ilişkin grafik (%) 99
Şekil 3.18. Yoğun bakım tekrar yatan hastaların ilk yatış zamanı grafiği (%) 100
Şekil 3.19. Tekrar yatışlarda sorumlu hekim bazında dağılım grafiği (%) 101
Şekil 3.20. Yoğun bakım üniteleri bası ülseri oranları grafiği (%) 102
Şekil 3.21. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oluşan vücut bölgesine göre dağılım grafiği (%) 103
Şekil 3.22. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri bası ülseri risk değerlendirme skoruna göre dağılım grafiği (%) 104
Şekil 3.23. Bası ülseri gelişen hastaların yaş dağılımı grafiği (%) 105
Şekil 3.24. Bası ülseri gelişen hastaların cinsiyet dağılımı grafiği (%) 106
Şekil 3.25. Bası ülseri gelişen hastaların yattığı gün sayısına göre dağılımı grafiği (%) 107
Şekil 3.26. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri derecesi grafiği (%) 108
Şekil 3.27. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri iyileşme oranı grafiği (%) 109
Şekil 3.28. Cerrahi bölümlerin aylara göre cerrahi alan enfeksiyon hızları 110
Şekil 3.29. Cerrahi alan enfeksiyonların bölge dağılımı (%) 111
Şekil 3.30. Cerrahi alan enfeksiyonlarının etkenlere göre dağılım grafiği (%) 111
Şekil 3.31. Cerrahi alan enfeksiyonu gelişen ameliyatların dağılımı (%) 112
Şekil 3.32. Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi yoğun bakım üniteleri enfeksiyon hızları 113
Şekil 3.33. KVC yoğun bakım ünitesi invaziv araç ilişkili enfeksiyon hızları 114
Şekil 3.34. Göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesi invaziv araç ilişkili enfeksiyon hızları 114
Şekil 3.35. Yoğun bakım ünitesi hastane enfeksiyonu etkenleri (%) 115
Şekil 3.36. Bölümü değiştirilen hemşire oranı (%) 116
Şekil 3.37. İdare tarafından bölümü değiştirilen hemşire oranı (%) 118
Şekil 3.38. Kendi isteği ile bölümü değiştirilen hemşire oranı (%) 118
Şekil 3.39. Sağlık durumu nedeniyle bölümü değiştirilen hemşire oranı (%) 119
Şekil 3.40. Eleman eksikliği nedeniyle bölümü değiştirilen hemşire oranı (%) 119
Şekil 3.41. Sezaryen ile doğumun canlı doğuma oranı (%) 120
Şekil 3.42. Sezaryen oranı anne yaş dağılımı (%) 121

Şekil 3.43. Sezaryen oranı sorumlu hekime göre dağılımı (%) 122
Şekil 3.44. Bölüm bazında kesici/delici alet yaralanmaları (%) 123
Şekil 3.45. Meslek gruplarına göre kesici/delici alet yaralanmaları (%) 124
Şekil 3.46. Kesici/delici alet yaralanmasına neden olan alet (%) 124
Şekil 3.47. Kesici/delici alet yaralanmalarında yaralanma bölgesi (%) 125
Şekil 3.48. Kesici/delici alet yaralanmalarında koruyucu ekipman kullanımı (%) 126
Şekil 3.4.9 Kontamine alet ile yaralanma durumu (%) 126

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Hastane performansında değerlendirme kriterleri ve tanımlamaları 13
Çizelge 1.2. PATH projesi çekirdek ölçüt seti 16
Çizelge 1.3. PATH projesi uyumlaştırılmış ölçüt seti 17
Çizelge 1.4. Süreç performans göstergeleri 23
Çizelge 1.5. Sağlıkta süreç temelli performans göstergeleri 24
Çizelge 1.6. Gösterge izlemi basamakları 25
Çizelge 2.1. Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi yoğun bakım üniteleri (2013) 54
Çizelge 2.2. İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi yoğun bakım üniteleri (2013) 55
Çizelge 2.3. Araştırma göstergeleri ve veri kaynakları 59
Çizelge 2.4. Göstergelerin hesaplama yöntemleri 68
Çizelge 2.5. Karşılanan-karşılanmayan konsültasyon sayıları 70
Çizelge 3.1. Ameliyat masası kullanım oranları (%) 75
Çizelge 3.2. Hekim başına düşen poliklinik odası oranı (%) 76
Çizelge 3.3. Bölüm bazında hekim başına düşen poliklinik odası oranları (%) 77
Çizelge 3.4. Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimin ulaşma süresi analizi 81
Çizelge 3.5. Branş bazında acil servise ortalama ulaşma süreleri (Saat) 82
Çizelge 3.6. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvuru oranı (%) 85
Çizelge 3.7. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvurularda tanı dağılım (%) 85
Çizelge 3.8. Acil Servise 24 saat içerisinde tekrar başvurularda ilk başvurudaki sorumlu hekim bazında dağılım (%) 86
Çizelge 3.9. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvurularda ilk başvuruda konsültasyon istem oranı (%) 87
Çizelge 3.10. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvurularda ilk başvuruda konsültasyon istenen bölüm oranı (%) 87
Çizelge 3.11. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvuruların ilk başvuru zamanı bazında dağılımı (%) 88

Çizelge 3.12. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvurularda ilk başvuru ile ikinci başvuru arasındaki süre bazında dağılım (%) 88
Çizelge 3.13. Acil servis müşahede odasında yatan hastaların kalış süreleri analizi 89
Çizelge 3.14. Acil servis müşahede odasında yatan hastaların kalış sürelerine göre dağılımı (%) 90
Çizelge 3.15. Müşahede odasında 12 saatten fazla yatan hastaların sorumlu hekimleri (%) 91
Çizelge 3.16. Yoğun bakım ünitesinde mortalite oranı veri analizi 92
Çizelge 3.17. Ölen hastaların cinsiyete göre dağılımı (%) 92
Çizelge 3.18. Ölen hastaların yaş grubuna göre dağılımı (%) 93
Çizelge 3.19. Ölen hastaların yoğun bakımda yattıkları gün sayısına göre dağılımı (%) 94
Çizelge 3.20. Yoğun bakımlar bazında mortalite oranları (%) 96
Çizelge 3.21. Yoğun bakım tekrar yatış oranı (%) 97
Çizelge 3.22. Yoğun bakım branş bazında tekrar yatış oranları (%) 98
Çizelge 3.23. Taburcu/sevk saati ile tekrar yatış arasında geçen süre dağılımı (%) 99
Çizelge 3.24. Yoğun bakım tekrar yatan hastaların ilk yatış zamanı (%) 100
Çizelge 3.25. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranı (%) 101
Çizelge 3.26. Yoğun bakım üniteleri bası ülseri oranları (%) 102
Çizelge 3.27. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oluşan vücut bölgesine göre dağılımı (%) 103
Çizelge 3.28. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri bası ülseri risk değerlendirme skoruna göre dağılımı (%) 104
Çizelge 3.29. Bası ülseri gelişen hastaların yaş dağılımı (%) 105
Çizelge 3.30. Bası ülseri gelişen hastaların cinsiyet dağılımı (%) 106
Çizelge 3.31. Bası ülseri gelişen hastaların yattığı gün sayısına göre dağılımı (%) 107
Çizelge 3.32. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri derecesine göre dağılımı (%) 107
Çizelge 3.33. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri iyileşme oranı (%) 108
Çizelge 3.34. Cerrahi alan enfeksiyon hızı 109

Çizelge 3.35. Cerrahi bölümler cerrahi alan enfeksiyon hızları 110
Çizelge 3.36. Yoğun bakım ünitesinde hastane enfeksiyon hızı analizi 113
Çizelge 3.37. Hemşirelerin bölüm değiştirme oranı analizi (%) 116
Çizelge 3.38. Bölümü değiştirilen hemşirelerin yaşı (%) 116
Çizelge 3.39. Bölümü değiştirilen hemşirelerin çalıştığı birim dağılımı (%) 117
Çizelge 3.40. Bölümü değiştirilen hemşirelerin değişim nedenlerine göre dağılımı (%) 117
Çizelge 3.41. Sezaryen oranı göstergesi analizi (%) 120
Çizelge 3.42. Sezaryen ile doğum yapan anne yaş dağılımı 121
Çizelge 3.43. Sezaryen oranı sorumlu hekimi 122
Çizelge 3.44. Kesici/delici alet yaralanmaları oranı analizi 123

1. GİRİŞ

İnsanın en kırılgan anında bedenine ve hatta bazen benliğine müdahaleye izin veren sağlık hizmeti, yararı kadar zarar potansiyeli de taşıyan bir olgudur. Sağlık hizmetleri insan faktörüne dayalı ve teknoloji yoğun olması nedeni ile son derece pahalıdır. Sağlık hizmetleri ayrıca toplumsal hizmetlerdir ve kar gütmez; kişinin ne zaman-nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden kestirilemez yani talebi tesadüfidir. Dolayısıyla sağlık hizmeti süreklidir ve her türlü tedbirin her an alınması gerekir. Sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmeti tercih etme şansı yoktur, çünkü ikamesi yoktur. Tüm bu özellikleri nedeni ile sağlık hizmetlerinde hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği sonuçlar, sağlıkta kalite kavramının önemini arttırmaktadır. Hasta ihtiyaçlarını karşılamak üzere güvenli, etkili, hakkaniyetli, hasta merkezli, israftan kaçınan ve zamanında verilen hizmet, sağlık hizmetlerinde kalitenin temelini oluşturmaktadır.

Modern yönetim anlayışı ile yönetilen pek çok örgüt sergilediği performansı görebilme ve bu performansı geliştirebilmek için etkinliklerinin sonucunu ölçme ihtiyacı hissetmektedir. Çünkü ölçüm, bir iyileştirme çalışmasının anahtar parçasıdır. "Ölçmediğinizi yönetemezsiniz, geliştiremezsiniz" deyişi yönetim biliminin ölçüm temeline dayanması gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlık hizmetlerinde de hizmet sunucuları başta olmak üzere, geri ödeme kuruluşları, tüketiciler, politika yapıcılar hizmet sunumunun kalitesini arttırabilmek için mevcut durumunun ulaşılabilir, güvenilir göstergelerle ölçülmesine ihtiyaç duymaktadır. Kaliteli hizmet sunmaya odaklı modern bir sağlık sisteminin oluşturulması kadar bu sistemin parçalarını oluşturan tüm hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi de aynı derecede önem taşımaktadır. Hastaneler, her türlü sağlık hizmetinin ekonomik ve kesintisiz olarak üretildiği, eğitim araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, çevreyi etkileyen ve çevreden etkilenen, girdileri işleyip yararlı çıktılara dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine özgü özellikler gösteren hizmet işletmeleridir. Kaliteli hizmet sunabilmek için hastanelerin öncelikle nitelik ve nicelik olarak belirlenmiş olan hedeflerin neresinde olduğunu saptayabilmesi için

gerçekleştirdiği faaliyetler hakkında bilgi toplamalıdır. Yani ölçme yapmalı, ölçüm sonuçlarından yararlanarak bazı sonuç ve kararlara ulaşmaya çalışmalı ve bu sonuçları ileride yapılacak çalışmalar için yol gösterici olarak kullanmalıdır.

Araştırmada, hastanelerde hizmet kalitesinin ölçüm ve izlenmesinde gösterge yönetimi ve bir üniversite hastanesi örneği konu edilmiştir. Araştırmanın ilk bölümünde sağlık hizmetlerinde kalite, kalite ölçümü ve gösterge yönetimi kavramları açıklanmıştır. İkinci ve üçüncü bölümde araştırmanın gereç, yöntem ve bulgularına; son bölümünde ise tartışma, sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

Araştırmanın amacı Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Hastane Kalite Standartları Seti içerisindeki Gösterge Yönetimi boyutunda yer alan gösterge verilerinin toplanması, veriler üzerinde Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen hesaplama yöntemiyle ölçüm yapılması, elde edilen sonuçların ülke ve dünya örnekleri ile karşılaştırılmasıdır.

1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetleri, bireylerin fiziksel, ruhsal ve toplumsal sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve iyilik halinin sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir (Aslantekin ve ark., 2007, s:55-70). Sağlık hizmetlerinin konusunun doğrudan insan yaşamı olması ve gerçekleşecek hataların telafi edilemeyecek olması, sağlık sektöründeki kalite kavramının diğer hizmet sektörlerindeki kalite kavramı ile aynı paralellikte düşünülemeyeceğini göstermektedir. Sağlıkta dönüşü olmayan sonuçlara sebep olabileceğinden ‘pardon’ ifadesi kabul edilememektedir (Küçükaksu ve ark., 2004).

Sağlık hizmetlerinin genel amacı, toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu amaca yönelik hedefler; sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını, etkililiğini, ulaşılabilirliğini, hakkaniyetini, verimliliğini yükselterek, ihtiyacı olana kaliteli hizmet sunulmasını sağlamaktır. Sağlık hizmetlerindeki kalite, teşhis ve tedavinin

çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını ayrıca verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını içermektedir (Yıldırım, 2009, s:1).

Tıp Enstitüsü, sağlık sistemlerinin hasta ihtiyaçlarını karşılamak üzere bir araya getirilecek altı hedeften oluşan çekirdek ile büyük kazanımlar elde edileceğini belirtmiştir. Bu hedefler aşağıda açıklanmıştır (Institute of Medicine -IOM-, 2001):

Güvenli (safe): Hastaya yararlı olabilme kastıyla verilen hizmetin muhtemel zararının önlenmesi çabasıdır.

Etkili (effective): Bilimsel bilgiye dayalı hizmetlerin yararlanacak bütün insanlara verilmesi, yarar sağlamayacak olanlara hizmetlerin verilmesinden kaçınılmasıdır. Bu hedefin asıl amacı hizmetlerin eksik ve aşırı kullanımının önlenmesidir.

Hasta merkezli (patient-centered): Hastanın bireysel tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygı duyan hizmet verilmesi ve hastanın değerlerinin bütün klinik kararlarda yönlendirici olmasıdır.

Vakitli (timely): Hem hizmet alana hem de hizmeti sunana zararlı olabilen gecikmelerin ve bekleme sürelerinin azaltılmasıdır.

Verimli (efficient): Cihaz, kaynak, düşünce ve enerji dahil bütün israfın önlenmesidir.

Hakkaniyetli (equitable): Cinsiyet, ırk, bölgesel yerleşim ve sosyoekonomik statü gibi kişisel özelliklere bağlı olarak kalitesinde farklılaşma olmayan bir hizmet sunulmasıdır.

Sağlık hizmetlerindeki ilk kalite çalışmaları 19. Yüzyıla dayanmaktadır. Bu dönemde modern hemşireliğin kurucusu Florance Nightingale İngiltere'de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise sağlıkta iyileştirme çalışmaları 1900'lü yıllarda başlamıştır (Yetkinlioğlu, 2009, s:81). Amerika başta olmak üzere Kanada ve Avustralya gibi

pek çok ülkede sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarında öncelikle hizmeti minimum düzeyde güvence altına alma, sonrasında ise ulaşılabilir standartların tanımlanması çalışmaları yapılmıştır.

1.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Sağlık hizmeti kalitesinin tarihsel süreç içinde birçok tanımı yapılmış ve tanımı yapanın bakış açısına göre farklı kavramlar temel alınmıştır. Örneğin, sağlık hizmeti kalitesini tıbbi faaliyetler açısından ele alan bir tanıma göre; kalite, bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireylerin sağlık durumunda meydana gelebilecek gerilemeyi durduracak ya da iyileşme sağlayacak biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir (Caldwell, 1998).

Sağlıkta kalite literatüründe bazı tanımların daha ön plana çıktığı izlenmiştir. Örneğin; Donabedian kaliteli sağlık hizmetini, hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin en üst düzeye çıkarılması şeklinde ifade etmiştir (Donabedian, 1980, s:5-6). Başka bir tanımda sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin mükemmellik derecesi ya da standartlara uygunluktur. Bu öğeler; toplum sağlığı hizmetleri ile başlayıp, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam eden iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür. Hedef, bireylerin sağlıklı hallerinin sürdürülmesi, hastalanmaları durumunda en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak sağlıklarına kavuşmalarını sağlamaktır. Kaliteli sağlık hizmetinin sunulması, hizmeti sunanların sorumluluğu olduğu gibi sistemi finanse eden vatandaşın da hakkıdır (Asunakutlu, 2005). Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece hastalar ve sağlık hizmetleri sağlayıcıları açısından değil, hükümetler açısından da önemlidir. Kaliteli sağlık hizmetleri, insanların sağlıklı ve daha mutlu olmalarını sağlayacaktır (Dursun ve Çerçi, 2004).

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımının ortaya konulması, aynı zamanda kalitenin hangi boyutlardan oluştuğunun da ifade edilmesidir. Geleneksel olarak, sağlık hizmet göstergeleri, Donabedian tarafından 1980 yılında tanımlanan 3 temel boyut üzerinde gösterilmiştir. Bunlar yapı, işlem ve sonuçlar olarak belirtilmektedir (Kaya, 2005):

Sağlık kuruluşunun yapısı (structure): Yapı göstergeleri sağlık hizmetinin üretimi sırasında kullanılan kaynak ve araçlardır. Bu kapsamda sağlık kuruluşunun fiziksel ve teknolojik yapısı, personelin nitelik, nicelik ve dağılımı, hizmet sunumunun düzenlenmesine yönelik programlar, yönetim felsefesi ve hizmet verilen toplumun demografik özellikleri kaliteyi etkiler.

Sağlık kuruluşunda olagelen işlemler (processes): Tanı ve tedavide izlenilen yolların, karar vermenin o gün için geçerli olan bilimsel ve teknolojik doğrulara uygun olması, bu teknik öğelerin uygulanması sürecinde hasta ile olan etkileşimin teknik ve iletişimsel özellikleri hizmetin kalitesini etkileyen önemli faktörlerdir.

Sağlık hizmetinden elde edilen sonuçlar (outcomes): Elde edilen sonuçların klinik, ekonomik ve humanistik açıdan değerlendirilmesi, iyileştirilmesi kalitenin ölçülmesi ile mümkün olabilir. Kısacası sağlık hizmet süreçlerinin sonunda elde edilen fayda ve zararlardır. Hizmeti alan kişinin sağlık durumundaki değişim, aldığı hizmetten memnuniyet, sağlığa ilişkin elde ettiği bilgi ve sağlıkla ilgili konulardaki davranış değişiklikleri sonuç göstergelerinde ele alınmaktadır (Chen ve ark., 2007, s:345).

Kaya (2005), sağlık bakım hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşları ve hastanelerde kalite kavramı bir sistem yaklaşımı (yapı-süreç-çıktı) içinde ele alınması gerektiğini ifade etmektedir:

Yapı; Bina, teçhizat, malzeme, finansman, insan gücü vb. sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin sağlanması için altyapıyı oluşturan unsurlardır.

Süreç; Tıbbi bakım hizmetleri ve diğer hizmetlerin çalışanlar tarafından sunumu ve bu hizmetlerin hasta tarafından alınmasını içerir. Hasta bakımı sağlanırken neyin yapıldığını gösterir. Süreç girdileri (işgücü becerileri, finansal yetkiler, bilgi, malzemeler, yöntemler, donanım) çıktılara (ürünler, hizmetler) dönüştürmek için yapılan faaliyetler olarak da tanımlanabilir (Kaya, 2005). Süreç iyileştirmenin üç temel amacı aşağıda verilmiştir.

Etkililik: İşletmelerin belirlediği politika, proje ve aldığı önlemlerle, gerçekleştirmeyi amaçladıkları ile elde ettikleri arasındaki karşılaştırmadır (Akal, 1996, s:18).

Verimlilik: Doğru, uygun şeyleri en kısa sürede ve en az maliyetle doğru yapmaktır.

Uyma Yeteneği: Değişen müşteri beklentilerine ve endüstri gerçeklerine cevap vermedeki esnekliktir.

Kişilerin yaptıkları işlerin süreçleri kolay, elverişli duruma getirilerek ve güçlendirilerek, sonuçların kalitesi çarpıcı biçimde iyileştirilebilir (Kaya, 2005).

Çıktı; Hizmetin toplumun sağlık düzeyine ve hastalara olan etkileridir (Taşdemir ve Hayran, 2005). Sonuçlar:

- Sağlık statüsündeki değişiklikleri,
- Hastaların ve aile üyelerinin öğrendikleri bilgilerde, gelecekteki hizmetleri etkileyebilecek değişiklikleri,
- Hastaların ve aile üyelerinin davranışlarında, gelecekte sağlığı etkileyebilecek değişiklikleri,
- Hastaların ve aile üyelerinin aldıkları hizmetten ve hizmetin sonucundan memnuniyetlerini içerir (Kaya, 2005).

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşıması gereken özellikler sıralanmıştır (Özgen,1995, s:49). Bu rapora göre yüksek kaliteli tıbbi bakımın;

- Hastanın fiziksel fonksiyonunda, psikolojik durumunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgileriyle tutarlı, en kısa sürede optimal gelişme sağlaması,
- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık durumlarının erken teşhisi ve tedavisi,
- Zamanında sunulması, bir başka ifadeyle; tıbbi bakımın zamanında verilmeye başlanması ve sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi, gereksiz şekilde uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve süreçle ilgili kararlarda hastanın işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarının araması,
- Tıp biliminin kabul görmüş ilkelerine ve uygun teknolojik kaynakların verimli kullanımına dayanması,
- Hastalığın meydana getirebileceği endişe ve strese karşı duyarlılıkta ve hastanın tam olarak iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi sonucuna ulaşmak için gerek duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve mesleğe mensup bireylerin değerlendirilebilmesi için tıbbi kayıtlarının yeterince iyi tutulması gerektiği belirtilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite sağlık tedavi kalitesi (teknik) ve hizmet kalitesi (fonksiyonel) olarak iki açıdan değerlendirilmektedir. Tedavinin kalitesini tıbbi bakım, gelişim ve teknoloji belirlerken, hizmetin kalitesini fiziki ortamların ferahlığı,

temizlik, personel ve hasta arasındaki iletişim, yemekler vb. etkenler belirlemektedir (Bircan ve Baycan, 2004).

Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı sağlık hizmetlerinde kalite konusunu gündeme getirmektedir. Sağlık hizmetleri son yıllarda yapılan çalışmalarla stratejik yönetime geçiş, ihtiyaçlara uygunluk, performansa dayalı, denetimsel amaçlı bir yapıya dönüşmüştür (Yetkinlioğlu, 2009).

1.1.3. Hastane Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Hastaneler, sağlık hizmeti sunan sistemin yapı taşlarıdır. İlk çağlarda sosyal ve dini kurumlar tarafından kurulan hastaneler, sadece düşkünlere bakan yardım kurumları iken, günümüzde bilgi çağının değişen koşulları, hastanelerin toplumdaki konumlarını ve rollerini değiştirmiştir. Özellikle 1990'lı yıllarda sağlık hizmetlerinde yaşanan paradigma değişikliğine paralel olarak, hastane yönetiminde de radikal değişimler yaşanmıştır (Grupta, 1995).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastaneleri; "hastaları kontrol altında tutan, tanı ve tedavilerinin yanı sıra rehabilitasyon hizmetleri veren sağlık kuruluşları" olarak tanımlamıştır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastaneler, "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 1983).

Hastanelerde kalite çalışmaları, hastanelerin fonksiyonlarının gerçekleştirilmesini sağlayan süreçlerle doğrudan ilişkilidir (Demirbaş, 2009). Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından 1999 yılında Amerika'da yayınlanan bir rapor ile sağlık hizmeti sunumunda; tıbbi hatalar ve kalite, süreçlerde dikkate alınması gereken en önemli iki sorun olarak ortaya konmuştur. Amerika'da sağlık hizmetleri konusunda sunulması gereken sağlık hizmeti ile sunulan sağlık hizmeti arasında bir uçurum bulunduğu ve bu sorunun ana nedeninin kötü insan gücü değil, kötü sistem olduğu ifade edilmiştir.

Küresel rekabet, değişen müşteri beklentileri, kalite, maliyet bilinci ve hızlı teknolojik gelişmenin etkisiyle hastaneler, tedavi merkezi ve koruyucu sağlık hizmetinin yanı sıra kar amacı güden girişimler olarak da faaliyet göstermeye başlamıştır (Godiwalla ve ark.,1997, s:202-207). Sağlık kuruluşları ulusal alanda rekabet ederken, uluslararası alanlardan hasta çekmek için çaba sarf etmektedir. Tüm bu uğraşlar sağlık kuruluşlarını kaliteli hizmet sunma arayışına itmektedir (Aydın, 2009).

Hastaneler ve sağlık kuruluşları, varlıklarını sürdürebilmek ve artan rekabet koşullarında ayakta durabilmek için hizmet farklılaştırmasına gitmeleri sonucunda, hizmet kalitesine daha fazla önem vermek zorunda kalmışlardır. Hizmet kalitesi, rakiplere karşı rekabet avantajı sağlamak için stratejik bir silah olarak görülmektedir. Bu bakımdan, hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kuruluşları da istikrarlı biçimde hizmet kalitesini arttırabilmek, hizmet mükemmelliğini başarabilmek ve sıfır hata hedefini yakalayabilmek için yoğun çaba sarf etmek zorunda kalmaktadır (Zaim ve Tarım, 2010).

1.2. Kalite Ölçümü

Sağlık hizmeti yapılanmalarında ortak amaç "… doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak" tır. Bu amaç doğrultusunda hareket edebilmek ve kaliteli hizmet sunumunu sağlayabilmek için öncelikle sistemin nitelik ve nicelik olarak bu hedefin neresinde olduğunu görmek gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013a). İşletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesi performans olarak tanımlanır (Esatoğlu, 2007). Performans kavramının etkililik (effectiveness), verimlilik (efficiency), kalite (quality), üretkenlik (productivity), çalışma yaşamının kalitesi (quality of working life), karlılık (profitableness) ve bütçeye uygunluk (eligibility for budget), yenilik (innovation) olmak üzere yedi boyutu bulunmaktadır (Akal, 1996). Kalite ölçüm ve izlenmesi, hastanelerde performansı belirleyen önemli bir faktördür. Sağlık kurumlarının verdikleri hizmetlerin kalitesinin ölçülebilmesi; elde edilen veriler doğrultusunda hizmet kalitesini arttırması yönünde önemli bilgiler sağlayarak sağlık işletmelerinin gelecekle ilgili planlar

hazırlamasına, politika ve stratejilerini belirlemesine önemli katkı sağlamaktadır (Derin ve Demirel, 2013).

1.2.1. Kalite Ölçümünün Tanımı

Ölçme, bireylerin, nesnelerin ya da sistemlerin belli özelliklere sahip olup olmadığının, sahip ise oluş derecesinin belirlenmesi ve sonuçlarının sembollerle, özellikle de sayı sembolleriyle ifade edilmesidir. Değerlendirme, ölçme sonuçlarının bir ölçütle kıyaslayarak ölçülen hakkında bir karara varma sürecidir. Ölçme, bir tanımlama işlemi ile değerlendirme bir yargılama işlemidir ve ölçme sonucunun bir ölçütle karşılaştırılmasıdır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012).

Palmer'e göre sürece dayalı yöntemler, sonuca dayalı kalite ölçütlerinden daha fazla işe yaramaktadır (Palmer 1997, s:735-736; aktaran; Kaya, 2005). Bunlar:

- Bakımın nasıl iyileştirileceğini belirleme,
- Sunucuların karşılaştırılması sonuçlarda bir fark olmadığını gösterdiğinde, sağlık hizmetlerini iyileştirme fırsatlarını bulma,
- Kısa sürede veri toplamaya gerek duyma,
- Bakımın kalitesini belirli sunuculara atfetme,
- Farklı türden hastalara hizmet eden sunucuları karşılaştırma,
- Az sayıda hizmet eden sunucuları karşılaştırma,
- Hastaların hastalık riskini değiştirmeyi amaçlayan sağlık bakımını ölçmedir.

Palmer'e göre belirli bakım süreçlerini belirli sonuçlara bağlayan iyi kanıtlar varsa, sonuç verileri yerine süreç verilerini karşılaştırmak, hizmet sunucularının performansı hakkında daha çok şey ortaya çıkarabilir. Hastası çok olan sunucular tarafından uzun

zaman süreleri içinde verilen bakımı izlemek ve bakım süreçlerinin uygulanmasındaki problemleri araştırmak için ise, sonuç verileri faydalıdır (Palmer, 1998, s:482-483; aktaran; Kaya, 2005).

Sağlık kurumlarında optimum bir kalite olgusundan söz edebilmek için sunulan hizmetlerin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun olması, diğer taraftan da hizmetlerin hastalar tarafından yüksek kalitede algılanması gerekmektedir (Devebakan ve Aksaraylı 2003, s:24). Sağlık kurumlarının hizmet sunduğu toplumun sağlık ihtiyaçlarını sağlamaya yönelik plan ve düzenlemelerde, hizmet kullanıcılarının memnun edilmesi ya da hizmetten tatmin sağlamalarını ön planda tutmalarının kurumsal başarı ve rekabet edebilme gücü açısından zorunlu olduğu açıktır. Sağlık kurumları yönetiminin en önemli görevi, topluma verimli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmaktır (Aslantekin ve ark., 2007).

Sağlık kurumlarının yapısından kaynaklanan bazı nedenlerde müşteri tatmini ile değerlendirmelerin kalite göstergesi olarak kullanılamayacağını savunan görüşler mevcuttur. Bunların gerekçeleri Özalp (1996) tarafından aşağıda ifade edilmiştir.

- Hastalar, sağlık profesyonellerinin teknik yeterliliklerini değerlendirebilecek teknik bilgiye sahip değildir. Ayrıca fiziksel ve duygusal durumları doğru karar vermelerine engel olabilir.
- Hastalar, hizmet verenlerin kişilerarası ilişkiler gibi tıp dışı faktörlerden etkilenebilir. Yatak başında iyi yaklaşım uygun olmayan teknik bakımı maskeleyebilir.
- Hastalar, ilişkilerin devam etmesi düşüncesi ya da daha önceki hasta hekim iletişimindeki olumsuzluk nedeniyle gerçek düşüncelerini açıklamaktan çekinebilir.
- Hastalar, hizmetin verilmesi ile ilgili özellikleri hatırlamayabilirler. Bu nedenle yüz yüze görüşmeler ve hasta tatmin araştırmaları hayli sübjektif olan bir durumun ölçülmesi için uygun bir yöntem değildir.

Kalite, objektif ve subjektif özellikleri bir arada bulunduran bir kavramdır. Kalitenin objektif olması, kişisel hislerden bağımsız somut kriterlerin olması ve önceden yapılan somut tanımlamalara, spesifikasyonlara ve standartlara bağlı olarak ölçülebilir olmasıdır. Subjektif olması ise, bireylerin beğenilerinden, değer yargılarından, algılarından ve psikolojilerinden etkilenmesinden kaynaklanmaktadır (Şen, 2010). Hastalar yalnızca hizmeti sunanların tutumlarına ilişkin bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir. Hastaların beklentileri düşük ise, bu beklentilerinin karşılanmış olması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmez (Kavuncubaşı, 2000).

1.2.2. Hastanelerde Kalite Ölçümü

Sağlık hizmetlerinde, özellikle de hastanelerde kalite iyileştirme ve performans ölçümünde standart bir ölçüm yöntemi bulunmamaktadır. Literatürdeki çeşitli tanımlayıcı çalışmalarda ve özel raporlarda, ölçüm yöntemleri konusunda çeşitlilik olması bu yargıyı desteklemektedir (Esatoğlu, 2007). Önemle vurgulanması gereken konu; hizmet stratejileri ve buna bağlı performans göstergeleri net olarak belirlendiği takdirde hizmet kuruluşlarında verimlilik ve performans ölçümü yapmak ve sonuçlarını etkili olarak kullanmak mümkün olacaktır (Pakdil, 2007).

Groene ve ark. (2008b), dünya genelinde hastane performansını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen projeleri incelemiştir. Çalışmada kullanılan değerlendirme kriterleri ve tanımlamalar Çizelge 1.1'de verilmiştir.

Çizelge 1.1. Hastane performansında değerlendirme kriterleri ve tanımlamaları **(**Groene ve ark., 2008a).

Proje Başlangıç Tarihi ve Başladığı Ülke	**Göstergelerin Boyutları**	**Gösterge Sayısı**	**Göstergelerin Gelişimi**	**Katılım**
Quality Indicator Project (QIP), Kalite Gösterge Projesi A.B.D., 1984	Klinik Etkililik Verimlilik Güvenlik Hasta Merkezlilik	47 gösterge ile birlikte 4 başlık	Uzman Kurulu, Pilot Uygulama	İsteğe Bağlı
Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), Avustralya Sağlık Bakım Standartları Konseyi Avustralya, 1989	Klinik Etkililik Güvenlik Verimlilik	308 gösterge ile birlikte 22 başlık	Uzman Kurulu Kullanıcı Değerlendirmesi Pilot Uygulama Dış İnceleme	İsteğe Bağlı Değil
Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations (JCAHO), Sağlık Kurumlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu A.B.D., 1997	Klinik Etkililik, Verimlilik, Güvenlik, Hasta Merkezlilik	36 özel gösterge ile birlikte 5 başlık	Uzman Kurulları Görüşme Pilot Uygulama	İsteğe Bağlı Değil
Ontario Hospital Association (OHA), Ontario Hastane Birliği Kanada, 1997	Verimlilik Duyarlı Yönetim Hasta Merkezlilik	47 gösterge ile birlikte 4 başlık (2003)	Uzman Kurulu Görüşme Klinik Ekip Katılımı	İsteğe Bağlı
Bundesgeschaftsstelle Qualitatssicherung (BQS) Federal Kalite Güvencesi Almanya, 2000	Klinik Etkililik	Zorunlu Program: 169 gösterge ile birlikte 17 başlık İsteğe Bağlı Program: 95 gösterge ile birlikte 14 başlık	Uzman Kurulu Kullanıcı Değerlendirmesi Pilot Uygulama Yöntem Doğrulama	İsteğe Bağlı Değil
Clinical Indicators Support Team (CIST), Klinik Göstergeler Destek Ekibi İskoçya, 2000	Klinik Etkililik	64 gösterge ile birlikte 7 başlık	Uzman Kurulu Kullanıcı Grubu	İsteğe Bağlı Değil
The National Indicator Project (NIP), Ulusal Gösterge Projesi Danimarka, 2000	Klinik Etkililik Verimlilik	87 gösterge ile birlikte 7 başlık	Uzman Kurulu Görüşme (Hem hasta hem de kullanıcı grupla) Pilot Uygulama	İsteğe Bağlı Değil
Birlik Çıktısı İsviçre, 2000	Klinik Etkililik Verimlilik Güvenlik Hasta Merkezlilik DuyarlıYönetim	118 gösterge ile birlikte 19 başlık	Uzman Kurulu İşbirliğiyle Tıp Camiası ve Bilimsel Kuruluşlar Ön test Pilot Uygulama Değerlendirme	Zürih, Bern, Solothurn ve Aargau'daki Hastanelerde İsteğe Bağlı Değil, Diğer Bölgelerde İsteğe Bağlı
Coordinationpour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualite Hospitaliere (COMPAQH) Hastane Kalite Performans Ölçümü ve İyileştirme Komisyonu, Fransa, 2003	Klinik Etkililik Personel Oryantasyonu Hasta Merkezlilik	43 gösterge ile birlikte 8 ulusal öncelik	Uzman Kurulu Pilot Uygulama Kullanıcı Gruplarına Delphi Tekniği	İsteğe Bağlı
Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH), Hastanelerde Kalite Geliştirme için Performans Değerlendirme Aracı, 2003	Klinik Etkililik Verimlilik Personel Oryantasyonu DuyarlıYönetim Güvenlik Hasta Merkezlilik	17 çekirdek gösterge ve 24 özel gösterge	Uzman Kurulu Nominal Grup Tekniği, Kullanıcı Değerlendirmesi (Hastane Seviyesinde) Pilot Uygulama	İsteğe Bağlı
Hollanda Hastanelerinde Performans Raporlama, Hollanda, 2003	Klinik Etkililik Verimlilik Güvenlik Hasta Merkezlilik	39 gösterge ile birlikte 3 başlık (2004)	Uzman Kurulu, Tıp Camiası Görüşme Geçerlilik Testi	İsteğe Bağlı Değil

Sağlık hizmetleri alanındaki standart ve akreditasyon çalışmaları ve yaşanan gelişmeler sonucunda bu alanda uluslararası bir çatı topluluk kurulması fikri ortaya çıkmış ve bu düşünce "Dünya Sağlık Örgütü, Kalite Güvencesinde Eğitim Çalışma Grubu" tarafından, 29 Haziran 1985 tarihinde, İtalya'da resmiyete dönüşmüştür. ISQA (The International Society for Quality Assurance in Health Care) olarak kurulan topluluk 1993 yılında ISQua (The International Society for Quality in Health Care) adını almıştır. ISQua, her yıl dünyanın farklı ülkelerinde gerçekleştirdiği uluslararası konferanslar ile sağlıkta kalite ve hasta güvenliği alanında faaliyet gösteren kurum ve kişilere ev sahipliği yaparak dünyada ortak kalite kültürünün oluşturulmasında öncülük etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ile resmi işbirliği içerisinde hareket eden kuruluş, üye ülkeler ile gerçekleştirdiği genel kurullarda sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarına yönelik öncelikleri belirlemektedir (ISQua, 2017). Uluslararası akreditasyon programları kapsamında kurumların akreditasyon faaliyetlerinde kullandıkları standart setleri, denetçi eğitim programları ve dış değerlendirme kuruluşları uluslararası ortak standartlar kapsamında akredite edilmektedir (Shaw, 2004).

Türkiye'de ulusal akreditasyon sisteminin oluşturulmasına yönelik 2012 yılında başlatılan alt yapı çalışmaları sonucunda 2015 yılında Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) kurulmuş ve ulusal ve uluslararası alanda faaliyet göstermek üzere çalışmalarına başlamıştır. Kuruluşunu tamamlamasının ardından ISQua üyeliğini gerçekleştiren Enstitü, hem ulusal hem de uluslararası alanda yürütülecek çalışmalarda uluslararası norm ve ilkelerde hareket etmektedir (Kayral, 2018).

1.2.3. Hastanelerde Kalite Ölçüm Modelleri

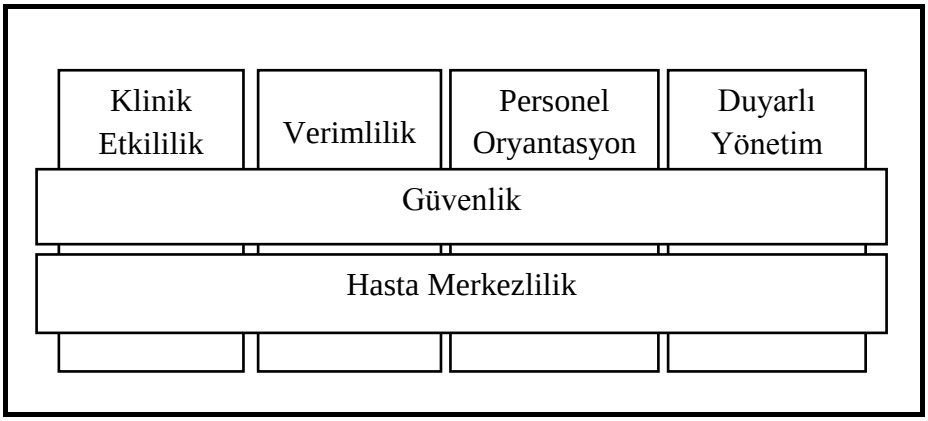
Sağlık kurumlarında göstergelerin kullanılması yeni değildir, nesiller boyunca farklı şekilde gerçekleştirilmiştir. Örneğin, 18. yüzyılın ortalarında Pensilvanya Üniversitesi hastanesinde hasta kayıtları, performans ölçümünde kanıt olarak takip edilmiştir. 1859'da Florence Nightingale bakımın kalitesini ölüm oranı ve hastalık oranı ile ölçmeye çalışmıştır. Bu tarihten itibaren sağlık bakım örgütleri sağlık

hizmetleri ile ilgili değişik ölçüm kriterleri geliştirmişlerdir. Önceleri sağlık bakım göstergesi olarak sadece hastanın ölmesi ya da yaşaması değerlendirilirken daha sonraları hasta memnuniyeti, ameliyathaneye istenmeyen geri dönüşler, taburcu edildikten sonra 72 saat içerisinde yeniden kabul gibi göstergeler kullanılmaya başlanmıştır (Bij ve Vissers, 1999).

Farklı performans boyut ve göstergelerinden oluşan çeşitli yaklaşımlar oluşturularak örgütsel sistem performansı bu yaklaşımlarla ölçülmüştür. Bu bölümde hastanelerde kullanılabilecek performans ölçüm yaklaşımlarından üç kurumsal yaklaşım incelenmiştir. Bunlar, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi Modeli (PATH), Avrupa'da Kalite İyileştirme Anlayışında Derinleşme Projesi (DUQuE) ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü Sağlık Bakımı Kalite Göstergeleri Projesi (HCQI) dir.

1.2.3.1. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi Modeli (PATH)

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2003 yılında başlatılan Hastaneler İçin Kalite İyileştirme Performans Değerlendirme Aracı (PATH), hastanelerin kalite iyileştirme stratejilerini tanımlamak, kendi sonuçlarını sorgulamak ve onları iyileştirme eylemlerine dönüştürmede desteklemek amacıyla bir performans değerlendirme sistemidir (PATH, 2013). PATH, hastanelerde performansa ilişkin verileri toplamak ve kaliteyi geliştirmek için bir iç araç olarak tasarlanmıştır. Toplam 6 boyut bulunmaktadır. Bunlardan dördü temel alanlar olan klinik etkililik, verimlilik, personel oryantasyonu ve duyarlı yönetim; diğer ikisi de bunlara bir açıklayıcı perspektif oluşturan güvenlik ve hasta merkezliliktir (Şekil 1.1) (Esatoğlu, 2007). Örneğin güvenlik, verimlilik, klinik etkililik (hasta güvenliği), çalışanlar (çalışan güvenliği), duyarlı yönetim (çevresel güvenlik) ile ilgilidir (Veillard ve ark., 2005:489, akratan; Esatoğlu, 2007).



Şekil 1.1. Hastane Performansı için Avrupa Bölge Ofisinin Teorik Modeli (PATH) (Esatoğlu, 2007).

Avrupa genelinde hastane bilgi dokümantasyon sisteminden sağlanan verilerin ulaşılabilirliğindeki farklılıklar DSÖ tarafından kabul edilerek "Çekirdek" (Çizelge 1.2) ve "Uyumlaştırılmış" (Çizelge 1.3) olmak üzere 2 ayrı gösterge seti hazırlanmıştır (WHO, 2007, s:8-9, aktaran; Esatoğlu, 2007).

Çizelge 1.2. PATH Projesi çekirdek ölçüt seti (WHO, 2007, s:8-9, aktaran; Esatoğlu, 2007).

Klinik Etkililik ve Güvenlik	**Verimlilik**	**Personel Oryantasyonu ve Güvenlik**	**Duyarlı Yönetim**	**Hasta Merkezlilik**
Ç1. Sezaryenlar	**Ç8**. Kalış Gün Sayısı (Akut Myokard Infakt., Felç, Edimsel Pnömoni, Kalça Kırığı, Koroner Arter Bypasgreft)	**Ç10.** Eğitim Harcamaları	**Ç15.** Taburculukta Emzirme Eğitimi Verilmesi	**Ç17.** Hasta Beklentileri
Ç2. Koruyucu Antibiyotik Kullanımı	**Ç9.** Ameliyathane Kullanımı	**Ç11.** İşe Gelmemeler	**Ç16.** Sağlık Bakımında Değişim	
Ç3. Mortaliteler (Akut Myokard Infakt., Felç, Edimsel Pnömoni, Kalça Kırığı, Koroner Arter Bypasgreft)		**Ç12.** Aşırı Çalışma Saatleri		
Ç4. Yeniden Girişler (Akut Myokard Infakt., Felç, Edimsel Pnömoni, Kalça Kırığı, Koroner Arter Bypasgreft, Astım, DM)		**Ç13.** İğne Yaralanmaları		
Ç5. Günübirlik Cerrahiler İçin Sekiz İzlem (Katarakt, Diz Artroskopi, Kasık Fıtığı, Rahim Kürtajı, Tonsillektomi/ Adenoktomi, Kolesistektomi, Tuplitigasyonuvarikozvenlerin Kapatılması)		**Ç14.** Personelde Sigara Prevalansı		
Ç6. Operasyon Günü Ertesi Giriş				
Ç7. Yoğun Bakıma Geri Dönüş				

Çizelge 1.3. PATH Projesi uyumlaştırılmış ölçüt seti (WHO, 2007, s:8-9, aktaran; Esatoğlu, 2007).

Klinik Etkililik ve Güvenlik	**Verimlilik**	**Personel Oryantasyonu ve Güvenlik**	**Duyarlı Yönetim**	**Hasta Merkezlilik**
U1. İğne Zamanı	**U8.** Uygunluk Değerlendirme Protokolü Skorları	**U13.** Ücretin Zamanında Ödenmesi (%)	**U18.** Taburculuk Hazırlığının Mali Kontrolü	**U23.**Bakıma Ulaşımda Hasta Araştırmaları Skoru
U2. Felçten Sonra Bilgisayarlı Tomografi Taraması	**U9.** Antibiyotik/Hasta Maliyetleri	**U14.** Tükenmişlik Araştırmaları	**U19.** Taburculuktan Sonra Gönderilen Mektup (%)	**U24.** Bakımdan Hoşnutluklarda Hasta Araştırması Skoru
U3. Aspirin Kullanımı ile Miyokard Infarkt. Taburculuğu	**U10.**Vakaya Uyarlanmış Kalış Gün Sayısı (Ç8)	**U15.** İş Tanımlarında Risk Değerlendirme (%)	**U20.** Geriatrik Hastalarda Uygunluk Değerlendirme Protokolü Skoru	
U4. Riske Ayarlanmış Mortalite Ölçütleri (Ç3)	**U11.** Nakit Para Akışı Durumu	**U16.** Personel Devir Oranı	**U21.** Günübirlik Cerrahi İçin Bekleme Zamanı	
U5. Riske Ayarlanmış Hastaneye Yeniden Giriş Ölçütleri (Ç4)	**U12.**Ortak Hizmetlerin Maliyeti/Hasta Günleri	**U 17.** İşle İlgili Yaralanma Tipleri	**U22.** Akut Miyokard İnfakt.ve Koroner Kalp Hastalarında Yaşam Stili Danışmanlığı	
U6. Kırık ve Felçli Hastalar İçin Bası Ülserleri				
U7. Hastane Kaynaklı Enfeksiyon Oranı				

PATH prototipi Şubat 2004 ile Mart 2006 tarihleri arasında 5 farklı ülkede 66 hastanede pilot çalışmada test edilmiştir. Ülke koordinatörleri ve hastanelerin deneyimlerinden yararlanılarak 2006 yılında revize edilen gösterge seti ile ikinci bir veri toplama süreci başlatılmıştır. Böylece PATH-II'de, 9 farklı ülkeden 140 hastane, 17 göstergeye ilişkin veri toplama ve tecrübelerini diğer hastanelerle paylaşma, iyileştirme için değişim taahhüdünde bulunmuştur (PATH, 2013). PATH çerçevesi 4 adımı içermektedir. Bunlar motive etme, mantıklı olma, ölçüm ve harekete geçmedir. Kurulan çerçeveye dahil olarak sistemdeki hastaneler ile kıyaslama olanağı kazanmak ve kurumsal düzeyi ölçerek belirlemek PATH'in avantajlarındandır (Esatoğlu, 2007).

PATH projesi 13 ülkede 150'yi aşkın hastanede hayata geçirilmiştir. Türkiye, PATH projesinin 2009 yılı başındaki fazına Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda, projede çalışmaya uygun görülen ve gönüllü 14 özel, kamu ve üniversite hastanesiyle (İzmir Atatürk EAH, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, İstanbul Bağcılar EAH, Adana Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi, İstanbul Bakırköy Sadi Konuk EAH, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi, İstanbul Fatih Sultan Mehmet EAH, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi, Muğla Fethiye Devlet Hastanesi, İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, İstanbul Memorial Hastanesi, Van İpekyolu Devlet Hastanesi, Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi) yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013b).

Gönüllü hastanelerin yöneticileriyle 2009 yılı Haziran ayında yapılan toplantılar sonucunda Türkiye'nin projeye hangi göstergelerle dahil olacağına karar verilmiştir. Belirlenen göstergeler aşağıda sunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2013b):

- Sezaryen Oranı
- Kalış Süresi
- Kesici Delici Alet Yaralanmaları
- Çalışanların Sigara İçme Düzeylerinin Belirlenmesi
- Günübirlik Cerrahi Oranıdır.

PATH projesi kapsamında Türkiye'de 11 hastane yer almıştır. Proje başlangıcında yer alan hastanelerden 5 tanesi (Van İpekyolu Devlet Hastanesi, İstanbul Bakırköy Sadi Konuk EAH, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Bağcılar EAH, Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi) sonrasında projeden ayrılmış, Ankara Yenimahalle Devlet Hastanesi ve Ankara Özel Güven Hastanesi ise projeye dahil olmuştur.

1.2.3.2. Avrupa'da Kalite İyileştirme Anlayışında Derinleşme Projesi (DUQuE)

DUQuE (Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe) Avrupa Komisyonunun 7. Çerçeve Fonu kapsamında finanse edilerek başlatılan bir projedir. Proje 42 aylık olarak Kasım 2009'da başlatılmış ve Nisan 2013'te bitmesi öngörülmüştür. DUQuE Projenin ana hedefi Avrupa hastanelerinde kalite iyileştirme sistemlerinin etkinliğini incelemektir. DUQuE projesi, Kalite Geliştirme Stratejilerine Müdahale Değerlendirme Yöntemleri (MaARQuIS) araştırma projesinin bir devamıdır (DUQuE, 2013).

Projede hastane ve hasta olmak üzere iki düzeyde değerlendirme yapılması planlanmıştır. Hastane düzeyinde değerlendirmeye yönelik verilerin katılımcı 8 ülkede (Çek Cumhuriyeti, Almanya, Fransa, Polonya, Portekiz, İspanya, Türkiye ve İngiltere) rastgele seçilmiş 30'ar hastanede toplanması planlanmıştır. Hasta düzeyinde değerlendirme için her bir ülkenin belirlemiş olduğu 30 hastanenin 12'sinde belirlenen 4 sağlık olgusunda (inme, akut miyokardinfarktüsü, kalça kırığı ve doğum) ek veri toplanması planlanmıştır (DUQuE, 2013).

DUQuE projesine katılan kurumlar hastane düzeyinde; hastane yönetimi, dış baskı, kalite geliştirme sistemi, kalite iyileştirmede hastanın güçlendirilmesi, profesyonel tutum ve örgüt kültürünü değerlendirmektedir. Bu değerlendirmeler anketler ile gerçekleştirilmektedir. Hasta düzeyinde değerlendirilen ölçümler, hasta güvenliği ve hasta tutumu ile klinik etkinliktir. Klinik etkililik ve hasta güvenliği ölçümlerinin tıbbi kayıtlardan ve doğrudan gözlem denetim yoluyla alınması; hastanın katılımının değerlendirilmesi için anket kullanılmıştır (DUQuE, 2013). Türkiye'de 5 Üniversite Hastanesi ve Özel Hastane ve 25 Devlet Hastanesi olmak üzere toplam 30 hastanenin onayı alınarak çalışma yapılmıştır (Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği, 2013).

1.2.3.3. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü Sağlık Bakımı Kalite Göstergeleri Projesi (HCQI)

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinde hasta güvenliğine yönelik temel göstergelerin belirlenmesi çalışmaları 2001 yılında Sağlık Bakımı Kalite Göstergeleri Projesi (Health Care Quality Indicator Project) ile başlatılmıştır. OECD üyesi 23 ülke verilerinden yararlanarak aday 59 gösterge belirlenmiş ve çalışmanın sonunda 21 tanesi ana gösterge olarak seçilmiştir. 2006 Ocak ayı sonunda sonuçlar yayınlanmış ve beş ana alanda toplam 21 gösterge belirlenmiştir (Işık, 2010). Bu ana alanlar:

- Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar
- Inoperatif ve Postoperatif Komplikasyonlar
- Sentinel (Beklenmedik) Olaylar
- Kadın Doğum ve Diğer Bakım Alanları.

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Göstergeleri

Sağlık hizmetleri alanında, tıbbi tedaviler ve hasta sonuçlarındaki farklılıkları açıklayacak ve hasta bakımının kalitesini sürekli olarak iyileştirme çabalarına yardım edecek; teoriye dayalı, güvenilir ve geçerli "yönetsel uygulamalar ve örgütsel süreçler" ölçeklerine büyük ihtiyaç vardır (Kaya, 2009).

Dünyada çeşitli ülke kalite faaliyetleri, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmalar, ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmektedir. Kalite sisteminin önemli bir parametresi olan göstergeler, ortak bir analiz dili oluşturması nedeni ile sağlık hizmetlerinde önemli bir görev üstlenmektedir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin farklı ihtiyaçları, öncelikleri ve beklentilerinin olması, uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yükler pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemine yönelmesine neden olmuştur

(Sağlık Bakanlığı, 2011). Türkiye'de hastanelerde performans ölçümü çalışmaları, Sağlık Bakanlığı tarafından "Kurumsal Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme Uygulamaları" adıyla yürütülmeye başlanmıştır. Ulusal ve özgün bir sistem olan, kalite uygulamaları, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından çalışmaları tamamlanarak 14.03.2020 tarihinde makam oluru ile yürürlüğe giren SKS Hastane' (Sürüm 6) doğrultusunda kamu, özel, üniversite tüm sağlık kurumlarını kapsayıcı biçimde sürdürülmektedir. Sağlık kurumları tarafından gösterge verilerinin analizi, sebeplerin incelenmesi ve çözüm yollarının uygulanması kalite arttırma çalışmalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesini sağlayan göstergeler, her kademedeki sağlık yöneticisi için önemli bir izleme aracıdır.

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Gösterge Kavramı

Gösterge, bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale gelmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan bir araçtır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Kalite göstergeleri iyileştirme süreçlerine odaklanmayı sağlar. Göstergeler çok iyi tanımlanmış, objektif, gerçek kaliteyi ölçebilen, bir sorun olduğunda az sayıda hasta bile olsa ortaya çıkaracak şekilde belirlenmelidir. Göstergeler güvenilir, tekrarlanabilen, esnek ve açık olmalıdır. Ayrıca göstergeler; standart tanımlamaları ya da protokolleri olan, kalite özelliklerini değerlendiren ve risk analizi yapabilen parametreler olmalıdır (Yetkin, 2013, AHRQ, 2013). Balard (2003)'a göre ideal göstergeler aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

- Kabul edilen tanımlara dayanmalı,
- Özel ve ayrıntılı tanımlanmalı,
- Yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olmalı, yani yanlış pozitifliği ve yanlış negatifliği az olmalı,

- Geçerli ve güvenilir olmalı,
- Ayrımcılığı iyi olmalı,
- Kullanıcılar için kolayca tanımlanabilir olaylar ile ilgili olmalı,
- Yararlı karşılaştırmalar yapmaya izin vermeli,
- Kanıta dayalı olmalıdır.

Göstergeler; performans ölçümü ve kalite iyileştirme amacı ile kullanılan en önemli araçlardır. Göstergelerin sağlık kurumuna sağladığı yararlar aşağıda sıralanmıştır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2015b, s:3):

- Hizmet kalitesinin ölçülmesi,
- Konuyla ilgili yönetimsel başarının ortaya konması,
- Üzerinde çalışma yapılan bölümle ilgili başarı veya başarısızlık trendinin tespiti,
- Bölümler arasında kıyaslama yapma imkânı,
- Kurumlarda ve süreçlerde iyileştirmeye ilişkin planlamalar yapılması,
- İleriye dönük politikalar oluşturulması,
- Hesap verebilirlik.

Kalite göstergeleri, bakımın yapı, süreç ve çıktısıyla ilgili olan ölçülebilir parametrelerdir. Bu göstergeler ilgili bölümlerdeki sorunu gösterebildiği gibi verilen hizmetin iyi kalitede olup olmadığını da gösterebilmektedir (Maike ve ark., 2013, s:557).

Sağlıkta kalite ile ilgili ilk ölçümler Florence Nightingale zamanına dayanmaktadır. Nightingale Kırım Savaşı sırasında İngiliz saha hastanelerindeki

ölüm oranını İngiliz Parlamentosunda sunarak sağlık hizmetinin ölçülmesi yönünde ilk adımları atmıştır (Scobie ve ark., 2006, s:51). Sağlıkta kalite ölçümlerine en büyük katkıyı 1960'lı yıllarda Donabedian yapmıştır. Donabedian sağlıkta yapı, süreç ve çıktı ölçümleri arasındaki farklılığa açıklık getirmiştir. 20. Yüzyıla gelindiğinde Batalden ve Nelson skor kartları ve panolar (dashboard) kullanarak işletmelerin çeşitli alanlarının süreç ve çıktı ölçümleri ile değerlendirmesini sağlık sektöründe uygulamışlardır (Varkey ve Antonio, 2010).

Sağlık hizmetlerinin mevcut sistemin bakım kalitesini artıracak şekilde yeniden yapılandırılması gerektiğine dair endişeler 2000 yılında hız kazanmaya başlamış ve başta Amerika ve Avrupa ülkeleri olmak üzere pek çok ülkede sağlıkta kalite göstergelerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır (Işık, 2010).

Gordon ve Deming, özellikle süreç temelli göstergeler üzerinde durmuştur. Gordon (1999), hastanelerde iyi tasarlanmış ve geliştirilmiş süreçlerin hasta memnuniyetini dolayısı ile kaliteyi artıracağını ifade etmiştir. Hizmetin üretildiği süreçte eş zamanlı olarak tüketilmesi ve müşterinin hizmet sürecinin içinde olması, süreç performansının önemini ve etkisini artırmaktadır (aktaran; Pakdil, 2007). Gordon, sağlık hizmetlerinde süreç performansı ile ilgili izlenebilecek bazı göstergeler belirlemiştir (Çizelge 1.4).

Çizelge 1.4. Süreç performans göstergeleri (Gordon, 1999, aktaran; Pakdil, 2007).

Yatak Doluluk Oranı	Yanlış Teşhis Oranı	Fiili Yatak Sayısı
Yatak Devir Süresi	Toplam Poliklinik Sayısı	Personel/Fiili Yatak Sayısı
Ortalama Günlük Hasta Sayısı	Acil Servis Başvuru Sayısı	Personel/Dolu Yatak Sayısı
Ortalama Kalış Süresi	Yıllık Yatan Hasta Sayısı	Personel/Yatan Hasta Sayısı
Ortalama Hasta Bekleme Süresi	Toplam Yatılan Gün Sayısı	Personel/Hasta Günü Sayısı
Ortalama Ameliyat Süresi	Günlük/Aylık/Yıllık Poliklinik Sayısı	Personel/Teorik Hasta Günü Sayısı
Ortalama Muayene Süresi	Günlük/Aylık/Yıllık Poliklinik Bazlı Tetkik Sayısı	Doktor Başına Düşen Poliklinik Hasta Sayısı
		Hemşire Başına Düşen Poliklinik Hasta Sayısı

Deming tarafından sağlık hizmetlerinin süreç temelli performans göstergeleri Çizelge 1.5'te verilmiştir.

Çizelge 1.5. Sağlıkta süreç temelli performans göstergeleri (Deming, 1996, aktaran; Pakdil, 2007).

Eksik Tıbbi Kayıt Sayısı	Kan Nakli Sayısı
Kan Nakli Tepki Sayısı	İstenen ve Yapılmayan Tetkik Sayıları
Ortalama Hastanede Kalma Süresi	Röntgen Sayısı
EEG, EKG Sayısı	Laboratuvar Hataları Sayısı
Laboratuvarda Yeniden İşlem Oranı	Son Kullanma Tarihi Geçmiş Malzemeler

Sağlık hizmetlerinde tanımlanmış ve izlenmeye başlanmış kalite göstergelerinden bazıları aşağıda verilmiştir (Akalın, 2002):

- Hastane Mortalite Hızı
- Hastanede Kalış Süresi
- Hastaneye Tekrar Yatış Hızı
- Hastane Enfeksiyon Hızı
- Beklenmeyen, Tekrarlanan Cerrahi Girişim Sayısı
- Sezaryen Hızı
- Acil Servise Geri Dönen Hasta Sayısı
- Çocuk Hastaların Acil Serviste 6 Saatten Fazla Kalanların Sayısı.

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Gösterge Yönetimi ve İzlenmesi

Sağlık hizmetlerinde göstergeler, hastanelerde ölçüm sistematiği ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip ederek kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturmak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla izlenmektedir (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2015a, s:385).

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2015b) kalite iyileştirme faaliyetleri kapsamında, gösterge izleminde yerine getirilmesi gereken basamaklar Çizelge 1.6.'da sıralanmıştır.

Çizelge 1.6. Gösterge izlemi basamakları (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2015b).

1	• Ölçülecek Göstergelerin Belirlenmesi
2	• Sorumluların Belirlenmesi
3	• Gösterge İzlem Sürecinin Gözden Geçirilmesi
4	• Alt Göstergelerin Belirlenmesi
5	• Veri Toplama Yönteminin Belirlenmesi
6	• Analiz ve Veri Toplama Periyodunun Belirlenmesi
7	• İlgili Personelin Eğitilmesi
8	• Veri Toplama
9	• Verilerin Sonuçlara Dönüştürülmesi
10	• Sonuçların Analizi ve Yorumlanması
11	• Hedef Değerin Belirlenmesi
12	• İyileştirme Çalışmalarının Gerekliliğinin Gözden Geçirilmesi
13	• Gerekli İse İyileştirme Çalışmalarına Başlanması
14	• Gösterge İzlem Sürecinin Gözden Geçirilmesi

Gösterge yönetiminde ilk adım kurumda ölçülecek göstergelerin belirlenmesi ve her bir gösterge için kart hazırlanmasıdır. Gösterge kartı göstergenin kimlik kartıdır ve göstergeye izlenebilirlik kazandırmaktadır. Sağlık Bakanlığı Gösterge Yönetiminde her gösterge kartında bulunması zorunlu alanlar kırmızı renkte gösterilmiştir. Diğer alanlara ihtiyari olarak yer verilebilmektedir. Zorunlu ve ihtiyari alanlar Şekil 1.2'de verilmiştir. Tanım ve gerekçe açık, sade ve herkes tarafından anlaşılabilir olmasının gerektiği belirtilmiştir.



Şekil 1.2. Örnek gösterge kartı (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2015b).

Her göstergenin sorumlusu ayrı ayrı belirlenmektedir. Sorumlu kişilerin konunun önemini bilmesi ve doğru verileri göndermeleri çok önemlidir. Göstergenin özelliğine ve ihtiyaca göre belirlenen sorumlular; verilerin toplanmasından analizine, düzeltici-önleyici faaliyetlerin planlanmasına kadar göstergeye ait tüm süreçlerde aktif görev almak durumundadır. Sorumluların sürece hakim, nitelikli kişiler

arasından seçilmesi önemlidir. Örneğin bası yarası oranını takip edecek sorumluların; yoğun bakım birim kalite sorumlusu, kalite birimi çalışanları, hasta güvenliği komitesi üyeleri ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarından seçilmesinin gerektiği belirtilmiştir.

Analiz için kullanılan formül, hesaplama yöntemi güvenilir, açık ve net olmalıdır. Hesaplama yöntemi gösterge kartında yer alan değiştirilemez parametrelerden biridir. Kişilere ve kurumlara göre değiştirilemez. Veriler ölçülebilen sayısal veriler olmalı ve hesaplama yöntemi tek olmalıdır. Her gösterge için ulusal bir hesaplama yöntemi kullanılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Ölçüm sonrası iyileştirme faaliyetlerinde geriye dönük kök neden analizi yapabilmek ve ek bilgiye, veriye ulaşabilmek için her kurum kendi özelliğine göre ve öncelik ve ihtiyaçlarını gözeterek kuruma özgü alt göstergeler belirlenmelidir.

Ölçme ve iyileştirme çalışmalarının en kritik aşamalarından biri hedeflerin belirlenmesidir. Hastanenin kalite yolculuğunun rotasını belirleyecek olan bu hedef değer; kurumun özelliğine göre, kurum tarafından belirlenmesi gereken, hastanenin ya da hizmet verilen birimin özelliğine göre değişebilen bir parametredir. Hedef değeri belirlemek için, kurumun mevcut durumunun bilinmesi önemlidir. Mevcut durum bilinmeden, hedef ortaya konulamaz. Mevcut durumun doğru biçimde belirlenebilmesi için, kayıtlar incelenmeli, veriler gözden geçirilmeli, alt yapı (personel, bilgi yönetim sistemi vb.) durumu değerlendirilmelidir. Kurumlar hedeflerini belirlerken literatürü ya da belirlenmiş ulusal ya da uluslararası değerleri de inceleyebilirler. Bu bilgiler ile tespit edilen mevcut durum verileri ışığında kuruma özgü ve gerçekçi bir hedef değer belirlenmelidir. Hedef değer göstergelere göre "0"sıfır ya da %100 gibi tam ve nihai değerler olabilir. Örneğin "Çalışanlar arasında sağlık taramalarının tamamlanma oranı" için hedef %100 olarak belirlenebilir. Kurum belirlediği hedef değere ulaştığında bir sonraki dönem için daha üst hedef değer belirleyebilir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Verilerin toplanacağı kaynakların belirlenmesinde kurumun koşullarına uygun veri toplama yöntemi kullanılmalıdır. Bildirimler ya da elektronik kayıtlar kullanılabilir. Verilerin toplanması ve analizi belli periyotlarda yapılmalıdır. Bu periyotların belirlenmesinde uyulması gereken genel kurallar bulunmaktadır. Veri toplama periyodu bir ayı geçmemeli; veri analizi ise en geç üç ayda bir yapılmalıdır. Belirtilen bu süreler maksimum sürelerdir. Kurumlar kendi uygulamalarına göre veriyi oluştuğu anda toplayarak bu işlemi sürekli hale getirebilir. Burada önemli olan gösterge kartında belirlenen veri toplama ve analiz periyotlarına sadık kalınmasıdır. Böylece yapılacak kıyaslama ve analizlerin doğru yorumlanması sağlanabilir. Bu süreçte veri kalitesi çok önemlidir. Elektronik bilgi sistemi uyumu ve ilgili personelin uyumu gerekmektedir. Veriyi toplayan personel gerekli eğitimi almış olmalı ve bu konuda hassasiyet göstermelidir.

Analiz sonuçları üst yönetim, ilgili bölüm sorumluları, kalite yönetim birimi, ilgili komite sorumluları ile birlikte değerlendirilir. Belirlenmiş olan hedef ile kıyaslama yapılır; neden burada olunduğu, neler yapılması gerektiği ve sürdürülebilirliği tartışılarak iyileştirme faaliyetleri planlanır. Elde edilen analiz sonuçları ile hedef değer karşılaştırılarak hedefin neresinde olduğu belirlenir. Eğer sonuçlar olumsuz yönde hedef değerden bir sapma gösteriyorsa sapmaya neden olan durumları ortaya çıkarmak için kök neden analizi yapılmayarak, olumsuz sonucun düzeltilmesi için gerekli faaliyetler planlanmalıdır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2015b).

Gösterge takibi ile gerçekleştirilen performans ölçümü ve kalite iyileştirme faaliyetlerine ilişkin önemli konular aşağıda verilmiştir (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2015b, s:13);

- Veri kalitesi sistemin en önemli parametrelerindendir. Elde edilen veriler doğru değil ise, analiz ve değerlendirmeler yanlış kararların alınmasına yol açabilir. Veri kalitesinin sağlanmasına için gerekli sistem kurulmalı, yeterli ve doğru kayıt için çalışanların uyumu artırılmalı, bu amaçla personele mutlaka eğitimler verilmelidir.

- Ölçme ve değerlendirme sürecinde hastane bilgi yönetim sisteminden faydalanılmalıdır. Elektronik sistemin aktif olarak kullanılması veri toplamayı kolaylaştıracak ve doğru bilgi elde etmeyi sağlayacaktır.

- Gösterge sonuçlarının ve tüm sürecin ilgili sağlık personeli ile paylaşılması önem arz etmektedir. Gerektiğinde sonuçlar ilgili personelle birlikte analiz edilerek çözüm önerileri ortaya konulmalı ve çalışanların sürece dahil olması sağlanmalıdır. Bu tutum, hem bildirime tabi hata ya da güvenliği tehdit eden olay bildirim kültürünün oluşması hem de sorunlara yönelik uygulanabilir, akılcı çözümlerin ortaya konulabilmesi adına katkı sağlayacaktır.

- Gösterge sonuçları, yöneticilere ve çalışanlara ipucu verir; fikir verir ya da kararlarını destekler. Veri kalitesi ne kadar iyi ise o derece gerçeğe yakın bilgi verecektir. Ancak her zaman gerçek resmi gösteremeyebileceği, sonucun mutlaka başka bilgi ve verilerle birlikte değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

- Kalite çalışmalarında gelişimin sağlanması kadar gelişimin sürdürülebilirliği de önemlidir. Hedefe ulaşma noktasında yapılan çalışmalara ara verilmesi sürece yönelik çalışmaların sekteye uğramasına neden olacaktır. Bu nedenle veri toplama, analiz ve iyileştirme çalışmalarının sürekliliği önem arz etmektedir.

Sağlık Bakanlığı, kalite ölçüm kültürünün yerleştirilmesi, bu alanda birikimin geliştirilmesi, belirlenmiş konularda izlenirliğin sağlanması ile kurum içinde iyileştirme ve geliştirme çalışmalarını desteklemek amacıyla Hastane Kalite Standartları (HKS) setinde İndikatör Yönetimi boyutunu oluşturmuştur. HKS Türkiye'de hastanelerin gösterge yönetimi süreci ile tanışmasını sağlamıştır. Hastanelerin kendilerini ve birbirlerini kıyaslayabilecekleri bir web tabanlı bir platform olan "Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi" (SİYÖS) geliştirilmiştir. Başlangıçta 7 göstergenin yer aldığı bu çalışma 10 Eylül 2012 tarihinde 19 hastanede başlatılmıştır. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından 7 Mart

2013 tarihinde düzenlenen 2.Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi Çalıştayı'nda hastane yetkilisi katılımcıların sunumu üzerinden 7 gösterge ile ilgili hastane sonuçları, analizler ve saha deneyimleri paylaşılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013c).

1.3.3. Türkiye'deki Hastanelerde Kalite Göstergelerinin Kullanımı

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde kalite çalışmaları 1998 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yönetim Hizmetleri Daire Başkanlığı'na bağlı olarak Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü'nün kurulması ile başlamıştır. Kalite Şubesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin toplam kalite yönetimi anlayışı ile yürütülmesine ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla 2001 tarihinde "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi" yayımlanmıştır. Çalışmalarda ülkenin kendi yapısına, sosyo-kültürel seviyesine, ekonomik durumuna, örf, adet ve geleneklerine uygun kriterler esas alınmıştır.

Türkiye'de, kamu kurumlarında başlatılan yeniden yapılandırma anlayışı doğrultusunda Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık alanında özellikle hastanelerin Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'ne hazırlanması sürecinde önemli adımlar atılmıştır. Türkiye'ye özgü performansa dayalı ek ödeme sistemi 2003 yılında geliştirilmiş, ardından 2005 yılında sürekli kalite gelişimini sağlamaya yönelik Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi yayınlanarak çalışmalara kalite boyutu eklenmiştir (Kuş, 2012). Yönerge kapsamında değerlendirilen dört ana kriterden biri olan "Kalite Geliştirme Kriterleri" JCI Akreditasyon Standartları esas alınarak hazırlanmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim, süreçlerin değerlendirilmesi, hizmet alt yapısı, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçülmesine dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerini kapsayan "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" 2007 yılında yayınlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı kurumsal yapılanma sürecinde 2007 yılında Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığını kurmuştur. Aynı yıl "Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Formu" eşliğinde hastanelerde standart kalite uygulamalarına başlamıştır. Sağlık Bakanlığı (2005) Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi'nde daha çok sağlık kuruluşlarının alt yapısına ilişkin kriterlere ağırlık verilerek, doküman ağırlıklı denetim yapılırken, Sağlık Bakanlığı (2008) Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi ile daha çok hizmet sunumu ve hasta bakımına yönelik kriterler önem kazanmıştır. Denetimlerde dokümantasyonun sisteminin oluşturulmasının yanı sıra uygulamalar ve bunların sürdürülebilir olması değerlendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından geliştirilen göstergelerin temel özelliği hastaneleri kendi sınıfları arasında ve zaman içindeki gelişimi üzerinden değerlendirmesidir. Sağlık Bakanlığı hedef ve politikaları paralelinde kurumlar için tıbbi ve idari göstergeler hedef olarak belirlenmiştir. Bu hedefler doğrultusunda klinik ve finansal göstergeleri içeren 10 kurum verimlilik göstergesi aşağıda verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Klinik Göstergeler:

- Sezaryen Oranı
- Günlük Cerrah Başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı
- Günlük Ameliyat Masası Başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı

Finans Göstergeleri:

- Toplam Borcun Toplam Gelire Oranı
- Toplam Giderin Toplam Gelire Oranı
- Personel Gideri Destekleme Oranı

Faaliyet Göstergeleri:

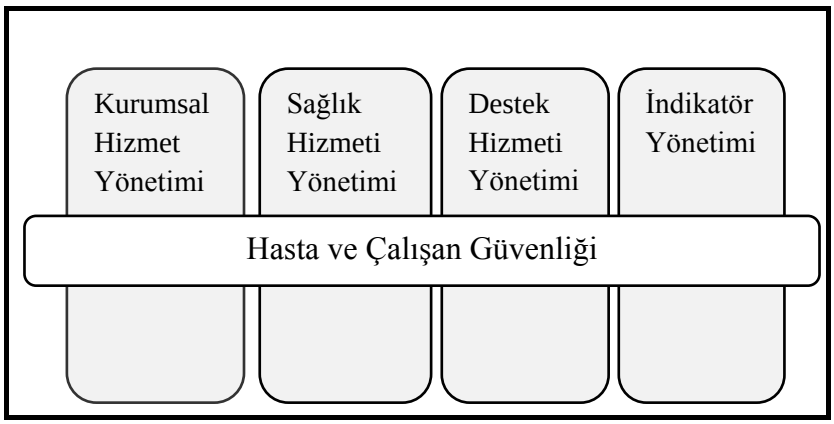
– Yatak Doluluk Oranı

– Ortalama Kalış Gün ve Sayısı

– Yatak Hasta Oranı

– Yeni Performans Takip Sistemine Veri Giriş Puanı.

Sağlık Bakanlığı tarafından 01/03/2011 tarih ve 9489 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" kapsamında 2005 yılında hazırlanan 100 sorudan oluşan ve 2008 yılında Hizmet Kalite Standartları adını alan sette etkinlik, nitelik ve de uygulanabilirlik açısından büyük bir gelişim sergilenmiştir. SKS Hastane Seti üzerinde, 2005, 2007, 2008 ve en son 2011 yılında geniş çaplı revizyonlar gerçekleştirilmiştir. Hastane Kalite Standartları Seti (Versiyon-4) hizmet standardizasyonunda sağlık kurumlarını kamu, özel, üniversite olarak ayırmadan kapsayacak biçimde 5 boyuttan oluşan bir modelde hazırlanmıştır. Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Destek Hizmetleri Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği bulunmaktadır (Şekil 1.3) (Sağlık Bakanlığı, 2011).



Şekil 1.3. Sağlık Bakanlığı hizmet kalite standartları boyutlandırma sistemi (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlık Bakanlığı (2011) Hastane Kalite Standartları (Versiyon-4) İndikatör Yönetimi boyutunda aşağıdaki 19 gösterge belirlenmiştir. Bunlar:

1. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları
2. Kan Ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışanlar
3. Yoğun Bakım Mortalite Oranları
4. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranları
5. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızları
6. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızları
7. Düşen Hasta Oranı
8. Sezaryen Oranı
9. Ameliyat Masası Kullanım Oranı
10. Yoğun Bakımda Tekrar Yatış Oranları
11. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı
12. Bir Başka Sağlık Merkezine Sevk Edilen Hasta Sayısı, Oranı ve Teşhis Dağılımı
13. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri
14. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi
15. Sitolojik ve Patolojik Tanı Arasındaki Uyum Değerlendirilmeli ve Uyum Oranları
16. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı

17. Eksiksiz Doldurulan Hasta Dosyası Oranı

18. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı

19. Cerrahi Profilakside Antibiyotiklerin Doğru Kullanım Oranlarıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yayınladığı Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane'de (Versiyon-4) 'İndikatör Yönetimi' boyutunda izlenmesi gereken 19 gösterge mevcut iken, 2015 yılında yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane'de (Versiyon-5) 'İndikatör Yönetimi', 'Gösterge Yönetimi' olarak Türkçeleştirilmiş ve yeni olarak Klinik Göstergeler eklenmiştir. Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler başlıkları altında 116 adet zorunlu, 34 adet opsiyonel olmak üzere toplam 150 gösterge bulunmaktadır. Sağlıkta kalite sisteminin önemli bir parametresi olan göstergeler, ölçüm sistematiği ve kültürünün geliştirilmesi ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergelerin takip edilmesi sureti ile kıyaslama ve işbirliği imkanları oluşturarak, kalitenin geliştirilmesine önemli katkı sağlamaktadır. Göstergelerin ana hedefleri aşağıda sıralanmıştır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Başkanlığı, 2015a):

– Hasta Güvenliği

– Etkinlik

– Hasta Odaklılık

– Verimlilik

– Sağlıklı Çalışma Yaşamı

– Uygunluk

– Süreklilik

– Zamanlılık

– Etkililik

– Hakkaniyet.

1.3.3.1. Bölüm Bazlı Göstergeler

Bölüm bazlı göstergelerin amacı Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane bölümlerine yönelik kalite göstergeleri vasıtası ile bu bölümlere ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır. Bölümler ve bölümlere ilişkin kurum tarafından takip edilmesi gereken göstergeler aşağıda verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015a, s:389-393).

Kalite Yönetimi (1 Gösterge):

– Düzenleyici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı

Acil Durum Yönetimi (4 Gösterge):

– Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı

– Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı

– Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı

– Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi

Eğitim Yönetimi (2 Gösterge):

– Personelin Eğitimlere Katılma Oranı

– Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı

Hasta Deneyimi (1 Gösterge):

– Hasta Memnuniyet Oranı

Sağlıklı Çalışma Yaşamı (8 Gösterge):

– Çalışan Memnuniyet Oranı

– Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı

– Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı

– Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı

– Personel Devir Hızı

– Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı

– Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı

– Hemşire Bölüm Değiştirme Oranı

Hasta Bakımı (2 Gösterge):

– Düşen Hasta Oranı

– Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı (OPSİYONEL)

İlaç Yönetimi (1 Gösterge):

– İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı

Enfeksiyonların Önlenmesi (7 Gösterge):

– El Hijyeni Uyumu

– Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu

– Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu

– Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay

– Umblikal Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları

– Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı

– Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı

Transfüzyon Hizmetleri (1 Gösterge):

– İmha Edilen Kan Miktarı

Radyasyon Güvenliği (2 Gösterge):

– Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı

– Tekrarlayan Çekim Sayısı

Acil Servis (4 Gösterge):

– Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı

– Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi

– Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi

– Hasta Sevk Oranı

Ameliyathane (3 Gösterge):

– Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı (OPSİYONEL)

– Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranları

– Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı (OPSİYONEL)

Yoğun Bakım Ünitesi (3 Gösterge):

– Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı

– Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı

– Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (1 Gösterge):

– Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı

Doğum Hizmetleri (6 Gösterge):

– Sezaryen Oranı

– Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı

– Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisinin Uygulanma Oranı

– Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı

– Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı

– Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı (OPSİYONEL)

Diyaliz Hizmetleri (3 Gösterge):

– Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı

– Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V veya URR Değeri 1.2'den Düşük Olan Hasta Oranı

– Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V veya URR Değeri1.7' den Düşük Hasta Oranı

Biyokimya Laboratuvarı (5 Gösterge):

– Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı

– Kaybolan Numune Oranı

– İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı

– Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı

– Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı

Mikrobiyoloji Laboratuvarı (8 Gösterge):

– Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı

– Kaybolan Numune Oranı

– Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı (OPSİYONEL)

– İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı Kod Gösterge

– İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı

– Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı

– Kan Kültürlerinde Direkt Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı (OPSİYONEL)

– Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı

Patoloji Laboratuvarı (3 Gösterge):

– Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı

– Kaybolan Numune Oranı

– Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı

Bilgi Yönetim Sistemi (2 Gösterge):

– Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi

– HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre

Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri (1 Gösterge):

– Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı

1.3.3.2. Klinik Göstergeler

Klinik göstergelerin amacı ülke öncelikleri ve hastalık yükleri dikkate alınarak belirlenen sağlık olgularına yönelik kalite göstergeleri vasıtasıyla, bu sağlık olgularına ilişkin hizmet süreçlerinin ve hizmetin sonucunda elde edilen klinik

çıktıların, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2015a, s:395-399). Göstergeler aşağıda verilmiştir.

Koroner Arter Hastalığı (17 Gösterge):

- İlk Başvuruda LDL Ölçümü Yapılan KAH Tanısı Almış Hasta Oranı (OPSİYONEL)
- Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Koroner Arter Hastası Oranı (OPSİYONEL)
- Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan Hasta Oranı (OPSİYONEL)
- Koroner Anjiografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan Hasta Oranı
- Koroner Anjiografi Yapılan Hasta Oranı
- Koroner Anjioplasti Yapılan Hasta Oranı
- Koroner Anjiografi Yapılan Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı (OPSİYONEL)
- By-Pass Cerrahisi Uygulama Oranı
- Koroner Reanjiografi Uygulama Oranı
- KAH Tanılı Hastalarda Miyokard Enfarktüsü Görülme Oranı
- By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı
- By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı
- Bypass İşleminde Otolog Damarların Kullanılma Oran
- AMİ'da Vaka Gelişinde Aspirin Verilmesi (OPSİYONEL)
- AMİ'da Hastaneye Varış İtibariyle 30 Dakika İçinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı (OPSİYONEL)

– AMİ'da Hastaneye Varış İtibariyle 90 Dakika İçinde Primer

– Perkütan Koroner Girişim (PCI) Uygulanma Oranı (OPSİYONEL)

– AMİ Vaka Ölüm Oranı (OPSİYONEL)

Kalça Kırığı (2 Gösterge):

– Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan "Kalça Kırığı Cerrahisi" Oranı

– Kalça Kırığı mortalite oranı

Artroplasti (Diz ve Kalça Eklemi) (14 Gösterge):

– Dislokasyon Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı

– Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 12 Ay)

– Reoperasyon Gereken Hasta Oranı (İlk 2 Ay)

– Ortalama Kalış Gün Sayısı Gösterge

– Revizyon Cerrahisi Gereken Hasta Oranı (İlk 12 Ay)

– Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilme Oranı

– İlk 2 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı

– İlk 12 Ayda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı

– Anti-trombotik İlaç Verilen Hasta Oranı

– Hasta Çıkışında Anti-trombotik İlaç Reçete Edilen Hasta Oranı

– Derin Ven Trombozu Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı

– Pulmoner Emboli Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı

–Sinir Hasarı Oranı

– Damar Hasarı Oranı

Diyabetes Mellitus (20 Gösterge):

– HbA1c Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

– Yılda En Az 4 Kez HbA1c Ölçümü Yapılan Hasta Oranı

– Son Ölçülen HbA1c ≥%9 Olan Hasta Oranı

– Son Ölçülen HbA1c ≤ 7 Olan Hasta Oranı

– Son HbA1c Düzeyi % 7-9 Arasında Olan Hasta Oranı

– İncelenen Dönemde Eğitim Alan Hasta Oranı (OPSİYONEL)

– Vücut Kitle İndeksi Hesaplanan Hasta Oranı (OPSİYONEL)

– LDL Kolesterol Ölçümü Yapılan Hasta Oranı (OPSİYONEL)

– LDL Kolesterol Düzeyi <100 Mg/dl Olan Hasta Oranı (OPSİYONEL)

– Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı(Komplikasyonsuz)

– Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Akut Komplikasyonlar)

– DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Ölçülen Hasta Oranı (OPSİYONEL)

– DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Son Ölçüm Değeri 130/80Altında Olan Hasta Oranı (OPSİYONEL)

– DM Tanılı Hastalarda Tütün Kullanım Oranı (OPSİYONEL)

– Nefropati Taraması Amacı ile Mikroalbuminüri Ölçümü Yapılan Hasta Oranı (OPSİYONEL)

– Diyabet Nedeni ile Gelişmiş Böbrek Hastalığı Bulunan Hasta Oranı (OPSİYONEL)

– Göz Muayenesi Yapılan Hasta Oranı

– Alt Ekstremite Amputasyon Oranı

– Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Kronik Komplikasyonlar)

– Ayak Muayenesi Yapılan Hasta Oranı

İnme (19 Gösterge):

– Hastaneye Ambulans ile Ulaşım Oranı

– Geçici İskemik Atak Tanısı Alan Hastaların Hastaneye Yatış Oranı

– İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme için Transözofagiyal Ekokardiyografi (TEE) Yapılma Oranı (OPSİYONEL)

– İskemik İnme Tanılı Hastalara Etiyolojik İnceleme için Karotis-Vertebral Doppler Ultrasonografi (USG) Yapılma Oranı (OPSİYONEL)

– İntravenöz Trombolitik Tedavi Uygulama Oranı

– İntravenöz Trombolitik Tedavi ile İlişkili Tedavi Sonrası İlk 24Saatte Hemoraji Komplikasyonu Gelişme Oranı

– İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Uygulanma Oranı

– İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi / Trombektomi Tedavisi Sonrasında İlk 24 Saatte Hemorojik Komplikasyon Gelişme Oranı

– Dekompresif Cerrahi Uygulanma Oranı

– Rehabilitasyona Erken Başlama Oranı

– İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Pulmoner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı

– İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Üriner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı

– İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Bası Ülseri Komplikasyonunun Gelişme Oranı

– İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Derin Ven Trombozu Komplikasyonunun Gelişme Oranı

– İnme Sonrası Hastanede Düşen Hasta Oranı (OPSİYONEL)

– İnme Tanısı Alan Hastalarda Taburculuk Sonrası 1 Yıl İçinde Tekrar İnme Geçirilme Oranı (OPSİYONEL)

– "INR" Değeri Takip Edilen Hasta Oranı

– İnme Sonrası 1 Yıl İçinde "Karotis Endarterektomi" Yapılma Oranı (OPSİYONEL)

– İnme Sonrası 1 Yıl İçinde "Supra-aortik Stent" Yapılma Oranı

Katarakt Operasyonu (10 Gösterge):

– Operasyon Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı

– Operasyon Sonrası Bir Günden Fazla Yatan Hasta Sayısı / Operasyon Sonrası Yatan Hasta Sayısı

– Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Enfeksiyon Gelişme Oranı

- Operasyon Sonrası Bir-Üç Ay İçinde Enfeksiyon Gelişme Oranı (OPSİYONEL)
- Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Glakom Gelişme Oranı (OPSİYONEL)
- Operasyon Sonrası Bir-Üç Ay İçinde Glakom Gelişme Oranı (OPSİYONEL)
- Operasyon Sonrası Bir Ay İçinde Gerçekleştirilen Reoperasyon Oranı
- Operasyon Sonrası Altı Ay İçinde Yeniden Katarakt Gelişme Oranı (OPSİYONEL)
- Operasyon Sonrası Bir Yıl İçinde Gelişen Dekolman Sıklığı (OPSİYONEL)
- Katarakt Operasyonu Sonrası 15 Gün İçerisinde Kontrole Gelen Hasta Oranı (OPSİYONEL)

1.3.4. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Kalite Göstergelerinin Kullanımı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde (Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi) Eylül 2006'da Joint Commision International (JCI) Hastane Akreditasyon Standartlarının edinilmesine yönelik "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Hizmetleri Süreçlerinin Uluslararası Kredilendirme Koşullarına Uygun Olarak Tasarımı ve Uygulanması Projesi" ile kalite çalışmalarına başlanmıştır. Çalışmalar çerçevesinde kurum için toplam 57 performans göstergesi belirlenmiştir. Kalite Birim Sorumlusu ile yapılan görüşmede süreç içerisinde bu sayıların azaltıldığı ve toplam 17 göstergeye dönüştürüldüğü belirtilmiştir. Göstergeler aşağıda verilmiştir:

- Tekrarlanan Laboratuvar Tetkikleri Oranı
- Tekrarlanan Radyoloji Tetkikleri Oranı

– Uygun Olmayan Profilaktik Antibiyotik Kullanım Oranı

– Antibiyogram ve Kullanılan Antibiyotik Uyum Oranı

– Anesteziyi Aldıktan İtibaren 24 Saat İçinde Anestezi Kaynaklı Ölüm Oranı

– Yanlış Kan Transfüzyonu Oranı

– Klinik Kaynaklı Kan ve Kan Ürünleri İmha Oranı

– Kan Merkezi Kaynaklı Kan ve Kan Ürünleri İmha Oranı

– Yoğun Bakımda Üriner Katater Takılan Hastalarda Enfeksiyon Oranı

– Yoğun Bakımda Santral Venöz Katater Takılan Hastalarda Enfeksiyon Oranı

– Yoğun Bakımda Ventilatörle İlişkili Pnömoni Hızı

– Cerrahi Alan Enfeksiyon Oranı

– Yoğun Bakım Enfeksiyon İnsidans Hızı

– Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Kliniklerden Zamanında İstatistik Birimine Gönderilmeme Oranı

– Ortalama Yatış Süresi

– Yatak Doluluk Oranı

– En Sık Görülen 5 Hastalık Tanısındaki Hasta Oranları

Hastanenin Patoloji Laboratuvarı Kalite Sorumlusu ile yapılan görüşmede ruhsatlandırma süreci gereği aşağıda yer alan göstergelerin de takip edildiği ifade edilmiştir:

– Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı

– Patoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı

– Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı

– Boya Kalitesi.

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (2011) ve Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik (2015) gereği, tıp fakültesi hastanelerindeki kalite çalışmaları; üst yönetim, hastane müdürlüğü, başhemşirelik, oluşturulan komiteler ve bölüm kalite sorumluları ile etkileşim halinde mevzuat doğrultusunda sürdürülmekte olup, gösterge yönetiminde yer alan göstergelerin izlenmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir.

Bu araştırmanın amacı Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Hastane Kalite Standartları Seti içerisindeki Gösterge Yönetimi boyutunda yer alan göstergelerin izlenmesine yönelik verilerinin toplanması, Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen hesaplama yöntemiyle ölçüm yapılması, elde edilen sonuçların ülke ve dünya örnekleri ile karşılaştırılmasıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, araştırma örneklemi, veri toplama aracı ve araştırma tasarımı hakkında bilgi verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı Sağlık Bakanlığı'nın ulusal kalite sistemi çalışmaları kapsamındaki "Hastane Kalite Standartları Seti" (Versiyon-4) içerisindeki "İndikatör Yönetimi" boyutunda yer alan göstergeler kullanılarak bir üniversite hastanesinde hizmet kalitesinin objektif olarak ölçülmesidir. Literatürde yer alan araştırmalarda sadece müşteri tatminine dayalı algılanan (subjektif) hizmet kalitesi ölçümü yapıldığı ve bunun eksik sonuçlar vereceği yönünde görüşler bulunmaktadır (Özalp,1996).

Üniversite hastaneleri kurumsal yapısı ve işleyişi itibarı ile kamu ve özel sağlık işletmelerinden farklıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından tüm hastaneleri kapsayan kalite çalışmaları çerçevesinde belirlenmiş ulusal gösterge verilerinin toplanması, veriler üzerinde Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen hesaplama yöntemiyle ölçüm yapılması, gösterge yönetimi hedef belirleme sürecinde kullanılmak üzere veri tabanı oluşturmak, ülke ve dünya örnekleri ile kıyaslama ve işbirliği imkanları oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Araştırmada bu amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara da yanıt aranmıştır:

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri diğer hastaneler, Sağlık Bakanlığı ve uluslararası hedefleri ile uyuşmakta mıdır?
- Hedeflere ulaşmak için neler yapılmaktadır?
- Göstergelerin izlenmesinin sürdürülebilirliği nasıl sağlamalıdır?

2.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetlerinde 1980'li yıllarda öne çıkan yeniden yapılanma anlayışı, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri, hizmet sunumundan kaynaklanan hata ve yetersizliklerin doğurabileceği ciddi sonuçlar, kalite kavramının önemini artırmıştır (Çiçek ve ark., 2006). Sağlık kurumlarında çevresel baskılara yanıt vermek, rekabette üstünlük sağlamak, önemli değişimleri sağlamak, maliyetleri düşürmek ve verimliliği artırmak amacıyla performans ölçümü ve kalite geliştirme çalışmaları başlatılmıştır (Uslu ve Aydın, 2007). Aydın (2007), sağlık çalışanlarını motive etmek, onların daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için de ölçülebilir hizmet tanımlamalarının yapılması zorunluluğu üzerinde durmaktadır.

Sağlık kurumları ve hastanelerde performansın değerlendirilmesinde kullanılabilecek birbirinden çok farklı model ve ölçüm sistemleri geliştirilmiştir. Sağlık sektöründe özellikle de hastanelerde kalite iyileştirme ve performans ölçümü için standart bir ölçüm yöntemi bulunmamaktadır (Esatoğlu, 2007, s:359).

Cumhuriyetin ilk üniversitesi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ulusal kalite sistemi göstergeleri ile kurumsal bir kalite değerlendirilmesi yapılması, bu alanda veri tabanı oluşturulmasına ve konunun ülke genelinde aynı düzey hastaneler ile kıyaslama yapılabilmesine katkı sağlayacak olması araştırmaya ayrı bir önem kazandırmaktadır. Araştırma sonucunda analizlerle elde edilen ölçüm sonuçları yorumlanarak yapılacak düzenlemeler, hastanenin hizmet kalitesini artırmada yönetime bir olanak sağlayacaktır.

2.3. Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel, prospektif yöntem kullanılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Veriler hastanenin tüm birimlerinden üç ay süre ile ileriye yönelik (prospektif) olarak toplanmıştır.

2.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde 01.06.2013-31.08.2013 tarihleri arasında gerekli yazılı izinler (Ek 1) alınmak suretiyle gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süresi 1 ay ve analiz periyodu 3 ay olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan maksimum süre doğrultusunda planlanmıştır. Araştırma verileri olarak; Hastane Bilgi Yönetim Sistemi verileri, İstatistik Birimi verileri, Kalite Birimine yapılan İstenmeyen Olay Bildirim Formları, İnsan Kaynakları Birimi verileri, Çalışan Sağlığı Birimine yapılan bildirimler, Hastaneler Başhemşirelikleri verileri ve Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesince hazırlanan sürveyans raporları kullanılmıştır.

2.4.1. Kurumun Özellikleri

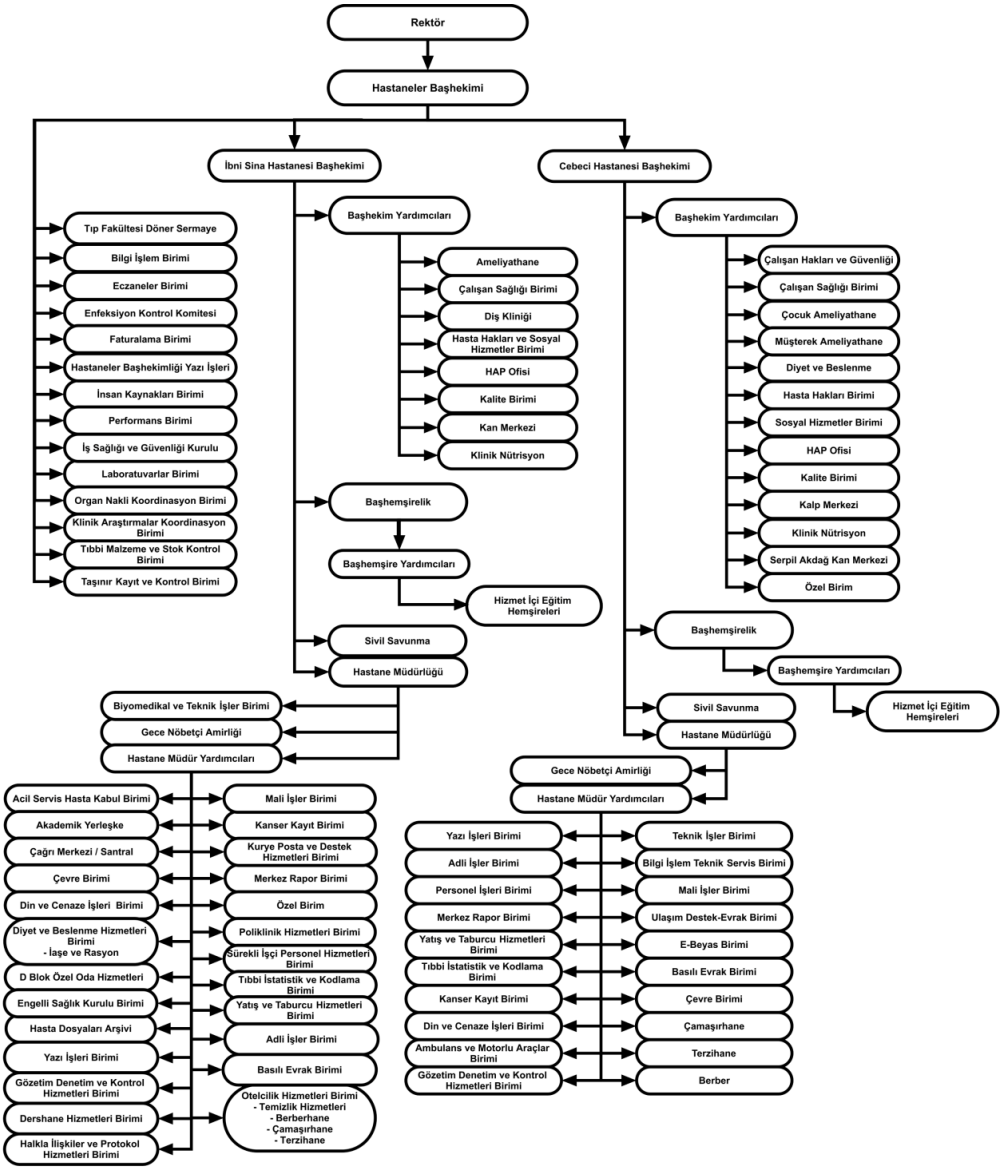
2.4.1.1. Tarihçe

Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Atatürk'ün emriyle kurulan Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk hastanesidir. 19 Ekim 1945 tarihinde Cebeci Gülhane Hastanesi Konferans Salonunda törenle açılmış, Tıp Fakültesi kendi binalarını oluşturana kadar Numune Hastanesi ve Cebeci Gülhane Askeri Hastanesi binalarından yararlanmıştır. İbni Sina Hastanesi'nin 13 Mart 1985 tarihinde Sıhhiye Kampüsü içinde 22 klinikle faaliyete geçmesi ile Tıp Fakültesi Hastaneleri olarak hizmet sunumuna devam etmektedir.

2.4.1.2. Yönetim ve Organizasyon Yapısı

Ankara Üniversitesi Senatosu tarafından 16.10.2012 tarihinde kabul edilen "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Yönergesi"ne göre Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Organları; Hastaneler Yönetim Kurulu, Hastaneler Başhekimi, Birim Sorumluları, Hastaneler Eşgüdüm Kurulu'ndan oluşur. Hastaneler Yönetim Kurulu; Rektör veya görevlendireceği Rektör Yardımcısı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı, Hastaneler Başhekimi, Hastaneler Başhekim Yardımcısı, Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Başhekimi, Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi Başhekimi, Döner Sermaye İşletme Müdürü, Rektörün atayacağı Mali/Hukuk Koordinatörlerinden oluşur.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Yönetimi; Rektör, Hastaneler Başhekimi, Cebeci Hastanesi Başhekimi, İbni Sina Hastanesi Başhekimi, Birim Sorumluları, Cebeci Hastanesi Hastane Müdürlüğü, İbni Sina Hastanesi Hastane Müdürlüğü, Cebeci Hastanesi Başhemşireliği ve İbni Sina Hastanesi Başhemşireliği'nden oluşmaktadır (Şekil 2.1). Hastaneler Başhekimi; Rektör tarafından görevlendirilen Tıp Fakültesi hastanelerinin tıbbi, idari ve mali hizmetlerini koordine eden, rektöre karşı sorumlu olan en üst yöneticidir. Başhekim; Rektör tarafından görevlendirilen Tıp Fakültesi Hastanesinin her iki hastanesinin başhekimidir. Birim Sorumlusu; Tıp Fakültesi Hastanelerinin eşgüdüm içinde çalışmasını sağlayacak faturalama, performans, satın alma, bilgi işlem gibi alanların Hastaneler Başhekimine karşı sorumlu olan yöneticisidir (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, 2015).



Şekil 2.1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri yönetim organizasyon şeması (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, 2015).

2.4.1.3. Fiziki Yapı ve Hizmet Sunumu

2.4.1.3.1. Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Toplam 1.085 yatak kapasiteli Cebeci Hastanesinin en belirgin özelliği geniş yeşil alanlar arasında yatay yerleşim göstermesidir. 1900'lü yılların başında askeri

amaçlı inşa edilen hastane bugün 114.000 m² alan üzerinde, irili ufaklı 36 binada hizmet vermektedir. Başhekimlik binası ve arkasında U biçiminde yer alan binalar, 2005 yılında Kültür ve Turizm Bakanlığı Ankara Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Bölge Kurulu tarafından "Koruma Alanı" olarak belirlenmiştir. Türkiye'nin önde gelen üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından biri olan ve Türkiye'nin her bölgesinden hasta talebini karşılayan Cebeci Hastanesinde; son teknoloji görüntüleme ve tıbbi cihazlar ile yılda yaklaşık 500.000 poliklinik hastasına ve 30.000 yatan hastaya hizmet verilmektedir. 25 ameliyat odasında yılda ortalama 40.000 ameliyat gerçekleştirilmektedir. 2013 yılı sonunda modern mimari yapısı ve tıbbi donanımı ile hizmete giren Çocuk Hastanesi'nde hasta ve aile odaklı bütüncül yataklı tedavi, poliklinik ve laboratuvar hizmetleri yanında 3. Basamak 20 yataklı Çocuk Yoğun Bakım, 3. Basamak 30 yataklı Yeni Doğan Yoğun Bakım ve 24 saat acil sağlık hizmeti sunulmaktadır (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, 2019). Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi yoğun bakım üniteleri yatak sayıları ve tescil düzeyleri Çizelge 2.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.1. Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi yoğun bakım üniteleri (2013).

Yoğun Bakım Üniteleri	**Tescil Düzeyi**	**Tescilli Yatak Sayısı**	**Tescilsiz Yatak Sayısı**	**Toplam Yatak Sayısı**
Yenidoğan Yoğun Bakım (Küvöz)	3. Seviye	20		**20**
Çocuk Yoğun Bakım	3. Seviye	6		**6**
KVC Yoğun Bakım	3. Seviye	15	6	**21**
Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım	2. Seviye	8		**8**
Cerrahi Yoğun Bakım	2. Seviye	10		**10**
Çocuk Cerrahisi Yoğun Bakım	1. Seviye	5		**5**
Koroner Yoğun Bakım	1. Seviye	6		**6**

2.4.1.3.2. İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi

İbni Sina Hastanesi, Cebeci Hastanesinden farklı olarak dikey yerleşim planına sahiptir. Toplam 902 yatak ile A-B-C-D olmak üzere dört blokta hizmet vermektedir. Yılda ortalama 400.000 poliklinik hastasına hizmet verilmektedir. Merkez ameliyathanede bulunan 26 ameliyat masasında günde yaklaşık 80-100 ameliyat yapılmaktadır. İbni Sina Hastanesi Merkez Laboratuarı Türkiye'nin en büyük

monoblok laboratuarı olup 24 saat hizmet vermektedir, preanalitik otomasyon sistemiyle de yılda yaklaşık 6 milyon test yapılabilmektedir (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, 2019). İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi yoğun bakım üniteleri yatak sayıları ve tescil düzeyleri Çizelge 2.2'de verilmiştir.

Çizelge 2.2. İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi yoğun bakım üniteleri (2013).

Yoğun Bakım Üniteleri	**Tescil Düzeyi**	**Tescilli Yatak Sayısı**	**Tescilsiz Yatak Sayısı**	**Toplam Yatak Sayısı**
Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım	3. Seviye	11		**11**
	2. Seviye	8		**8**
Kardiyoloji Yoğun Bakım	1. Seviye	7		**7**
	2. Seviye	8		**8**
Nöroloji Yoğun Bakım	1. Seviye	7		**7**
	2. Seviye	7		**7**
Genel Cerrahi Yoğun Bakım	1. Seviye	20		**20**
Göğüs Cerrahisi Yoğun Bakım	1. Seviye	10		**10**
İç Hastalıkları Yoğun Bakım	-		6	**6**
Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım	-		23	**23**

İbni Sina Hastanesi yerleşkesinde bulunan Erişkin Acil Servis 2006 yılında yenilenerek Türkiye'nin en büyük Acil Servisi olma özelliğinde olup, yılda yaklaşık 30.000 hastaya ayaktan ve yatarak tedavi hizmeti vermektedir. Hastaların tüm değerlendirilmeleri, laboratuar ve radyolojik (ultrasonografi, tomografi, manyetik rezonans, röntgen vb.) incelemeleri ve gerektiğinde cerrahi girişimleri Acil Servis içerisinde yapılmaktadır.

Erişkin Hemodiyaliz Ünitesinde 35 cihaz ile yılda 1500 hastaya 12.000 seansın üzerinde Hemodiyaliz ve CAPD (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi) Ünitesinde de halen günde 60-80 hastaya kronik periton diyalizi uygulanmaktadır. Pediatrik hastalar için hemodiyaliz hizmeti Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Hastanesi Periton-Hemodiyaliz Merkezinde verilmektedir.

Hematoloji Bilim Dalı Kemik İliği Transplantasyonu Ünitesi'nde yılda ortalama 75 hastaya kemik iliği transplantasyonu gerçekleştirilmektedir. Bu konuda

Tıp Fakültesi Hastaneleri bir referans merkez haline gelmiş olup, Avrupa Kemik İliği Transplantasyon Birliği'ne 117. Merkez olarak kabul edilmiştir.

Tıp Fakültesi Hastanelerinde 2011 Temmuz itibariyle PACS (Picture Archivingand Communications System) uygulanmaya başlanmış olup, bu sistem hastaların daha önce yaptırmış oldukları ultrason, röntgen, MR, BT, anjiyo gibi radyolojik tetkik sonuçlarının hekimi tarafından kişisel bilgisayarlarında görmelerine ve dolayısıyla hızlı tanı ve tedaviye olanak sağlamaktadır (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, 2015).

2.4.1.3.3. Kalite Koordinatörlüğü

Tıp Fakültesi Hastanelerini planlı bir şekilde hedeflerine ulaştırmak, maddi kaynakları ve insan kaynaklarını örgütlemek, bu kaynaklardan en iyi şekilde nasıl yararlanacağını belirlemek, üretim ve sunumda verimliliği ve kaliteyi ön planda tutmak ilkesiyle 2006 yılında akreditasyon çalışmalarına başlanmıştır (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, 2015).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde kalite çalışmaları, Kalite Koordinatörlüğü bünyesinde İbni Sina Hastanesinde bulunan ofiste, 2006 ve 2007 yıllarında birbirinin devamı niteliğinde iki Bilimsel Araştırma Projesi ile başlatılmıştır. 2006 yılında "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Sistemlerinin Uluslararası Kredilendirme (Akreditasyon) Koşulları Işığında Yeniden Yapılandırılması" projesi ile hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenilir bir hasta bakım ortamının sağlanması, hasta ve çalışanların risklerinin azaltılması, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının sürekliliğini sağlamak amaçlanmıştır. Proje kapsamında fakülte yönetim kadrosundan oluşan bir 'kalite konseyi', çeşitli birimlerinde görev alan akademik ve idari personelden oluşan 'eğitici ekip', 'form ekibi' ve komiteler oluşturulmuştur. Hasta ve organizasyon odaklı bu komiteler şunlardır;

Hasta Odaklı Komiteler: Bakıma Ulaşım ve Bakımın Sürekliliği, İlaç Yönetimi ve Kullanımı, Hasta ve Yakınlarının Eğitimi, Hasta ve Ailesinin Hakları, Hastaların Bakımı, Hastaların Değerlendirilmesi, Anestezi ve Cerrahi Bakım.

Organizasyon Odaklı Komiteler: Kalite Konseyi, Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği, Tesis Yönetimi ve Güvenlik, Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi, Bilgi Yönetimi, Çalışanların Niteliği ve Eğitimi.

Komite üyelerine, eğitici ekibe ve genel eğitimler verilmiştir. Eğitimlerin ardından, komiteler tarafından kendi sorumluluk alanlarıyla ilgili prosedür, talimat, süreç akışları ve formlar hazırlanmıştır. 2007 yılı Mayıs ayında ilk kalite projesinin devamı niteliğinde olan "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Hizmetleri Süreçlerinin Uluslararası Kredilendirme Koşullarına Uygun Olarak Tasarımı ve Uygulanması" projesi Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Müdürlüğü tarafından onaylanarak hazırlanan prosedür ve talimatlar hayata geçirilmiştir.

Kalite çalışmaları kapsamında hazırlanan dokümanların tüm çalışanlar tarafından ulaşılabilirliğini sağlamak amacı ile bilgi ve belge paylaşım sistemi yazılımı (QDMS) satın alınmış, belirlenen bir gruba kalite çalışmaları ve sonrasında otomasyon sistemi üzerinden doküman ve form hazırlanması, dağıtımı ve kontrolünü sağlayacak olan program ile ilgili eğitimler verilmiştir. QDMS sisteminde, onaylanan tüm doküman ve formlar, yayınlanma ve revizyon tarihleri, kim tarafından hazırladığı, gözden geçirdiği ve onaylandığı bilgilerine ulaşılmaktadır.

Tıp Fakültesi Hastaneleri, 2011 yılında Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi kapsamında geliştirilen Sağlıkta Kalite Standartları'nın hazırlığı sürecinde, 2016 yılında ise Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) tarafından geliştirilen Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın hazırlığı sürecinde pilot hastane olmuştur.

Kalite çalışmaları; Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (2011) ve Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik (2015) kapsamında üst yönetim, hastane müdürlüğü, başhemşirelik, oluşturulan komiteler ve bölüm kalite sorumluları ile etkileşim halinde sürdürülmektedir. Kalite çalışmalarının yerinde daha etkin ve verimli sürdürülebilmesi amacıyla 13.04.2017 tarihinde Cebeci Hastanesi Kalite Birimi kurulmuştur.

Kalite çalışmaları kapsamında yıllık olarak öz değerlendirmeler yapılmakta, değerlendirme sonuçlarına göre iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir. Tesis denetimleri gerçekleştirilmekte sağlık hizmeti verilen birimler ve tüm idari birimler fiziksel durum, yangın, tehlikeli maddeler, atık, depolama, güvenlik, teknik düzenlemeler vb. açısından düzenli olarak gözden geçirilmektedir. Ayrıca her iki hastane de Sağlık Bakanlığı Kalite ve Performans Daire Başkanlığı tarafından dış denetimlere tabi tutulmaktadır.

2.5. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerine başvuran, ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar ile her iki kampüste çalışan akademik ve idari personel üzerinden toplanan veriler oluşturmaktadır.

2.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada Sağlık Bakanlığı (2011) İndikatör Yönetimi boyutunda yer alan 19 gösterge içerisinden 15 göstergenin kullanılması planlanmıştır. Araştırmada kullanılan 15 ana gösterge ve 56 alt gösterge olmak üzere toplam 71 gösterge ile verilerin alındığı birimler Çizelge 2.3'te verilmiştir.

Çizelge 2.3. Araştırma göstergeleri ve veri kaynakları.

NO	ANA GÖSTERGE VE ALT GÖSTERGELERİ	VERİ KAYNAĞI
1	**Ameliyat Masası Kullanım Oranı**	HBYS
	1.1. Branş Bazında Ameliyat Masası Kullanım Oranları	
2	**Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı**	HBYS İstatistik Birimi
	2.1. Bölüm Bazında Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı	
3	**Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi**	HBYS
	3.1. Branş Bazında Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	
4	**Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı**	HBYS
	4.1. Tekrar Başvuran Hastalarda Tanı Dağılım Oranları	
	4.2. Tekrar Başvuran Hastaların Sorumlu Hekim Bazında Dağılımı	
	4.3. Tekrar Başvuran Hastalarda Konsültasyon Oranları	
	4.4. Tekrar Başvuran Hastaların İlk Başvuru Zamanı	
5	**Acil Servis Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri**	HBYS
	5.1. Müşahede Odasında 12 Saatten Fazla Yatan Hasta Oranı	
	5.2. 12 Saatten Fazla Yatan Hastaların Sorumlu Hekim Bazında Dağılımı	
6	**Düşen Hasta Oranı**	Kalite Birimi
	6.1. Düşen Hasta Sayısının Düşme Nedenine Göre Oransal Dağılımı	
	6.2. Düşen Hasta Sayısının Düşme Risk Skorlamasına Göre Dağılımı	
	6.3. Bölüm Bazında Düşen Hasta Oranı	
	6.4. Düşen Hasta Sayısının Düştüğü Yere Göre Oransal Dağılımı	
7	**Yoğun Bakım Mortalite Oranları**	HBYS İstatistik Birimi Yoğun Bakım Kayıt Defteri
	7.1. Ölen Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı	
	7.2. Ölen Hastaların Yaş Grubuna Göre Dağılımı	
	7.3. Yoğun Bakımda Yattıkları Gün Sayısına Göre Dağılımı	
	7.4. Yoğun Bakımlar Bazında Mortalite Oranları	
8	**Yoğun Bakımda Tekrar Yatış Oranları**	HBYS Yoğun Bakım Kayıt Defteri
	8.1. Taburcu/Sevk Saati ile Tekrar Yatış Arasında Geçen Süre Dağılımı	
	8.2. Tekrar Yatan Hastaların İlk Yatış Zamanı (Mesai içi, Mesai dışı)	
	8.3. Yoğun Bakım Bazında Tekrar Yatış Oranları	
	8.4. Tekrar Yatan Hastalarda Sorumlu Hekim Bazında Dağılım	
9	**Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranları**	Başhemşirelik
	9.1. Yoğun Bakımlar Bazında Bası Ülseri Oranları	
	9.2. Risk Değerlendirme Skoruna Göre Dağılımı	
	9.3. Bası Ülseri Oluşan Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı	
	9.4. Bası Ülseri Oluşan Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı	
	9.5. Bası Ülseri Oluşan Hastaların Yattığı Gün Sayısına Göre Dağılımı	
	9.6. Bası Ülserinin Oluştuğu Bölgeye Göre Dağılımı	
	9.7. Bası Ülserinin Dercesine Göre Dağılımı	
	9.8.Yoğun Bakımda Gelişen Bası Ülseri İyileşme Oranı	

Çizelge 2.3. Devam. Araştırma göstergeleri ve veri kaynakları

NO	ANA GÖSTERGE VE ALT GÖSTERGELERİ (DEVAM)	VERİ KAYNAĞI
10	**Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızları**	Enfeksiyon Kontrol Komitesi
	10.1. Cerrahi Bölümler Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızları	
	10.2. Cerrahi Alan Enfeksiyonların Bölge Dağılımı	
	10.3. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Etkenlere Göre Dağılımı	
	10.4. Cerrahi Alan Enfeksiyonu Gelişen Ameliyatlar	
11	**Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızları**	Enfeksiyon Kontrol Komitesi
	11.1.Yoğun Bakımlar Bazında Enfeksiyon Hızı	
	11.2. Yoğun Bakım Ünitelerinde İnvaziv Alet İlişkili Enfeksiyon Hızı	
	11.3. Yoğun Bakım Ünitelerinde Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı	
	11.4. Santral Venöz Katater İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı	
	11.5. Katater İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı	
12	**Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı**	İnsan Kaynakları Başhemşirelik
	12.1. Bölümü Değiştirilen Hemşirelerin Yaş Dağılımı	
	12.2. Bölümü Değiştirilen Hemşirelerin Çalıştığı Birim Dağılımı	
	12.3. Ayrılma Nedenlerine Göre Dağılımı	
	12.4. İdare Tarafından Bölümü Değiştirilen Hemşire Oranı	
	12.5. Kendi İsteği İle Bölümü Değiştirilen Hemşire Oranı	
	12.6. Sağlık Durumu Nedeniyle Bölümü Değiştirilen Hemşire Oranı	
	12.7. Eleman Eksikliği Nedeniyle Bölümü Değiştirilen Hemşire Oranı	
	12.8. Görevde Yükselme Nedeniyle Bölümü Değiştirilen Hemşire Oranı	
13	**Sezaryen Oranı**	HBYS İstatistik Birimi
	13.1. Hasta Yaşına Göre C/S Oranları	
	13.2. Hekim Bazında C/S Oranları	
14	**Kesici Delici Alet Yaralanmaları**	Çalışan Sağlığı Birimi
	14.1. Bölüm Bazında Kesici/Delici Alet İle Yaralanma Oranları	
	14.2. Kesici/Delici Alet Yaralanmasına Maruz Kalanların Mesleki Dağılımı	
	14.3. Kesici/Delici Alet Yaralanmasına Neden Olan Aletlerin Dağılımı	
	14.4. Kesici/Delici Alet Yaralanmalarında Yaralanma Bölgesi	
	14.5. Yaralanan Personelde Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Oranı	
	14.6. Kontamine Kesici/Delici Alet İle Yaralanma Oranı	
15	**Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışanlar**	Çalışan Sağlığı Birimi
	15.1. Bölüm Bazında Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	
	15.2. Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalan Çalışanların Mesleki Dağılımı	

Araştırmada, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Gösterge Yönetimi Rehberi doğrultusunda diğer hastane örnek alınarak araştırmacı tarafından uyarlanan gösterge kartları (Ek 2-Ek 16) ve veri toplama formları (Ek 17-Ek 31) kullanılmıştır. Gösterge kartlarında

bulunan hesaplama yöntemleri bölümünde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan hesaplama formülleri kullanılmıştır. Alt göstergeler, veri kaynağı, ilgili formlar ve sorumlu bölümleri ise kurumun koşullarına göre veriler etkili, kolay ve sistematik şekilde toplanabilecek biçimde araştırmacı tarafından uyarlanmıştır.

2.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada kullanılan veri toplama formları, gösterge kartlarında belirtilen sorumlulara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmelerle tanıtılmıştır. Veri toplama dönemi öncesi sorumlulara teslim edilen veri toplama formları ilgili ayın bitiminde araştırmacı tarafından toplanmıştır. Formlarda görülen eksiklikler sorumlular ile yüz yüze yapılan görüşmeler ile doğru biçimde tamamlanmıştır.

Hastanenin Bilgi Sistemi (HBS) Avicenna kullanılarak araştırmacı tarafından toplanacak veriler için Bilgi İşlem Birimi tarafından 3 farklı kullanıcı yetkisi tanımlanmıştır:

Cebeci Poliklinik Kullanıcı Yetkisi: Yoğun bakım ünitelerinin 'Yatan Hasta Liste'sinin alınmasında kullanılmıştır.

Acil Uç Servis Kullanıcı Yetkisi: Acil Servis Poliklinik 'Ayakta Hasta Listesi', hasta ön tanı ve kesin tanılarının alınmasında kullanılmıştır.

Ameliyathane Uç Kullanıcı Yetkisi: Aylık olarak A11-'Ameliyathane Bazında Ameliyat Süre İstatistiği' alınmasında kullanılmıştır.

2.7.1. Ameliyat Masası Kullanım Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Avicenna'da tanımlanan 'Ameliyathane Uç Kullanıcısı' yetkisi ile aylık olarak A11-'Ameliyathane Bazında Ameliyat Süre

İstatistiği (ABASİ)' alınmıştır. ABASİ'de Tıp Fakültesi Hastanelerinde hizmet sunulan tüm ameliyat masaları kodlarla tanımlanmaktadır. Araştırmacı tarafından bölüm ve kodlarına göre ameliyat odalarında gerçekleştirilen ameliyatların süreleri dakika olarak hesaplanarak ameliyat masası kullanım oranı veri toplama formuna (Ek 17) kaydedilmiştir.

2.7.2. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Cebeci Hastanesi İstatistik Birimi ve İbni Sina Hastanesi İstatistik Birimi tarafından aylık olarak doldurulan Yeni Hastane Bilgi Formları'ndan poliklinik oda sayıları ve uzman hekim sayıları bölüm bazında alınarak araştırmacı tarafından hekim başına düşen poliklinik odası veri toplama formuna (Ek 18) kaydedilmiştir. Hekim sayılarına, Kurum Yöneticileri (Rektör, Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Dekan, Dekan Yardımcıları, Anabilim/Bilim Dalı Başkanları), anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları, temel tıp bilimleri uzmanları ve pratisyen hekimler dahil edilmemiştir.

2.7.3. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi Göstergesi İçin Veri Toplanması

Bilgi İşlem Sorumlusu ile yüz yüze yapılan görüşme ile Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi Veri Toplama Formu (Ek 19) tanıtılmış ve gerekli veriler belirtilmiştir. Bilgi İşlem Birimi Sorumlusu tarafından ilişkisel veri tabanından (SQL) çekilen veriler ay sonunda mail yolu ile araştırmacıya iletilmiştir.

Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde erişkin acil servis hizmeti İbni Sina Hastanesi'nde verilmektedir. Konsültasyon istemleri acil servis hekimi tarafından HBYS üzerinden yapmaktadır; acil durumlarda ayrıca telefonla da doktora bilgi

verilmektedir. Konsültan hekim hasta başı değerlendirmesini tamamladıktan sonra HBYS'nde notunu yazarak konsültasyonu kapatmaktadır. Hekim tarafından kapatılmayan konsültasyonlar 'karşılanmayan konsültasyon' olarak sistemde görülmektedir. Konsültan hekim tarafından 'karşılanan konsültasyon' verileri çalışmaya dahil edilmiş, 'karşılanmayan konsültasyonlar' ise çıkartılmıştır.

2.7.4. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Araştırmacı tarafından HBYS Avicenna'da 'Acil Uç Kullanıcı' yetkisi ile '128-Acil Servis Poliklinik Ayakta Hasta Listesi' aylık alınarak, listede aynı ad ve soyada sahip hastalar belirlenmiş, protokol numaralarının kontrolü ile doğruluğu teyit edilmiştir. Söz konusu hastaların kabul saatleri incelenmiş 24 saat içerisinde tekrar başvuranlar veri toplama formuna (Ek 20) kaydedilmiştir. Hasta tanıları, 'Hasta Sonuçları/Raporları Takip' ekranından 'Anamnez-Rapor' sonuç tipinden hasta protokol numaraları ile sorgulanmış, poliklinik değerlendirme formu ve epikrizde yer alan ön tanı ya da kesin tanılar kaydedilmiştir.

2.7.5. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Araştırmacı tarafından HBYS Avicenna'da 'Acil Uç Kullanıcı' yetkisi ile Acil Serviste yatan hastaların günlük listeleri takip edilmiştir. Acil Servisten taburcu ve transfer olan hastaların bilgileri 'Hasta Sonuçları/Raporları Takip' ekranından hasta protokol numaraları ile sorgulanarak tek tek müşahede odasında yatan hastaların kalış süreleri oranı veri toplama formuna (Ek 21) kaydedilmiştir. Aylık hazırlanan veri toplama formları 'Kabul Edilen Hasta Listesi' ve 'Taburcu Hasta Listesi' ile karşılaştırılarak doğruluğu sağlanmıştır.

2.7.6. Düşen Hasta Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde gerçekleşen tüm düşme olayları Olay Bildirim Formu ile Kalite Koordinatörlüğü'ne bildirilmektedir. Araştırma döneminde Kalite Koordinatörlüğü'ne gönderilen tüm olay bildirim formları ilgili ayın sonunda araştırmacı tarafından incelenerek 'Düşme' olay bildirimleri düşen Hasta Oranı Veri Toplama Formuna (Ek 22) kaydedilmiştir.

2.7.7. Yoğun Bakım Mortalite Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Araştırmacı tarafından HBYS Avicenna'da 'Cebeci Poliklinik Kullanıcısı' yetkisi ile tüm yoğun bakım ünitelerinin günlük yatan hasta listeleri alınmıştır. Listede yer alan ölen hastalar Yoğun Bakım Mortalite Oranı Veri Toplama Formuna (Ek 23) günlük kaydedilmiştir. Hastanın yoğun bakıma yatış tarihi, yatış tanısı, sorumlu hekimi, ölüm nedeni, ölüm tarihine ilişkin bilgiler Hasta Epikriz ve Ölüm Belgesi kullanılarak araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. İlgili ayın sonunda veri toplama formu, yoğun bakım defteri ve Yatan Hasta Genel İstatistik Raporu ve İstatistik Birimi tarafından doldurulan Hastane Bilgi Formu ile verileri ile karşılaştırılarak doğrulukları sağlanmıştır.

2.7.8. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Araştırmacı tarafından HBYS Avicenna'da 'Cebeci Poliklinik Kullanıcısı' yetkisi ile günlük yatan hasta listeleri alınarak yatan, çıkan ve transfer edilen hastaların takibi yapılmıştır. Tekrar yatışı tespit edilen hastaların bilgi işlem numaraları ile 'yatan hasta takibi' ve hasta bazlı sorgulama yapılmış, tekrar yatışı tespit edilen hastalar Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Veri Toplama Formuna (Ek 24) kaydedilmiştir.

2.7.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Araştırmacı tarafından yoğun bakım ünitesinde Bası Ülseri Oranı Veri Toplama Formu (Ek 25), gösterge kartında sorumlu olarak tanımlanan Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hemşireleri ile yapılan yüz yüze görüşmeyle tanıtılmıştır. Gösterge kartında yer alan 'dikkat edilecek hususlar' bölümünün önemi anlatılmıştır. Tıp Fakültesi Hastanelerinde bası yaralarının önlenmesine yönelik kullanılan Waterlow Basınç Ülserinden Korunma/Tedavi Politikası formundan yararlanılmıştır. Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hemşireleri tarafından doldurulan veri toplama formları ilgili ayın sonunda araştırmacı tarafından teslim alınmıştır. Formlarda bulunan eksiklikler araştırmacı tarafından form teslim alınırken sorumlu ile yapılan yüz yüze görüşmelerde tamamlanmıştır.

2.7.10. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Araştırmacı tarafından Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Veri Toplama Formu (Ek 26), gösterge kartında sorumlu birim olarak tanımlanan Enfeksiyon Kontrol Komitesi Hemşireleri ile yapılan yüz yüze görüşmeyle tanıtılmıştır. Gösterge kartında yer alan 'dikkat edilecek hususlar' bölümünün önemi anlatılmış ve ilgili ayda cerrahi alan enfeksiyonu bulunmadığında formun mutlaka 0 (sıfır) olarak doldurulması gerektiği ifade edilmiştir. Enfeksiyon Kontrol Hemşireleri tarafından doldurulan veri toplama formları ilgili ayın sonunda araştırmacı tarafından teslim alınmıştır. Formlarda bulunan eksiklikler araştırmacı tarafından form teslim alınırken yapılan yüz yüze görüşmelerde tamamlanmıştır.

2.7.11. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Araştırmacı tarafından uyarlanan Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Veri Toplama Formu (Ek 27), gösterge kartında sorumlu birim olarak tanımlanan Enfeksiyon Kontrol Komitesi Hemşireleri ile yapılan yüz yüze görüşme ile tanıtılmıştır. Gösterge kartında yer alan 'dikkat edilecek hususlar' bölümünün önemi anlatılmıştır. Enfeksiyon Kontrol Hemşireleri tarafından doldurulan veri toplama formları ilgili ayın sonunda araştırmacı tarafından teslim alınmıştır. Formlardaki eksiklikler araştırmacı tarafından form teslim alınırken yapılan yüz yüze görüşmelerde tamamlanmıştır.

2.7.12. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Araştırmacı tarafından Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Veri Toplama Formu (Ek 28), gösterge kartında sorumlu olarak tanımlanan Cebeci Hastanesi Başhemşireliği ve İbni Sina Hastanesi Başhemşireliği ile yüz yüze görüşmeyle tanıtılmıştır. Sebebi her ne olursa olsun bölüm değiştiren hemşirelerin ilgili form aracılığı ile kayıt altına alınması; ilgili ayda bölüm değiştiren hemşire olmazsa formun mutlaka 0 (sıfır) olarak doldurulması; hemşirelik mesleğini en az 1 ay süreyle aktif olarak icra eden çalışanların dahil edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Aktif çalışan hemşire sayıları araştırmacı tarafından Cebeci Hastanesi İstatistik Birimi ve İbni Sina Hastanesi İstatistik Birimi tarafından doldurulan aylık Yeni Hastane Bilgi Formları'ndan alınarak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

2.7.13. Sezaryen Oranı Göstergesi İçin Veri Toplanması

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Cebeci Hastanesi kampüsünde hizmet vermektedir. İstatistik Birim Sorumlusu tarafından Classification of Diseases

(ICD) 080 Normal Doğum ve 082 Sezaryen kodlu hastaların listeleri HBYS'den alınarak aylık olarak Sezaryen Oranı Veri Toplama Formuna (Ek 29) kaydedilmiştir. Hastanın yaşı ve sorumlu hekimi araştırmacı tarafından Avicenna'da hasta bazlı sorgulama yapılarak tamamlanmıştır. Aylık Bölümden taburcu olan aylık hasta listesi ile karşılaştırılarak doğruluğu sağlanmıştır.

2.7.14. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Göstergesi İçin Veri Toplanması

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde kesici delici alet ile yaralanması durumunda 'Çalışan Sağlığı Prosedürü' uygulanmaktadır. Kazalar, yaralanan veya ilgili birim sorumlusu tarafından standart 'İş Kazası Bildirim Formu' aracılığıyla en geç 24 saat içerisinde Çalışan Sağlığı Birimi'ne bildirilmektedir. Eğer kaza kesici delici alet yaralanması ve enfekte materyalle olmuşsa, kişi ilgili birim sorumlusu tarafından 'Personel Yaralanmaları Bildirim ve Takip Talimatı'na uygun olarak Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniğine yönlendirilmektedir. Tüm bildirimlerde, Çalışan Sağlığı Birimi tarafından 'Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Kan ve Vücut ile Temas ve İğne Batmalı Yaralanmalar Bildirim ve Takip Formu' doldurulmaktadır. Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusundan aylık olarak toplanan bu formlardaki bilgiler araştırmacı tarafından kesici delici alet yaralanmaları veri toplama formuna (Ek 30) aktarılmıştır.

2.7.15. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışanlar Göstergesi İçin Veri Toplanması

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde kan ve vücut sıvılarına maruz kalma durumunda 'Çalışan Sağlığı Prosedürü' uygulanmaktadır. Maruziyetler, çalışan veya ilgili birim sorumlusu tarafından standart 'İş Kazası Bildirim Formu' aracılığıyla en geç 24 saat içerisinde Çalışan Sağlığı Birimi'ne bildirilmektedir. Çalışan Sağlığı Birimi tarafından 'Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Kan ve Vücut ile Temas ve İğne Batmalı Yaralanmalar Bildirim ve Takip Formu'

doldurulmaktadır. Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusundan aylık olarak toplanan bu formlarda yer alan bilgiler araştırmacı tarafından kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışanlar veri toplama formuna (Ek 31) aktarılmıştır.

2.8. Verilerin Analizi

Araştırmada, Sağlık Bakanlığı (2011) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Gösterge Yönetimi Rehberi ve diğer hastane örnekleri doğrultusunda araştırmacı tarafından uyarlanan veri analiz formları (Ek 32-Ek 46) kullanılmıştır. Veri analizinde gösterge kartlarında yer alan (Ek 2-Ek 16) hesaplama yöntemleri kullanılmış olup, tamamı Çizelge 2.2.'de verilmiştir.

Çizelge 2.4. Göstergelerin hesaplama yöntemleri (Sağlık Bakanlığı, 2011).

GÖSTERGE	HESAPLAMA YÖNTEMİ
Ameliyat Masası Kullanım Oranı	İlgili ayda her bir ameliyat masası için; (İlgili masada gerçekleştirilen ameliyatların toplam süresi/ Toplam mesai saati-nöbet hariç) ×100
Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı	İlgili ayda; (Toplam poliklinik oda sayısı /Aktif çalışan klinisyen uzman hekim sayısı) ×100
Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi	İlgili ayda; (Konsültan/icapçı hekimlerin ulaşma süreleri toplamı/ Konsültasyon istem sayısı)
Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı	İlgili ayda; (Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvuran hasta sayısı /Acil servise başvuran hasta sayısı) × 100
Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri	İlgili ayda; (Müşahede odasında yatan hastaların toplam kalış süreleri /Müşahede odasında yatan toplam hasta sayısı) × 100
Düşen Hasta Oranı	İlgili ayda; (Yatışı yapılan hastalarda düşen hasta sayısı/İlgili ayda yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x 100

Çizelge 2.4. Devam. Göstergelerin hesaplama yöntemleri (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	İlgili ayda ünitede; (Ölen hasta sayısı/Taburcu edilen+ölen+sevk edilen hasta sayısı) x 100
Yoğun Bakım Ünitesi Tekrar Yatış Oranı	İlgili ayda her ünite için; (Taburcu ya da kliniğe sevk edildikten sonraki ilk 48 saatte tekrar yatışı yapılan hasta sayısı/İlgili ayda taburcu ya da sevk edilen toplam hasta sayısı)x100
Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı	İlgili ayda ilgili yoğun bakım ünitesinde; (Toplam bası ülseri gelişen hasta sayısı/Toplam yatan hasta sayısı) ×100
Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı	İlgili ayda; (Cerrahi alan enfeksiyonu sayısı /cerrahi girişim geçiren hastalarda yatılan gün sayısı) x 1000
Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Hızı	İlgili ayda; (Yoğun bakımda yatan hastalarda enfeksiyon oluşan hasta sayısı /ilgili ayda yoğun bakımda yatan toplam hasta sayısı) ×100
Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı	İlgili ayda; (Bölüm değiştiren hemşire sayısı /Toplam hemşire sayısı) ×100
Sezaryen Oranı	İlgili ayda; (Toplam Sezaryen Sayısı/Toplam Doğum Sayısı) x100
Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı	İlgili ayda; (Toplam kesici/delici alet yaralanma sayısı/Toplam çalışan sayısı) x100
Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalma Oranı	İlgili ayda; (Toplam kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı/Toplam çalışan sayısı) x100

Ameliyat masası kullanım oranı hesaplamasında gösterge kartında belirtildiği gibi ilgili aydaki mesai saatleri dışındaki nöbetler, tatil ve hafta sonu günleri çıkartılarak aylık toplam mesai saatleri bulunmuş ve analizlerde bu süreler kullanılmıştır;

- Haziran ayı mesai saati: 20 iş günü × 8 (1 günlük mesai saati) = 160 saat,
- Temmuz ayı mesai saati: 23 iş günü × 8 (1 günlük mesai saati) = 184 saat,
- Ağustos ayı mesai saati: 18,5 iş günü (7 Ağustos arife günü-yarım gün-, 8-9 Ağustos Ramazan Bayramı, 30 Ağustos Zafer Bayramı) × 8 (1 günlük mesai saati) = 148 saattir.

Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Hızı alt göstergelerinin hesaplanması;

Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu (SKİ-KDE) Hızı: (SKİ-KDE/SK Günü)x1000.

Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu (ÜKİ-ÜSE Hızı): (ÜKİ-ÜSE sayısı/ÜK günü)x1000.

Ventilatör İlişkili Pnömoni (VİP) Hızı: (VİP/ Ventilatör Günü)x1000.

Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimin acil servise ulaşma süresinin hesaplanmasında 1.886 adet karşılanan hasta başı konsültasyon değerlendirilmiştir. Aşağıda verilen Çizelge 2.3'te acil servis sorumlu hekimi tarafından istenen hasta başı konsültasyon sayısı, istenen konsültasyonlardan karşılanan ve karşılanmayanların sayılarının aylara göre dağılımı gösterilmiştir. Acil servisten konsültasyon için bölüm polikliniklerine gönderilen hasta konsültasyonları değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

Çizelge 2.5. Karşılanan-karşılanmayan konsültasyon sayıları.

AYLAR	Karşılanan Konsültasyon Sayısı	Karşılanmayan Konsültasyon Sayısı	Toplam Konsültasyon Sayısı
Haziran	680	109	789
Temmuz	633	111	744
Ağustos	573	110	683

2.9. Araştırmanın Varsayımları

Araştırma kapsamında araştırmacı tarafından Hastane Bilgi Sisteminden alınan verilerin (hasta bilgileri, hasta başvuru-taburcu/transfer zamanı, konsültasyon isteme-karşılanma saatleri, ameliyat başlama-bitiş saatleri vb.) veri girişlerinin doğru olduğu varsayılmıştır. Bildirime tabi göstergelerden 'Düşen Hasta Oranı' ve 'Kan ve Vücut

Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışanlar' göstergelerinde sadece beyan edilen bildirimler esas alınmış, beyan edilmeyen düşme vakası olmadığı varsayılmıştır.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma 2013 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastaneler için geçerli olan Sağlık Bakanlığı (2011) Hizmet Kalite Standartları İndikatör Yönetimi boyutunda yer alan 15 gösterge ile sınırlıdır. Araştırmada sadece 15 göstergenin kullanılmasının nedeni, Ankara Üniversitesi Hastanelerinden diğer 4 gösterge için sağlıklı veri alınamayacağına ilişkin kurumsal yönetim düzeyinde önceden bilgi alınmış olmasıdır. Araştırmada kapsam dışı bırakılan göstergeler aşağıda verilmiştir:

- Eksiksiz Doldurulan Hasta Dosyası Oranı
- Bir Başka Sağlık Merkezine Sevk Edilen Hasta Sayısı Oranı ve Teşhis Dağılımı
- Sitolojik ve Patolojik Tanı Arasındaki Uyum Oranları
- Cerrahi Profilakside Antibiyotiklerin Doğru Kullanım Oranları.

Yatay yerleşke özelliğine sahip Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Merkezi Hasta Dosyası Arşivin bulunmaması, hastalara her bölümde ayrı hasta dosyası açılması ve birimler arası uygulama birliği bulunmaması nedeniyle 'Eksiksiz Doldurulan Hasta Dosyası Oranı' göstergesi takip edilememiştir.

Tıp Fakültesi Hastaneleri'nin 3. basamak üniversite hastanesi olması nedeniyle başka hastanelere hasta sevki yapılmadığı aylık Hastane Bilgi Formlarından da teyid edilmiştir. Bu nedenle 'Bir Başka Sağlık Merkezine Sevk Edilen Hasta Sayısı Oranı ve Teşhis Dağılımı' göstergesi araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Patoloji Anabilim Dalı'nın 'Sitolojik ve Patolojik Tanı Arasındaki Uyum Oranları' ölçülebilmesine ilişkin girişimlerde bulunulmuş olmasına rağmen, Hastane Bilgi Yönetim Sisteminde buna yönelik düzenleme sağlanamamış olması nedeni ile aylık yaklaşık 3.000 numunenin kabul edildiği laboratuarda bu verinin manuel takibinin mümkün olamamasından dolayı, gösterge araştırmanın dışında bırakılmıştır.

Hekim başına düşen poliklinik odası oranı hesaplamasında, gösterge gereği olarak poliklinik odası sayısı kullanılmaktadır. Bu nedenle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde görev yapan öğretim üyelerinin kendi odalarında ya da öğretim üyeleri katında bulunan muayene odalarında yapmakta oldukları özel muayeneler bu gösterge kapsamında değerlendirilememiştir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde araştırmanın yapıldığı tarihlerde bu göstergeler ilk kez ve manuel olarak ölçüleceğinden, gösterge kartında belirtilen sorumlu çalışanlar için önemli bir işyükü oluşturacağından dolayı araştırma dönemi 3 aylık bir dönem olarak planlanabilmiştir. Araştırma döneminin personelin yıllık izin dönemi olan Haziran-Temmuz-Ağustos aylarını kapsamış olması; ameliyat sayıları, hemşirelerin bölüm değiştirme oranı, tetkik ve raporlama süreçlerinin uzaması nedeni ile yatış sürelerine ilişkin gösterge sonuçlarını etkilemiş olabilir.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulgularına yer verilmiştir.

3.1. Ameliyat Masası Kullanım Oranı Gösterge Bulguları

Ameliyet masası kullanım oranı bulguları sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak amacıyla uygulamaya konulan hizmet kalite standartları gösterge yönetimi doğrultusunda, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde 01.06.2013-31.08.2013 tarihleri arasındaki ameliyat masası kullanımlarının değerlendirilmesi ile ortaya çıkarılmıştır. Çalışmada kliniklerin ameliyat masalarını kullanım süreleri çalışma gün ve saatine göre (masa kullanım saati/mesai saati) değerlendirilmiştir. Nöbetler ve mesai saati dışında gerçekleştirilen ameliyatlar, göstergenin hesaplanmasında kapsam dışı tutulmuştur.

Ameliyat masası kullanım oranının %100 çıkması, ilgili masada gerçekleştirilen ameliyatların toplamının toplam mesai saatine eşit olması demektir. Sonucun %100'ün üstüne çıkması ameliyat masasının fazla kullanımını; %100'ün altına inmesi ise ameliyat masasının az kullanımını göstermektedir.

Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ameliyat masalarını kullanan 12 cerrahi kliniği kapsamaktadır;

- Kardiyoloji (4 masa)
- Çocuk Cerrahisi (2 masa)
- Göğüs Cerrahisi (3 masa)
- Genel Cerrahi (8 masa)
- Göz Hastalıkları (3 masa)

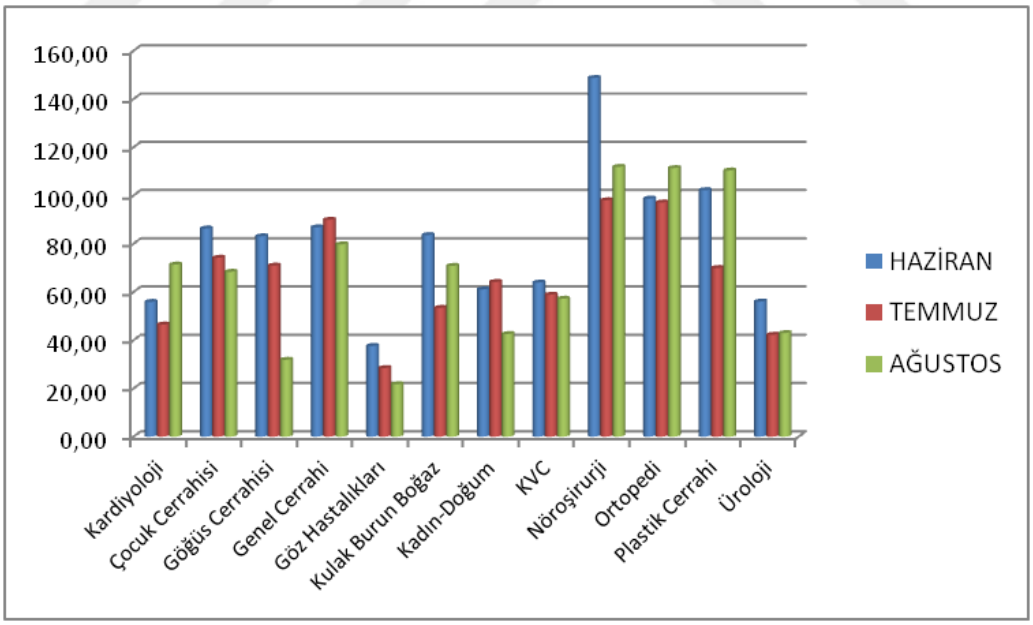
- Kulak Burun Boğaz (4 masa)
- Kadın Hastalıkları ve Doğum (5 masa)
- Kalp ve Damar Cerrahisi (4 masa)
- Nöroşirurji (4 masa)
- Ortopedi (5 masa)
- Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi (3 masa)
- Üroloji (4 masa)

Araştırma kapsamında, Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde bulunan 49 ameliyat odasında ayda ortalama 2.526 olmak üzere üç aylık dönemde toplam 7.578 ameliyatın yapıldığı saptanmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemdeki ameliyat masası kullanım oranı, tüm ameliyathaneler için %71.58 bulunmuştur. Klinik branşlara ve aylara göre ameliyat masası kullanım oranları Çizelge 3.1'de gösterilmiştir. Kliniklere göre ameliyat masası kullanım oranları; Kardiyoloji kliniği için %57.88, Çocuk Cerrahisi kliniği için %76.25, Göğüs Cerrahisi kliniği için %61.93, Genel Cerrahi kliniği için %85.45, Göz kliniği için %29.25, Kulak Burun Boğaz kliniği için %69.25, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği için %55.92, Kalp ve Damar Cerrahisi kliniği için %59.96, Nöroşirurji kliniği için %119.50, Ortopedi kliniği için %102.36, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi kliniği için %94.13, Üroloji kliniği için %47.06 olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.1. Ameliyat masası kullanım oranları (%).

KLİNİKLER	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	Dönem Ortalaması
Kardiyoloji	55,87	46,44	71,32	**57,88**
Çocuk Cerrahisi	86,29	74,14	68,33	**76,25**
Göğüs Cerrahisi	83,05	70,90	31,85	**61,93**
Genel Cerrahi	86,74	89,89	79,73	**85,45**
Göz Hastalıkları	37,59	28,44	21,72	**29,25**
Kulak Burun Boğaz	83,58	53,37	70,79	**69,25**
Kadın-Doğum	61,06	64,15	42,56	**55,92**
KVC	63,86	58,84	57,18	**59,96**
Nöroşirurji	148,68	98,01	111,82	**119,50**
Ortopedi	98,70	97,07	111,32	**102,36**
Plastik Cerrahi	102,19	69,89	110,32	**94,13**
Üroloji	55,99	42,23	42,96	**47,06**
Aylık Ortalama	**80,30**	**66,11**	**68,33**	**71,58**

Klinik branşlara göre ameliyat masası kullanım oranları Şekil 3.1'de grafik olarak verilmiştir.



Şekil 3.1. Ameliyat masası kullanım oranları (%).

3.2. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Gösterge Bulguları

Tıp Fakültesi Hastanelerinde 3 aylık araştırma döneminde toplam 130 poliklinik odasının bulunduğu, 380 aktif çalışan uzman hekim bulunduğu saptanmıştır. Hekim başına düşen poliklinik odası oranı %34 olarak hesaplanmıştır (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Hekim başına düşen poliklinik odası oranı.

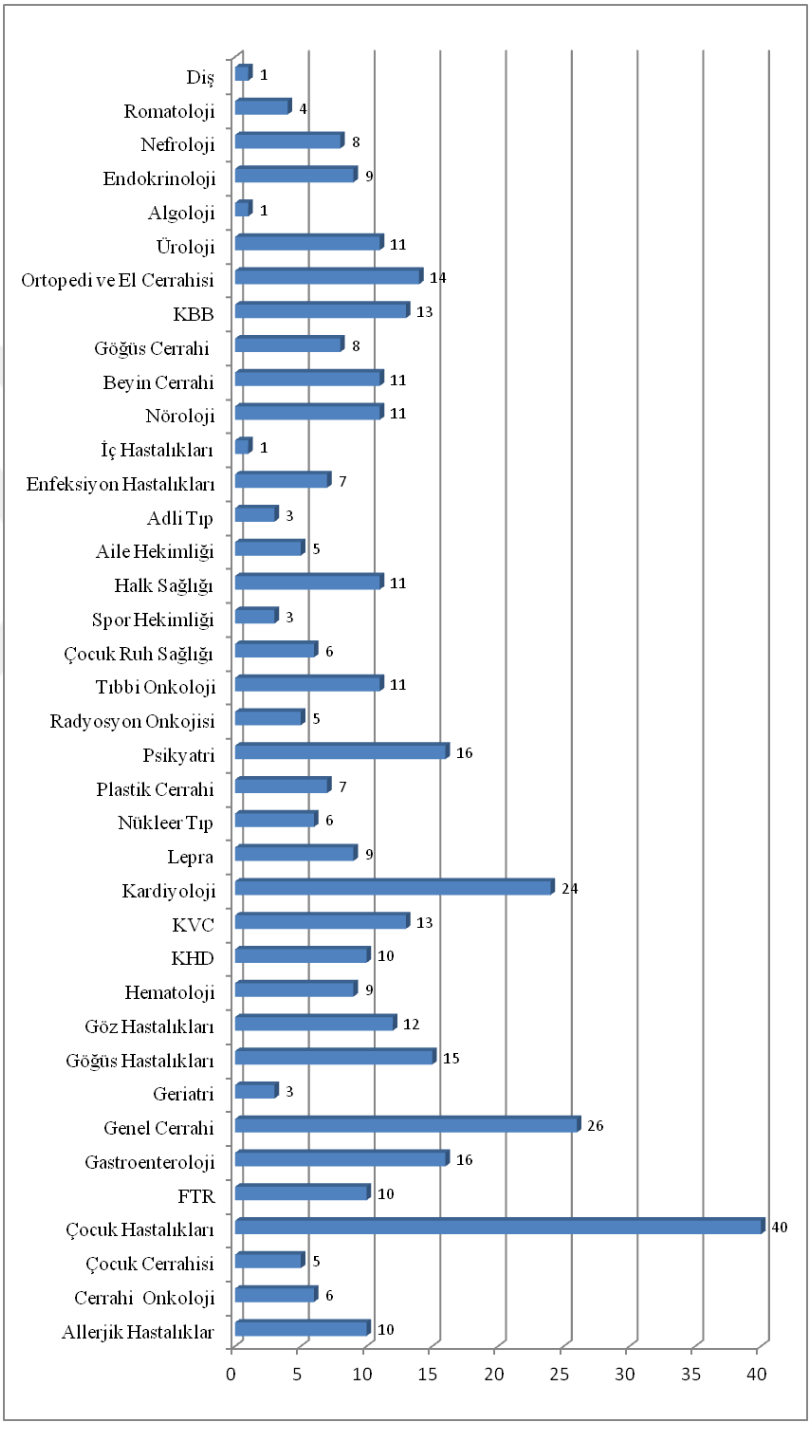
	Aktif Çalışan Uzman Hekim Sayısı	**Poliklinik Oda Sayısı**	**Oran (%)**
Toplam Poliklinik Oda Sayısı/Aktif Çalışan Klinisyen Uzman Hekim Sayısı X 100	380	130	**34**

Bölümlere göre uzman hekim ve poliklinik odası sayıları ile hekim başına düşen poliklinik odası oranları Çizelge 3.3'te ayrıntılı olarak verilmiştir. Aile Hekimliği, Algoloji ve Diş Bölümlerinde her uzman hekime bir poliklinik odası düştüğü saptanmıştır.

Çizelge 3.3. Bölüm bazında hekim başına düşen poliklinik odası oranları (%).

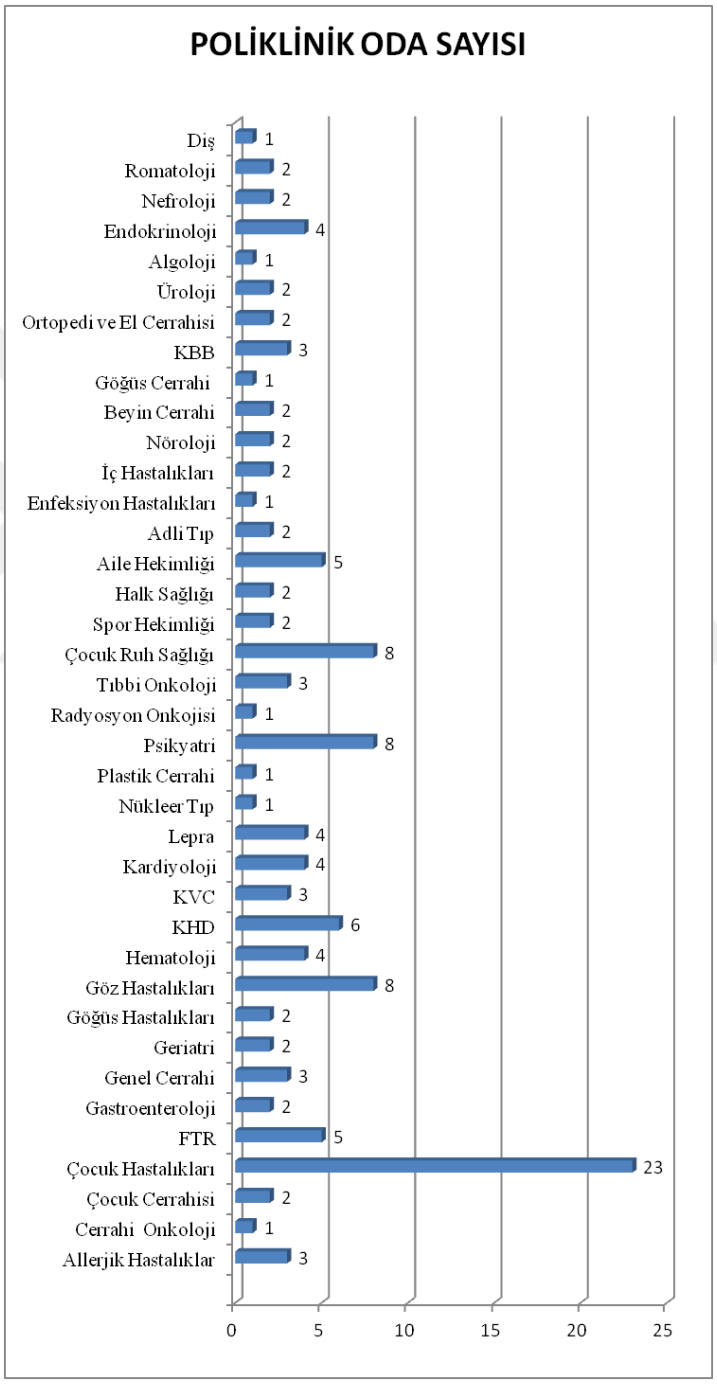
BÖLÜM	Aktif Çalışan Uzman Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Oran (%)
Allerjik Hastalıklar	10	3	30
Cerrahi Onkoloji	6	1	17
Çocuk Cerrahisi	5	2	40
Çocuk Hastalıkları	40	23	58
FTR	10	5	50
Gastroenteroloji	16	2	13
Genel Cerrahi	26	3	12
Geriatri	3	2	67
Göğüs Hastalıkları	15	2	13
Göz Hastalıkları	12	8	67
Hematoloji	9	4	44
KHD	10	6	60
KVC	13	3	23
Kardiyoloji	24	4	17
Lepra	9	4	44
Nükleer Tıp	6	1	17
Plastik Cerrahi	7	1	14
Psikyatri	16	8	50
Radyosyon Onkojisi	5	1	20
Tıbbi Onkoloji	11	3	27
Çocuk Ruh Sağlığı	6	8	133
Spor Hekimliği	3	2	67
Halk Sağlığı	11	2	18
Aile Hekimliği	5	5	100
Adli Tıp	3	2	67
Enfeksiyon Hastalıkları	7	1	14
İç Hastalıkları	1	2	200
Nöroloji	11	2	18
Beyin Cerrahi	11	2	18
Göğüs Cerrahi	8	1	13
KBB	13	3	23
Ortopedi ve El Cerrahisi	14	2	14
Üroloji	11	2	18
Algoloji	1	1	100
Endokrinoloji	9	4	44
Nefroloji	8	2	25
Romatoloji	4	2	50
Diş	1	1	100

Araştırma döneminde bölümlere göre aktif çalışan uzman hekim sayıları Şekil 3.2'de verilmiştir. En fazla aktif uzman hekimi bulunan bölümlerin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (40), Genel Cerrahi (26) ve Kardiyoloji (24) olduğu saptanmıştır.



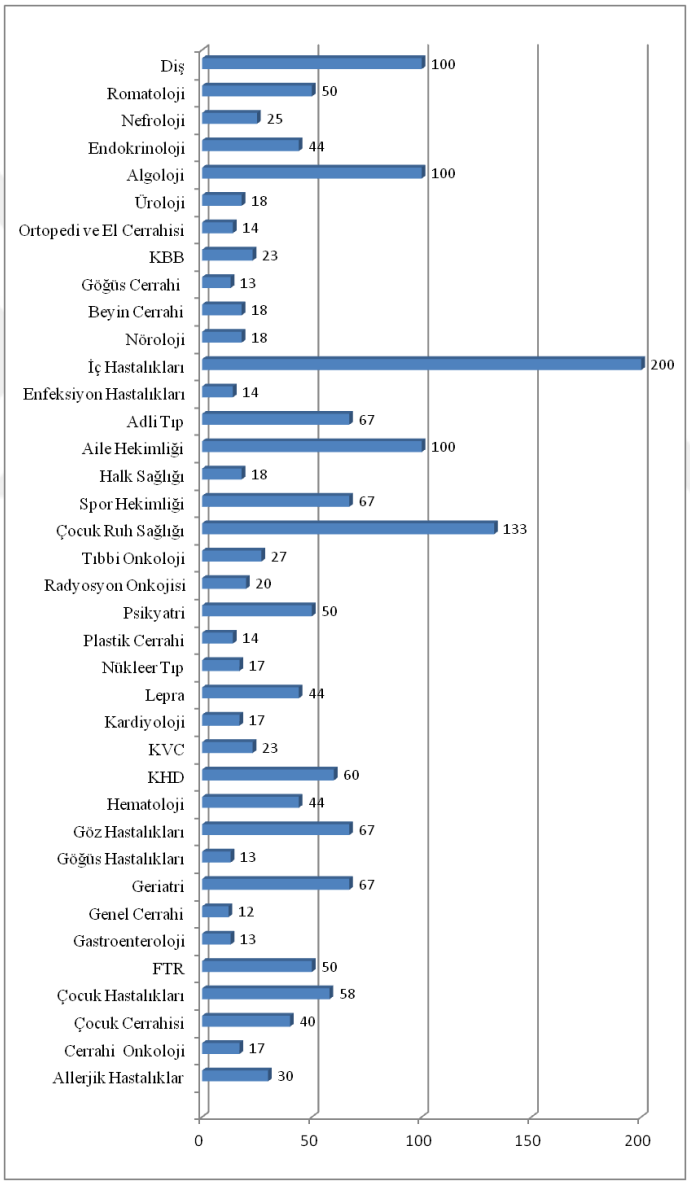
Şekil 3.2. Aktif çalışan uzman hekim sayıları.

Araştırma dönemindeki bölümlerdeki poliklinik oda sayıları Şekil 3.3'de verilmiştir. En fazla poliklinik odası bulunan bölümlerin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (23), Göz Hastalıkları (8), Çocuk Ruh Sağlığı (8) ve Psikiyatri (8) olduğu saptanmıştır.



Şekil 3.3. Poliklinik oda sayıları.

Bölümlere göre hekim başına düşen poliklinik odası oranları Şekil 3.4'te verilmiştir. Buna göre; 1 uzman hekim ve 2 poliklinik odası bulunan İç Hastalıkları (%200); 6 uzman hekim ve 8 poliklinik odası bulunan Çocuk Ruh Sağlığı (%133) bölümlerinde hekim başına düşen poliklinik odası oranının %100'ün üzerinde olduğu saptanmıştır. Aile Hekimliği (%100), Algoloji (%100) ve Diş (%100) bölümlerinde her uzman hekime bir poliklinik odası düştüğü saptanmıştır. Diğer bölümlerde ise hekim başına düşen poliklinik odası oranı %100'ün altında olduğu saptanmıştır.



Şekil 3.4. Hekim başına düşen poliklinik odası oranları (%).

3.3. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi Gösterge Bulguları

Araştırmada üç aylık dönemde acil serviste yatan hastaların sorumlu hekimi tarafından diğer bölümlerden istenen konsültasyonlardan sonuçlandırılmış olan 1.886 konsültasyon hesaplamaya dahil edilmiştir. Konsültan hekimlerin acil servise ortalama varış süreleri (dakika ve saat olarak) ve analizi Çizelge 3.4'te verilmiştir. Acil servise ortalama varış süresi 4,40 saat olarak saptanmıştır.

Çizelge 3.4. Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimin ulaşma süresi analizi.

	Haziran	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
İlgili Ayda Acil Serviste Yatan Hasta Sayısı	590	489	515	**1.594**
İlgili Ayda Konsültan/İcapçı Hekimlerin Ulaşma Süreleri Toplamı (Dakika)	169.243	157.913	170.236	**497.392**
Konsültasyon İstem Sayısı	789	744	683	**2.216**
Konsültasyon İstenmiş Olup Sistemde Kapatılmayan Konsültasyonlar	109	111	110	**330**
Hesaplamaya Dahil Edilen Konsültasyon Sayısı	680	633	573	**1.886**
(Konsültan/İcapçı Hekimlerin Ulaşma Süreleri Toplamı/ Konsültasyon İstem Sayısı) (Dakika)	248,89	249,47	297,10	**263,73**
Ulaşma Süreleri (Saat)	4,15	4,16	4,95	**4,40**

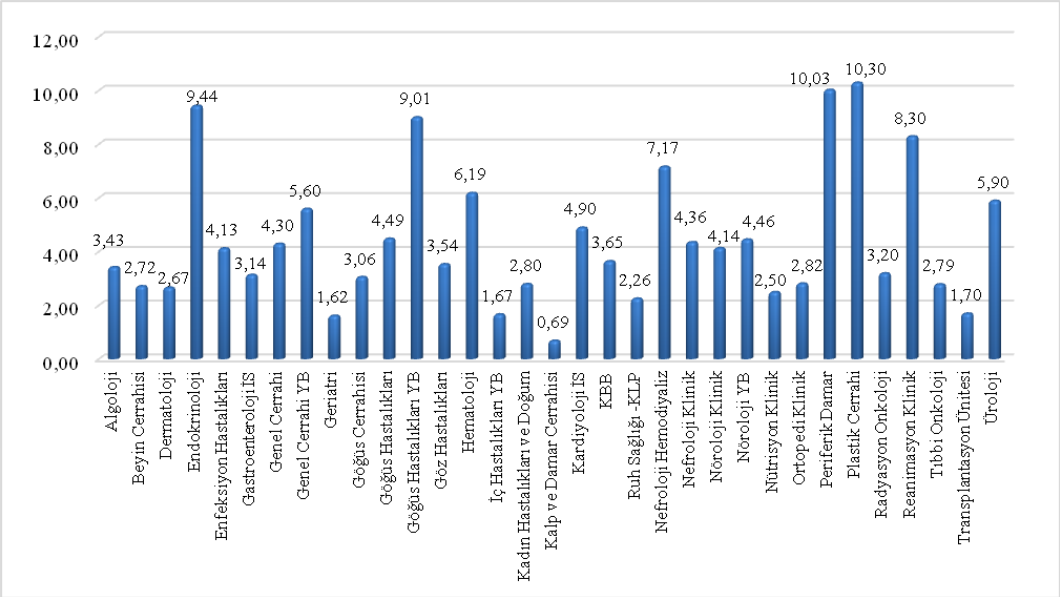
Araştırma döneminde acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimlerin branş bazında ortalama varış süreleri Çizelge 3.5'te verilmiştir. En kısa sürede acil servise ulaşan konsültan/icapçı hekimlerin; KVC (0,49 saat), Nütrisyon (2,14 saat) ve Kadın Hastalıkları ve Doğum (2,61 saat) bölümlerinden olduğu saptanmıştır. En uzun sürede ulaşan bölümlerin Periferik Damar (10,3 saat), Plastik Cerrahi (8,64 saat) ve Reanimasyon (7,28 saat) olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.5. Branş bazında acil servise ortalama ulaşma süreleri (Saat).

Klinikler	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Algoloji (İS)	3,43	2,99	0,00	**3,21**
Beyin Cerrahisi (İS)	2,72	3,84	2,93	**3,17**
Dermatoloji (İS)	2,67	1,16	8,46	**5,81**
Endokrinoloji (İS)	9,44	4,97	4,89	**5,22**
Enfeksiyon Hastalıkları (İS)	4,13	3,99	4,92	**4,36**
Gastroenteroloji (İS)	3,14	4,20	5,31	**4,35**
Genel Cerrahi (İS)	4,30	6,51	6,55	**5,70**
Genel Cerrahi Yoğun Bakım (İS)	5,60	5,31	6,62	**5,77**
Geriatri (C)	1,62	1,52	21,63	**4,41**
Göğüs Cerrahisi (İS)	3,06	2,95	2,92	**3,00**
Göğüs Hastalıkları (C)	4,49	4,85	4,30	**4,51**
Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım (C)	9,01	5,12	2,87	**6,53**
Göz Hastalıkları (C)	3,54	11,00	0,15	**4,91**
Hematoloji(C)	6,19	3,55	6,91	**4,97**
İç Hastalıkları Yoğun Bakım (İS)	1,67	2,68	5,59	**3,35**
Kadın Hastalıkları ve Doğum (C)	2,80	2,28	0,00	**2,61**
Kalp ve Damar Cerrahisi (C)	0,69	0,10	0,00	**0,49**
Kardiyoloji (İS)	4,90	5,19	4,03	**4,65**
Kulak Burun Boğaz (İS)	3,65	4,70	1,94	**3,57**
Ruh Sağlığı -KLP(C)	2,26	2,90	0,20	**4,74**
Nefroloji Hemodiyaliz (İS)	7,17	2,90	4,68	**5,47**
Nefroloji (İS)	4,36	4,74	5,19	**4,38**
Nöroloji (İS)	4,14	2,23	4,50	**3,60**
Nöroloji Yoğun Bakım (İS)	4,46	0,05	0,20	**3,38**
Nütrisyon (İS)	2,50	2,40	1,06	**2,14**
Ortopedi (İS)	2,82	3,08	2,23	**2,81**
Periferik Damar (İS)	10,03	0,00	0,00	**10,03**
Plastik Cerrahi (C)	10,30	0,00	0,35	**8,64**
Radyasyon Onkoloji (C)	3,20	3,25	0,00	**3,23**
Reanimasyon (İS)	8,30	6,00	5,84	**7,28**
Tıbbi Onkoloji (C)	2,79	3,78	6,12	**4,40**
Transplantasyon Ünitesi (İS)	1,70	0,00	10,55	**5,96**
Üroloji (İS)	5,90	5,34	6,21	**5,79**

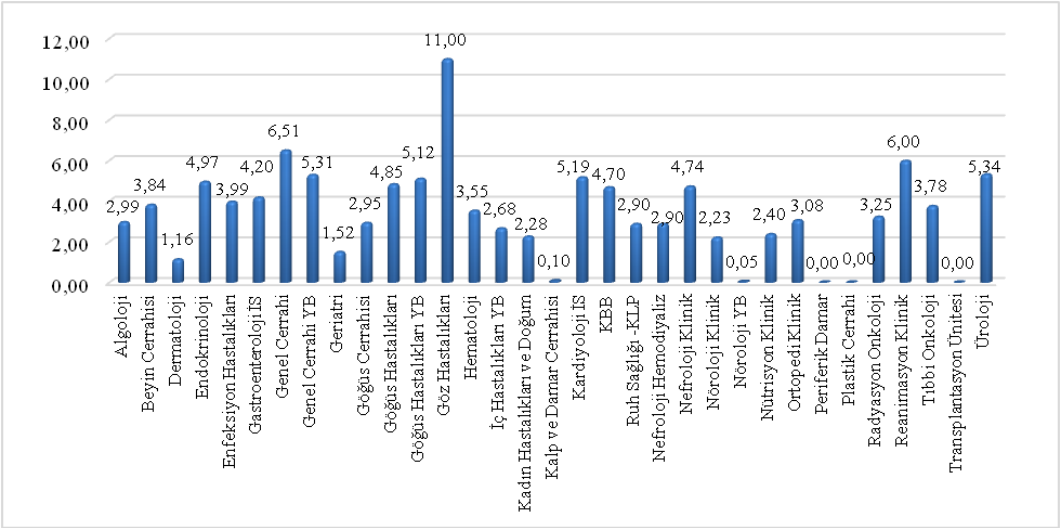
Haziran ayında acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimlerin branş bazında ortalama varış süreleri Şekil 3.5'te grafik olarak verilmiştir. En uzun sürede ulaşan

bölümlerin Plastik Cerrahi (10,30 saat), Periferik Damar (10,03 saat) ve Endokrinoloji (9,44 saat) olduğu saptanmıştır.



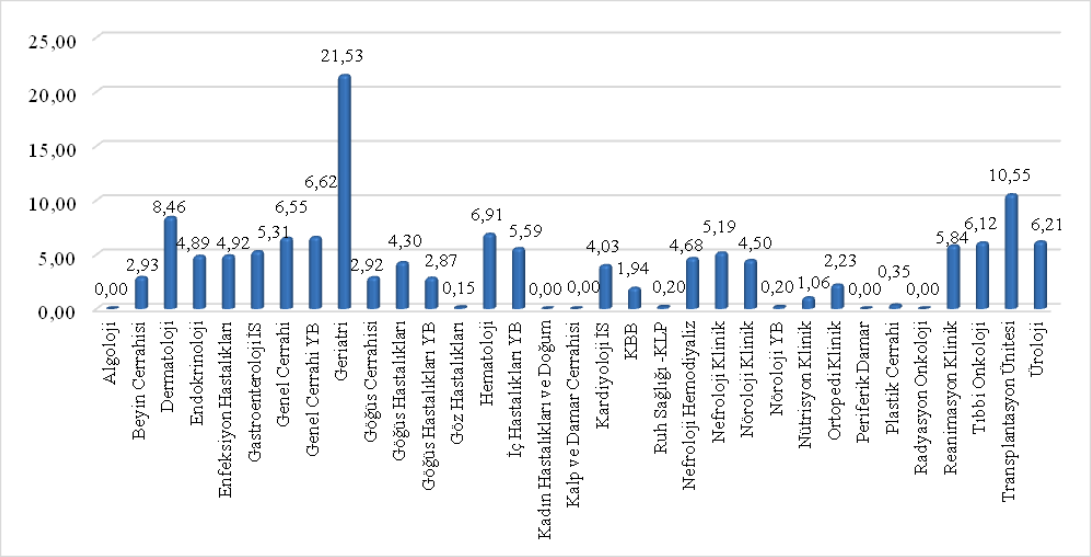
Şekil 3.5. Branş bazında haziran ayı acil servise ortalama ulaşma süreleri (Saat).

Temmuz ayında acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimlerin branş bazında ortalama varış süreleri Şekil 3.6'da grafik olarak verilmiştir. En uzun sürede ulaşan bölümün Göz Hastalıkları (11,00 saat) olduğu saptanmıştır.



Şekil 3.6. Branş bazında Temmuz ayı acil servise ortalama ulaşma süreleri (Saat).

Ağustos ayında acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimlerin branş bazında ortalama varış süreleri Şekil 3.7'de grafik olarak verilmiştir. En uzun sürede ulaşan bölümün Geriatri (21,53 saat) olduğu saptanmıştır.



Şekil 3.7. Branş bazında Ağustos ayı acil servise ortalama ulaşma süreleri (Saat).

3.4. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı Gösterge Bulguları

Araştırmaya Haziran-Temmuz-Ağustos 2013 ayları arasında acil servise başvuran 8.395 hasta dahil edilmiştir. Acil servise başvuran toplam 8.395 hastadan 48'inin 24 saat içerisinde tekrar acile başvurduğu saptanmıştır. Acil servise 24 saat içinde tekrar başvuran hasta oranları Haziran ayında %0.74, Temmuz ayında %0.43, Ağustos ayında %0.54, üç aylık dönem ortalaması ise % 0.57 olarak saptanmıştır (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvuru oranı (%).

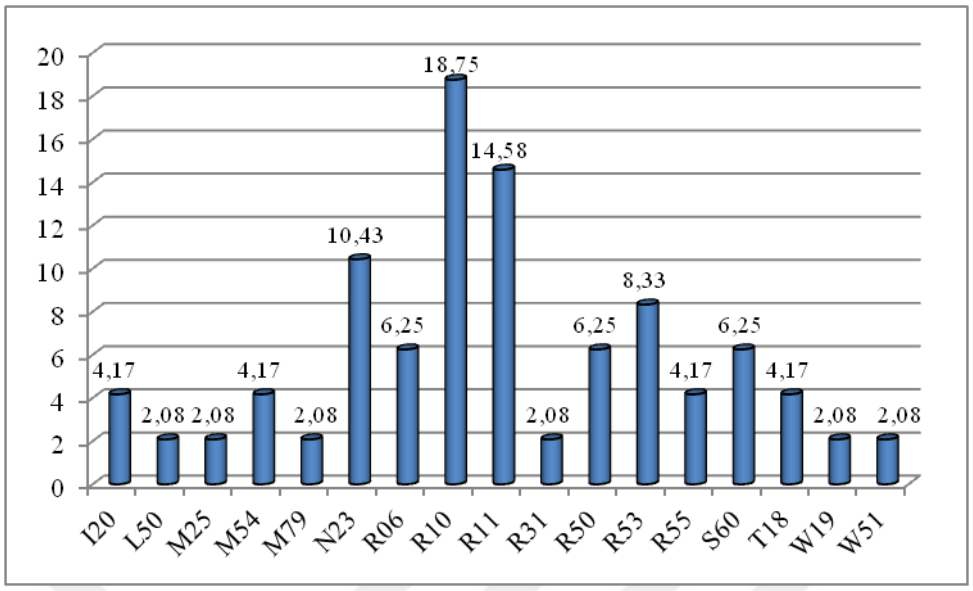
	Haziran	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Acil Servise Başvuran Toplam Hasta Sayısı	2.691	2.763	2.941	**8.395**
Acil Servise 24 Saat İçerisinde Tekrar Başvuran Hasta Sayısı	20	12	16	**48**
Acil Servise 24 Saat İçerisinde Tekrar Başvuran Hasta Oranı (%)	0,74	0,43	0,54	**0,57**

Araştırma döneminde acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvuran toplam 48 hastanın ICD 10 tanı dağılımları Çizelge 3.7'de verilmiştir.

Çizelge 3.7. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvurularda tanı dağılımı.

ICD Kodu	**Tanı**	**Tanı Sayısı**
I20	Angina Pektoris	2
L50	Ürtiker	1
M25	Eklem Ağrısı	1
M54	Bel Ağrısı	2
M79	Yumuşak Doku Bozukluğu	1
N23	Renal Kolik	5
R06	Solunum Anormallikleri	3
R10	Abdominal ve Pelvik Ağrı	9
R11	Bulantı ve Kusma	7
R31	Hematüri	1
R50	Sebebi Bilinmeyen Ağrı	3
R53	Kırgınlık ve Yorgunluk	4
R55	Senkop ve Bayılma	2
S60	El Bileği ve Elin Yüzeysel Yaralanması	3
T18	Beslenme Yolunda Yabancı Cisim	2
W19	Düşme, Tanımlanmamış	1
W51	Bir Başka Şahıs Tarafından Darp ve Çarpma	1
	TOPLAM	**48**

Araştırma döneminde acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvuran hastaların tanı dağılımları Şekil 3.8'de grafik olarak verilmiştir. Oranı en yüksek tanılar R10 Abdominal Pelvik Ağrı (%18.75), R11 Bulantı ve Kusma (%14.58), N23 Renal Kolik (%10.43) sonucuna varılmıştır.



Şekil 3.8. Tekrar başvurularda tanı dağılım oranları (%).

Tekrar başvuran hastaların ilk başvurularındaki sorumlu hekimleri incelendiğinde; Hekim-1 %27.50, Hekim-2 %28.06, Hekim-3 %22.22 ve Hekim-4 %22.22 olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvurularda ilk başvurudaki sorumlu hekim bazında dağılım (%).

İlk Başvurudaki Sorumlu Hekim Dağılımı (%)	**Haziran**	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Hekim 1	20,00	25,00	37,50	**27,08**
Hekim 2	30,00	41,67	12,50	**27,08**
Hekim 3	25,00	16,67	25,00	**22,92**
Hekim 4	25,00	16,67	25,00	**22,92**

Acil servise tekrar başvuran hastaların %16.94'ünün ilk başvurularında konsültasyon istemi yapılmış olduğu, %88.06'sında konsültasyon istemi yapılmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.9. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvurularda ilk başvuruda konsültasyon istem oranı (%).

İlk Başvuruda Konsültasyon İstemi	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Var	30,00	8,33	12,5	**16,94**
Yok	85,00	91,67	87,5	**88,06**

Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvuran hastaların ilk başvurularında konsültasyon istenen bölümlere göre oranları incelendiğinde; Haziran ayı içerisinde Genel Cerrahi %16.67, Ortopedi %16.67, Beyin Cerrahisi %16.67, Göğüs Cerrahisi %16.67 ve KBB %33.33 olduğu saptanmıştır. Temmuz ayında sadece Kardiyoloji bölümünden konsültasyon istendiği sonucu elde edilmiştir. Ağustos ayında istenilen konsültasyonlar ise Nöroloji %50, Göz %50 olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.10).

Çizelge 3.10. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvurularda ilk başvuruda konsültasyon istenen bölüm oranı (%).

İlk Başvuruda Konsültasyon İstenen Klinik Dağılımı (%)	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Genel Cerrahi	16,67	0,00	0,00	**11,11**
Ortopedi	16,67	0,00	0,00	**11,11**
Beyin Cerrahi	16,67	0,00	0,00	**11,11**
Göğüs Cerrahisi	16,67	0,00	0,00	**11,11**
Kulak Burun Boğaz	33,33	0,00	0,00	**22,22**
Kardiyoloji	0,00	100,00	0,00	**11,11**
Nöroloji	0,00	0,00	50,00	**11,11**
Göz Hastalıkları	0,00	0,00	50,00	**11,11**

Hastaların ilk başvurularının %26.94'ü mesai içinde, % 73.06'sı ise mesai dışı zamanlarda olduğu sonucu elde edilmiştir (Çizelge 3.11).

Çizelge 3.11. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvuruların ilk başvuru zamanı bazında dağılımı (%).

İlk Başvuru Zamanı	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Mesai içi	35,00	33,33	12,5	**26,94**
Mesai dışı	65,00	66,67	87,5	**73,06**

Hastaların acil servise ilk başvuruları ile tekrar başvuruları arasındaki süre incelendiğinde, tekrar başvuruların en fazla ilk başvurudan 17-24 (% 69,03) saat sonra olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.12).

Çizelge 3.12. Acil servise 24 saat içerisinde tekrar başvurularda ilk başvuru ile ikinci başvuru arasındaki süre bazında dağılım (%).

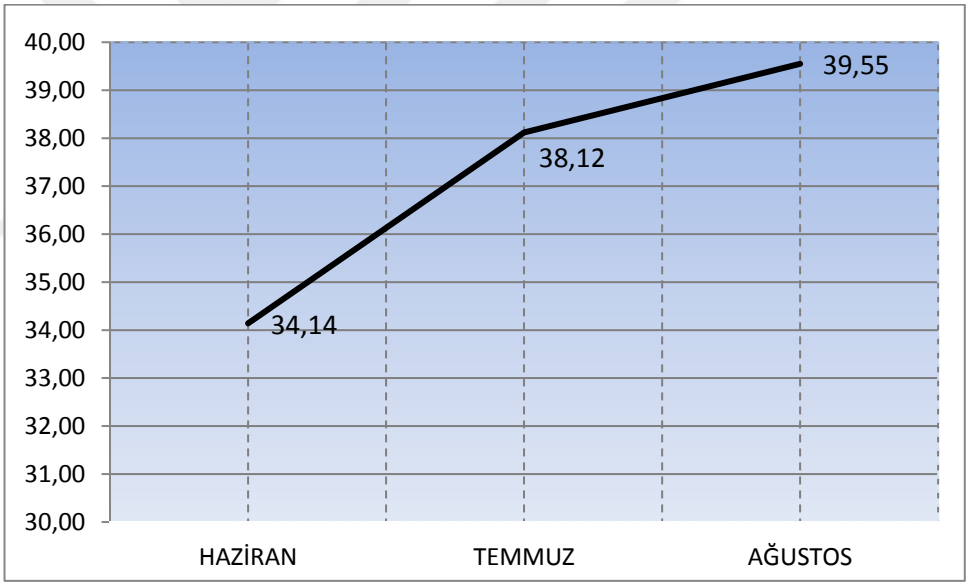
İlk Başvuru İle Tekrar Başvuru Arasındaki Süre	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
0-8 saat	5,00	0	0	**1,67**
9-16 saat	40,00	16,67	31,25	**29,31**
17-24 saat	55,00	83,33	68,75	**69,03**

3.5. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Gösterge Bulguları

Acil servis müşahede odasında yatan hastaların kalış sürelerine ilişkin veriler ve analizi Çizelge 3.13'te verilmiştir. Araştırma döneminde acil servise başvuran toplam 8.395 hastadan 1.592'sine yatış kararı hekim tarafından verilmiştir. Yatırılarak tedavi ve takibi yapılan bu hastaların müşahede odasında ortalama kalış süresi Haziran ayında 34.15 saat, Temmuz ayında 38.12 saat, Ağustos ayında 39.55 saat, üç aylık dönem ortalaması ise 37.11 saat olduğu saptanmıştır ve Şekil 3.9'da grafik olarak verilmiştir.

Çizelge 3.13. Acil servis müşahede odasında yatan hastaların kalış süreleri analizi.

	Haziran	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
İlgili Ayda Acil Servise Başvuran Hasta Sayısı	2.691	2.763	2.941	**8.395**
İlgili Ayda Acil Serviste Müşahadeye Alınan Hasta Sayısı	589	488	516	**1.593**
Müşahade Odasında Yatan Hastaların Toplam Kalış Süreleri	1.206.572	1.116.221	1.224.575	**3.547.368**
İlgili ayda; Müşahade Odasında Yatan Hastaların Toplam Kalış Süreleri/ Müşahade Odasında Yatan Toplam Hasta Sayısı (Dakika)	2.049	2.287	2.373	**2.227**
Kalış Süreleri (Saat)	34,15	38,12	39,55	**37,11**

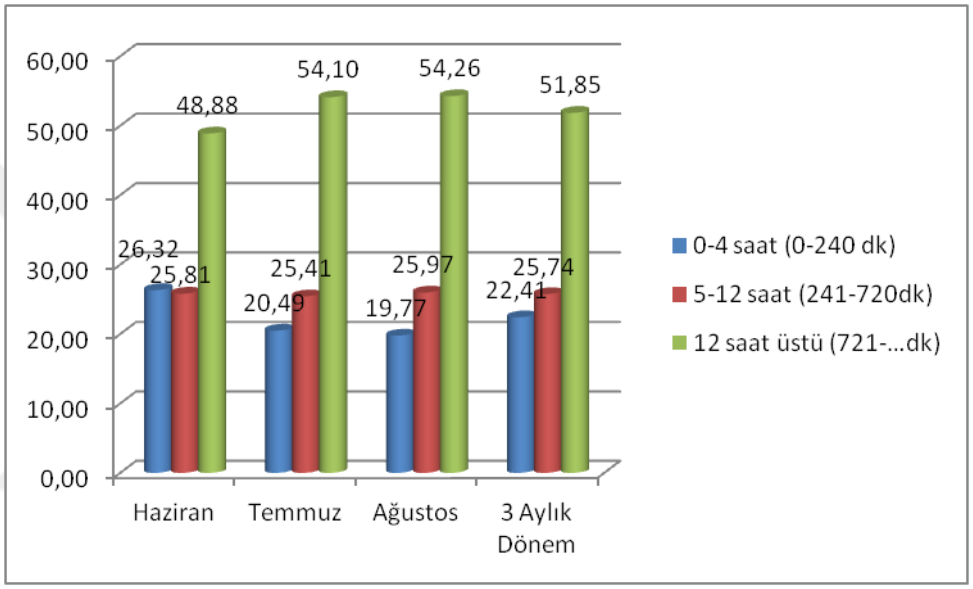


Şekil 3.9. Acil servis müşahede odasında yatan hastaların kalış süreleri (Saat).

Müşahede odasında yatan hastaların Çizelge 3.14'te verilen kalış süreleri incelendiğinde; 12 saat üstü yatışların oranının %51,85 olduğu sonucuna varılmıştır. Şekil 3.10'da da grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.14. Acil servis müşahede odasında yatan hastaların kalış sürelerine göre dağılımı (%).

Yatış Süreleri	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
0-4 saat (0-240 dk)	26,32	20,49	19,77	**22,41**
5-12 saat (241-720dk)	25,81	25,41	25,97	**25,74**
12 saat üstü (721-…dk)	48,88	54,10	54,26	**51,85**

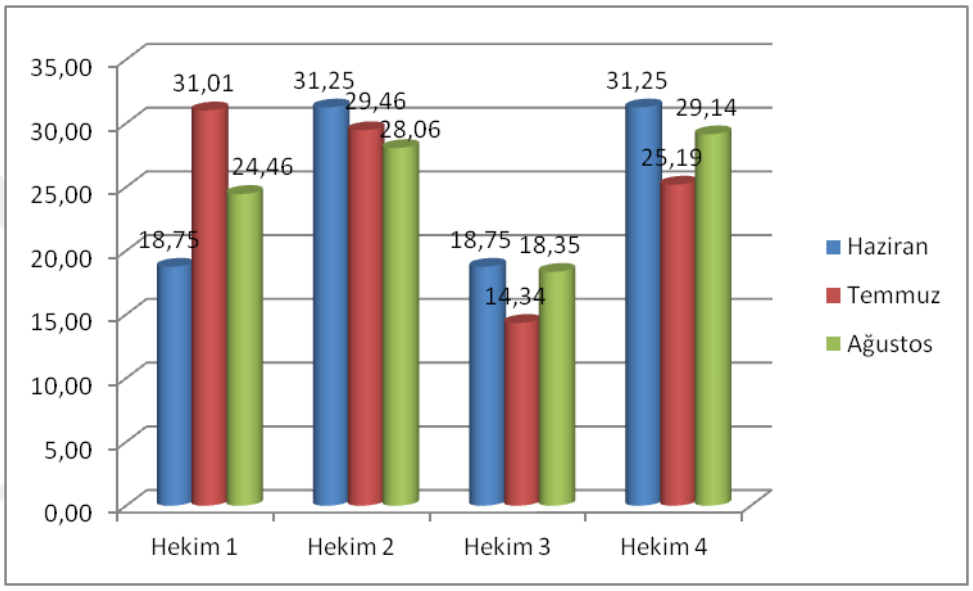


Şekil 3.10. Acil servis müşahede odasında yatan hastaların kalış sürelerine göre dağılım grafiği (%).

Müşahede odasında 12 saatten fazla yatan hastaların sorumlu hekim bazında dağılımı incelendiğinde (Çizelge 3.15), Hekim-1 %25,74, Hekim-2 %29,26, Hekim-3 %16,91, Hekim-4 %28,09 olduğu saptanmıştır. Sorumlu hekim bazında dağılım Şekil 3.11'de grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.15. Müşahede odasında 12 saatten fazla yatan hastaların sorumlu hekimleri (%).

Sorumlu Hekim	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Hekim 1	18,75	31,01	24,46	**25,74**
Hekim 2	31,25	29,46	28,06	**29,26**
Hekim 3	18,75	14,34	18,35	**16,91**
Hekim 4	31,25	25,19	29,14	**28,09**



Şekil 3.11. Müşahede odasında 12 saatten fazla yatan hastaların sorumlu hekim dağılım grafiği (%).

3.6. Düşen Hasta Oranı Gösterge Bulguları

Araştırma dönemi kapsamında Haziran, Temmuz ve Ağustos ayında Tıp Fakültesi Hastaneleri Kalite Koordinatörlüğü'ne düşme olay bildirimi olmadığından aylık düşen hasta oranı veri toplama formu '0' olarak doldurulmuştur.

3.7. Yoğun Bakım Mortalite Oranı Gösterge Bulguları

Araştırma döneminde yoğun bakımda yatan toplam hasta sayısının 1.710, yoğun bakımda ölen hasta sayısının 118 olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım mortalite oranı %6,90 olarak hesaplanmıştır (Çizelge 3.16).

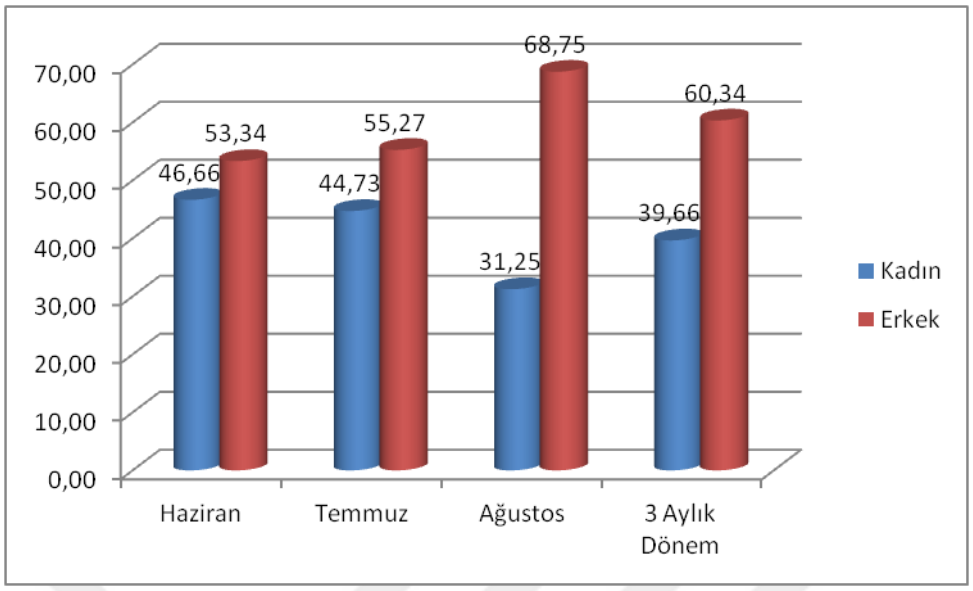
Çizelge 3.16. Yoğun bakım ünitesinde mortalite oranı veri analizi (%).

	Haziran	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Yoğun Bakımda Yatan Toplam Hasta Sayısı	597	596	517	**1.710**
Yoğun Bakımda Ölen Hasta Sayısı	30	40	48	**118**
Yoğun Bakım Mortalite Oranı: İlgili Ayda Yoğun Bakımda ; Yoğun Bakımda Ölen Hasta Sayısı/(Taburcu Edilen+Ölen+Sevk Edilen Hasta Sayısı) x 100	5,03	6,71	9,28	**6,90**

Yoğun bakım ünitesinde ölen hastaların %39,66'nın kadın, %60.34'ünün erkek olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.17). Ölen hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı Şekil 3.12'de de grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.17. Ölen hastaların cinsiyete göre dağılımı (%).

Cinsiyet	**Haziran**	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Kadın	46,66	44,73	31,25	**39,66**
Erkek	53,34	55,27	68,75	**60,34**

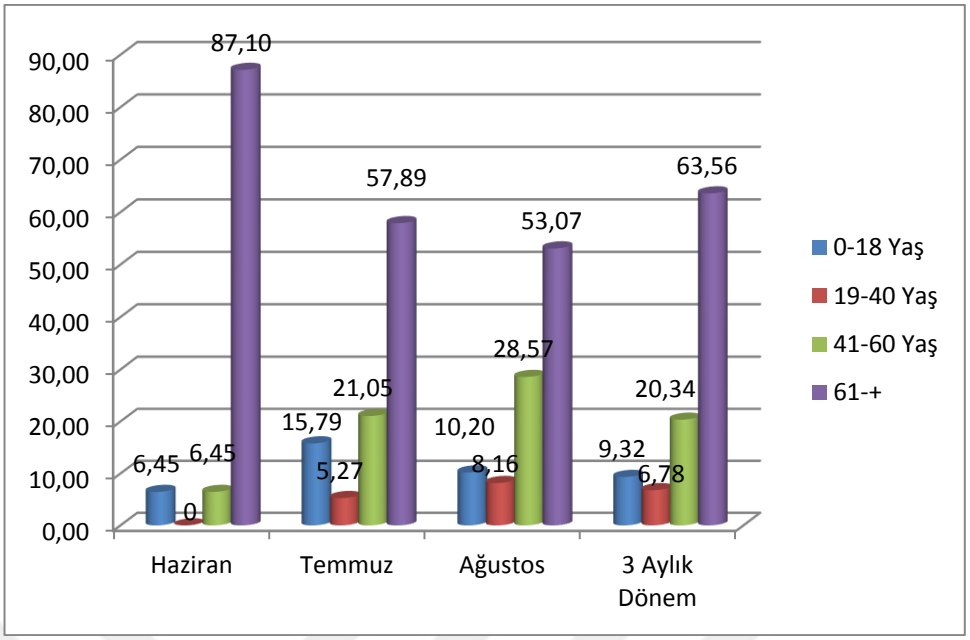


Şekil 3.12. Ölen hastaların cinsiyete göre dağılım grafiği (%).

Yoğun bakım ünitesinde ölen hastaların yaş dağılımı incelendiğinde; %63,56'sının 61 yaş üstü, %20,34'ünün 41-60 yaş, %9,32'sinin 0-18 yaş, %6,78'inin ise 19-40 yaş olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.18). Ölen hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 3.13'te de grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.18. Ölen hastaların yaş grubuna göre dağılımı (%).

Yaş Grubu	**Haziran**	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
0-18 Yaş	6,45	15,79	10,20	**9,32**
19-40 Yaş	0,00	5,27	8,16	**6,78**
41-60 Yaş	6,45	21,05	28,57	**20,34**
61-+	87,10	57,89	53,07	**63,56**

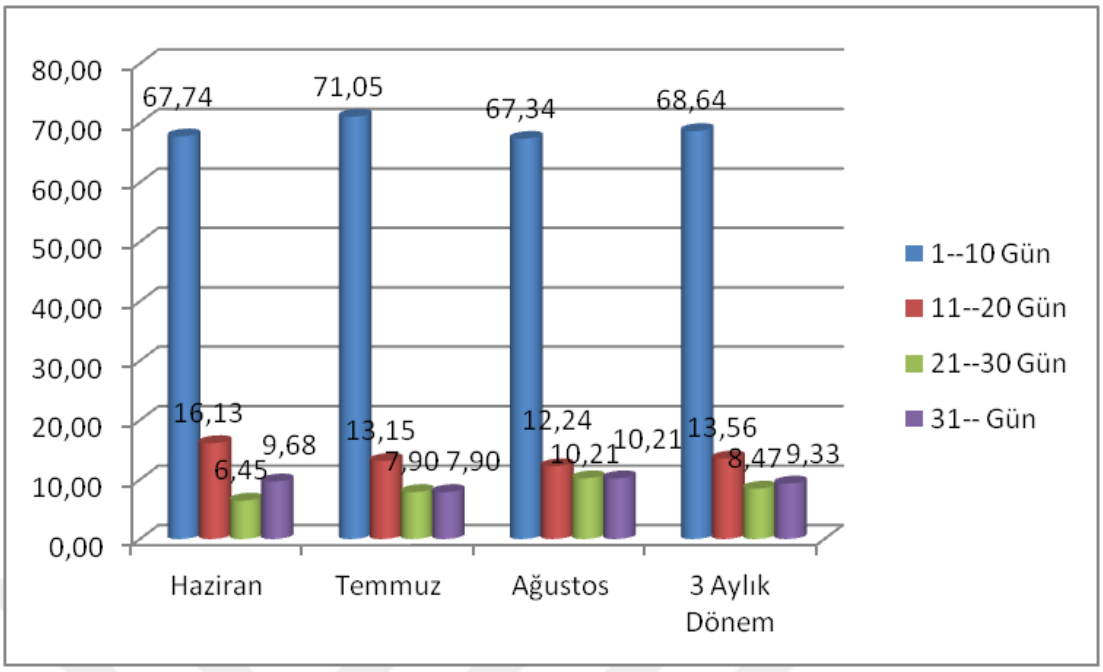


Şekil 3.13. Ölen hastaların yaş grubuna göre dağılım grafiği (%).

Yoğun bakım ünitesinde ölen hastaların yatılan gün sayıları incelendiğinde; %68,64'ünün 1-10 gün, %13,56'sının 11-20 gün, %9,33'ünün 31 gün ve üstü, %8,47'sinin 21-30 gün olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.19). Ölen hastaların yatılan gün sayılarına göre dağılımı Şekil 3.14'te de grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.19. Ölen hastaların yoğun bakımda yattıkları gün sayısına göre dağılımı (%).

Yatılan Gün Sayısı	**Haziran**	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
1-10 Gün	67,74	71,05	67,34	**68,64**
11-20 Gün	16,13	13,15	12,24	**13,56**
21-30 Gün	6,45	7,90	10,21	**8,47**
31- Gün	9,68	7,90	10,21	**9,33**

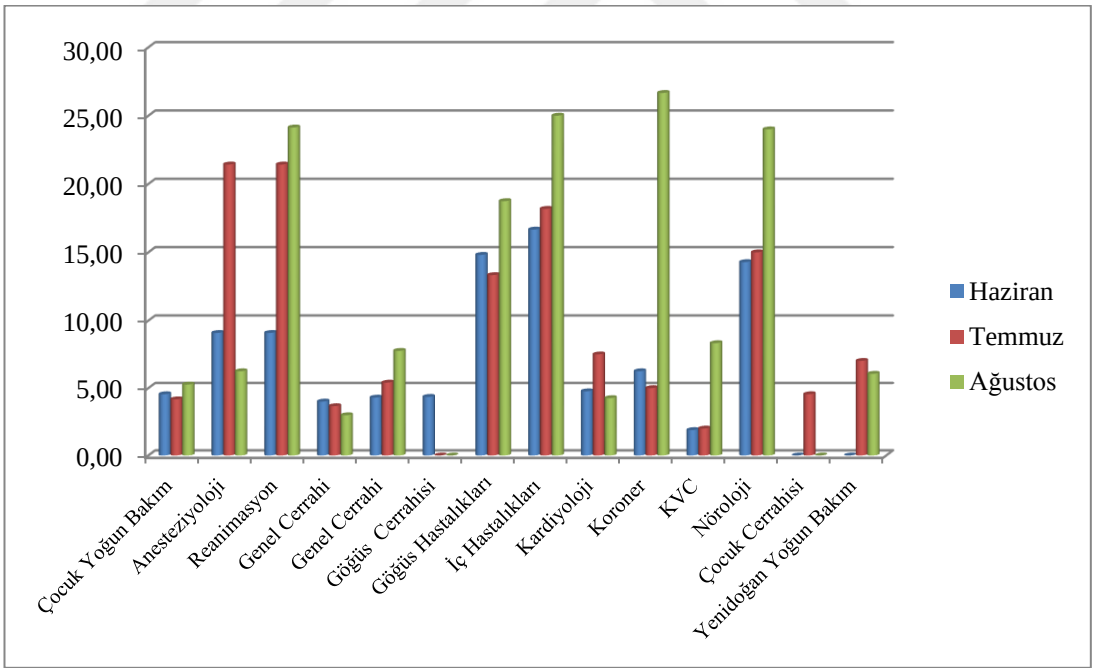


Şekil 3.14. Ölen hastaların yoğun bakımda yattıkları gün sayısına göre dağılım grafiği (%).

Yoğun bakım ünitesi mortalite oranları branşlara göre incelendiğinde; İç Hastalıkları %20,00, Reanimasyon %18,46, Nöroloji %18,18, Anesteziyoloji %12,20, Göğüs Hastalıkları %15.73, Koroner %9,20, Genel Cerrahi (İbni Sina) %5,62, Kardiyoloji %5,43, Çocuk %4,62, Yenidoğan %4,62, KVC %3,60, Genel Cerrahi (Cebeci) %3,57, %1,82 Çocuk Cerrahisi %1,82, Göğüs Cerrahisi %1,74 olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.20). Yoğun bakım ünitelerine göre mortalite oranları Şekil 3.15'te de grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.20. Yoğun bakımlar bazında mortalite oranları (%).

Yoğun Bakım Üniteleri	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Çocuk Yoğun Bakım (Cebeci)	4,55	4,17	5,26	**4,62**
Anesteziyoloji (İbni Sina)	9,09	21,43	6,25	**12,20**
Reanimasyon (İbni Sina)	9,09	21,43	24,14	**18,46**
Genel Cerrahi (Cebeci)	4,00	3,66	2,99	**3,57**
Genel Cerrahi (İbni Sina)	4,29	5,41	7,76	**5,62**
Göğüs Cerrahisi (İbni Sina)	4,35	0,00	0,00	**1,74**
Göğüs Hastalıkları (Cebeci)	14,81	13,33	18,75	**15,73**
İç Hastalıkları (İbni Sina)	16,67	18,18	25,00	**20,00**
Kardiyoloji (İbni Sina)	4,76	7,50	4,26	**5,43**
Koroner (Cebeci)	6,25	5,00	26,67	**9,20**
KVC (Cebeci)	1,89	2,00	8,33	**3,60**
Nöroloji (İbni Sina)	14,29	15,00	24,00	**18,18**
Çocuk Cerrahisi (Cebeci)	0,00	4,55	0,00	**1,82**
Yenidoğan Yoğun Bakım (Cebeci)	0,00	7,02	6,06	**4,62**



Şekil 3.15. Yoğun bakımlar bazında mortalite oranları grafiği (%).

3.8. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Gösterge Bulguları

Araştırma döneminde yoğun bakımda yatan toplam hasta sayısının 1.710, tekrar yatan hasta sayısının 23 olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım tekrar yatış oranı %1,35 olarak hesaplanmıştır (Çizelge 3.21).

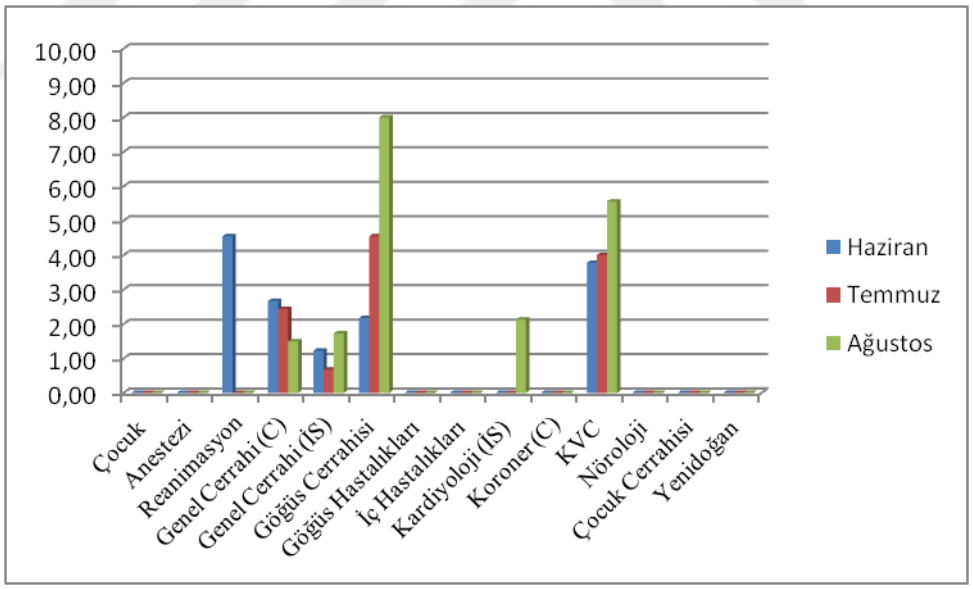
Çizelge 3.21. Yoğun bakım tekrar yatış oranı (%).

	Haziran	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Yoğun Bakımda Yatan Toplam Hasta Sayısı	597	596	517	**1.710**
Yoğun Bakımda Tekrar Yatan Hasta Sayısı	8	7	8	**23**
(Yoğun Bakımda Tekrar Yatan Hasta Sayısı/ Yoğun Bakımda Yatan Toplam Hasta Sayısı) x 100	1,34	1,17	1,55	**1,35**

Yoğun bakım ünitesine tekrar yatan hastalar branş bazında incelendiğinde; Göğüs Cerrahisi %4,35, KVC %4,32, Genel Cerrahi (Cebeci) %2,23, Reanmiasyon %1.54, Genel Cerrahi (İbni Sina) %1,17, Kardiyoloji (İbni Sina) %0,78 olduğu, diğer yoğun bakım ünitelerinde tekrar yatış olmadığı sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.22). Yoğun bakıma tekrar yatan hastaların bölümlere göre dağılımı Şekil 3.16'da grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.22. Yoğun bakım branş bazında tekrar yatış oranları (%).

Yoğun Bakım Ünitesi	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Çocuk (Cebeci)	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Anestezi (İbni Sina)	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Reanimasyon (İbni Sina)	4,55	0,00	0,00	**1,54**
Genel Cerrahi (Cebeci)	2,67	2,44	1,49	**2,23**
Genel Cerrahi (İbni Sina)	1,23	0,68	1,72	**1,17**
Göğüs Cerrahisi (İbni Sina)	2,17	4,55	8,00	**4,35**
Göğüs Hastalıkları (Cebeci)	0,00	0,00	0,00	**0,00**
İç Hastalıkları (İbni Sina)	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Kardiyoloji (İbni Sina)	0,00	0,00	2,13	**0,78**
Koroner (Cebeci)	0,00	0,00	0,00	**0,00**
KVC (Cebeci)	3,77	4,00	5,56	**4,32**
Nöroloji (İbni Sina)	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Çocuk Cerrahisi (Cebeci)	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Yenidoğan (Cebeci)	0,00	0,00	0,00	**0,00**



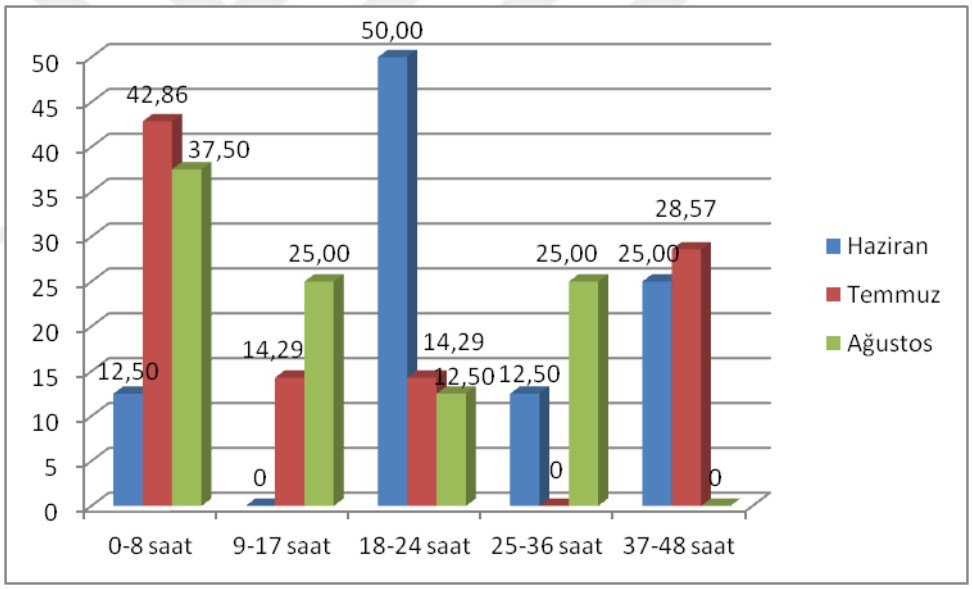
Şekil 3.16. Yoğun bakım bazında tekrar yatış oranları grafiği (%).

Yoğun bakım ünitesine tekrar yatan hastaların tekrar yatış süreleri incelendiğinde; %30,44'ünün 0-8 saat, %26,09'unun 18-24 saat, %17,39'unun 37-48 saat, %13,04'ünün 9-17 saat, %13,04'ünün 25-36 saat içerisinde tekrar yoğun

bakıma yattığı görülmüştür (Çizelge 3.23). Yoğun bakıma tekrar yatan hastaların tekrar yatış sürelerine göre dağılımı Şekil 3.17'de olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.23. Taburcu/sevk saati ile tekrar yatış arasında geçen süre dağılımı (%).

Saat Aralığı	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
0-8 saat	12,50	42,86	37,50	**30,44**
9-17 saat	0,00	14,29	25,00	**13,04**
18-24 saat	50,00	14,29	12,50	**26,09**
25-36 saat	12,50	0,00	25,00	**13,04**
37-48 saat	25,00	28,57	0,00	**17,39**

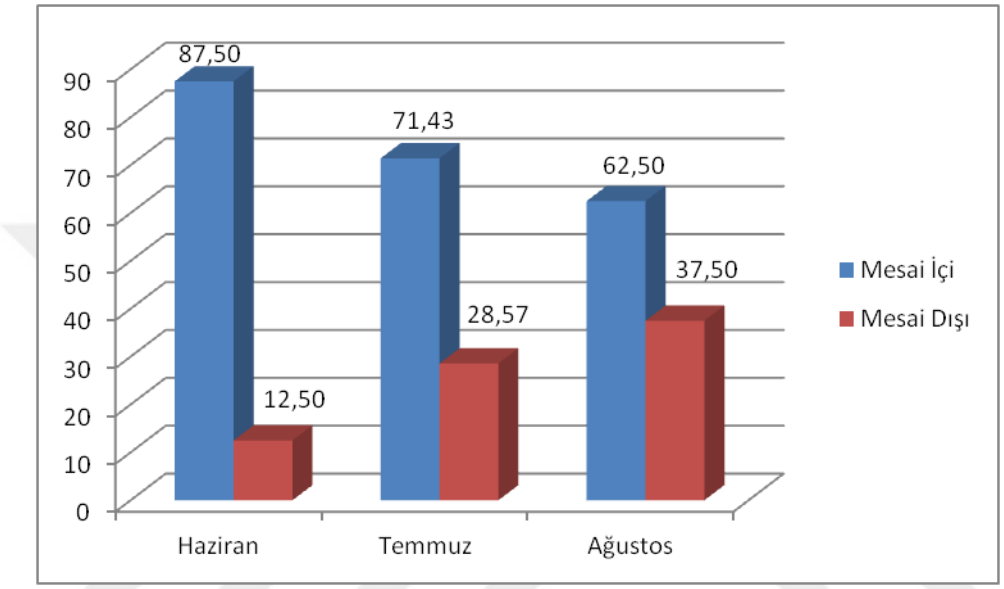


Şekil 3.17. Taburcu/sevk saati ile tekrar yatış arasında geçen sürelere ilişkin grafik (%).

Yoğun bakım ünitesine tekrar yatan hastaların ilk yatış zamanı incelendiğinde; %73,91'inin mesai içi, %26,09'unun mesai dışı zamanda olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.24). Yoğun bakıma tekrar yatan hastaların ilk yatış zamanına göre dağılımı Şekil 3.18'de grafik olarak gösterilmiştir.

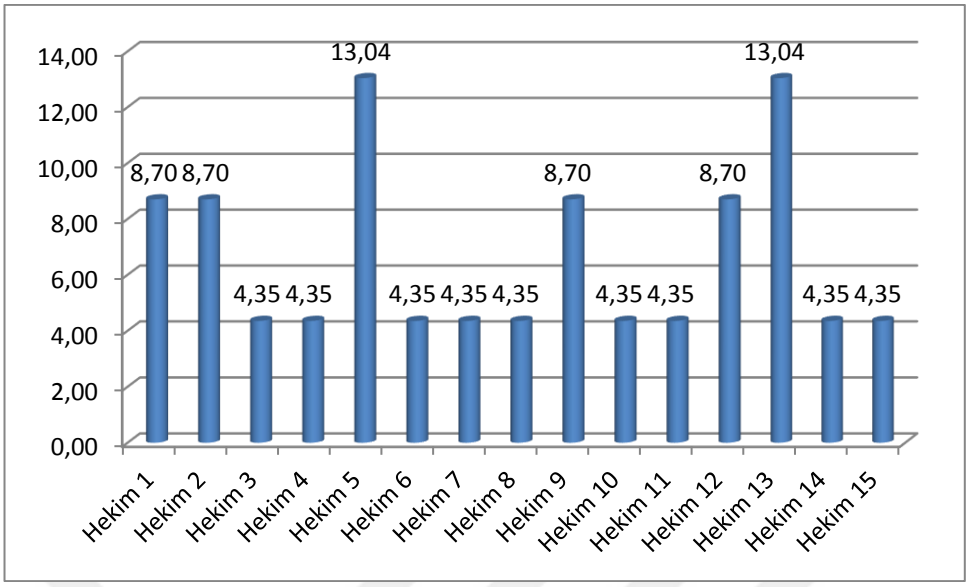
Çizelge 3.24. Yoğun bakım tekrar yatan hastaların ilk yatış zamanı (%).

İlk Yatış Zamanı	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Mesai İçi	87,50	71,43	62,50	**73,91**
Mesai Dışı	12,50	28,57	37,50	**26,09**



Şekil 3.18. Yoğun bakım tekrar yatan hastaların ilk yatış zamanı grafiği (%).

Yoğun bakıma tekrar yatışlar sorumlu hekim bazında incelendiğinde; Hekim 5 ve Hekim 13 %13,04, Hekim1-Hekim 2-Hekim 9 ve Hekim 12 %8,70, diğer hekimler ise %4,35 sonucuna varılmıştır (Şekil 3.19).



Şekil 3.19. Tekrar yatışlarda sorumlu hekim bazında dağılım grafiği (%).

3.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Gösterge Bulguları

Araştırma döneminde erişkin yoğun bakım ünitelerinde yatan toplam 1.417 hastadan 18 hastada bası ülseri oluştuğu saptanmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri yoğun bakım ünitelerinde bası ülseri oranı %1,27 olarak hesaplanmıştır. Yoğun bakımlarda hemşire başına düşen hasta sayısı %4,18 sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.25).

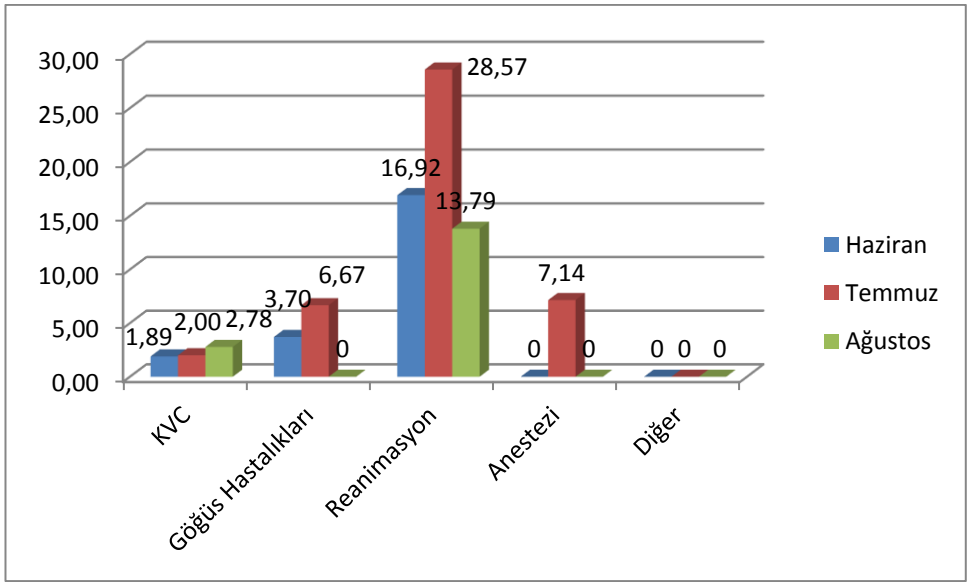
Çizelge 3.25. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranı (%).

	Haziran	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Yoğun Bakımda Yatan Toplam Hasta Sayısı	504	493	420	**1417**
Yoğun Bakımda Bası Ülseri Oluşan Hasta Sayısı	5	8	5	**18**
Yoğun Bakımda Bası Ülseri Oluşan Hasta Sayısı/Yoğun Bakımda Yatan Toplam Hasta Sayısı x100	0,99	1,62	1,19	**1,27**
Yoğun Bakımda Çalışan Toplam Hemşire Sayısı	112	117	110	**339**
Yoğun Bakımda Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı (İlgili Ayda Yatan Hasta Sayısı/ İlgili Ayda Çalışan Hemşire Sayısı)	4,50	4,21	3,82	**4,18**

Yoğun bakım bazında bası ülseri oluşan hasta oranları incelendiğinde; Reanimasyon %17,59, Göğüs hastalıkları %3,37, Anestezi %2,44, KVC %2,16 sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.26). Yoğun bakım bazında bası ülseri oluşan hasta oranları Şekil 3.20'de grafik olarak verilmiştir.

Çizelge 3.26. Yoğun bakım üniteleri bası ülseri oranları (%).

Yoğun Bakımlar	**Haziran**	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
KVC	1,89	2,00	2,78	**2,16**
Göğüs Hastalıkları	3,70	6,67	0,00	**3,37**
Reanimasyon	16,92	28,57	13,79	**17,59**
Anestezi	0,00	7,14	0,00	**2,44**
Genel Cerrahi	0,00	0,00	0,00	**0,00**
İç Hastalıkları	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Kardiyoloji	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Nöroloji	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Göğüs Cerrahi	0,00	0,00	0,00	**0,00**

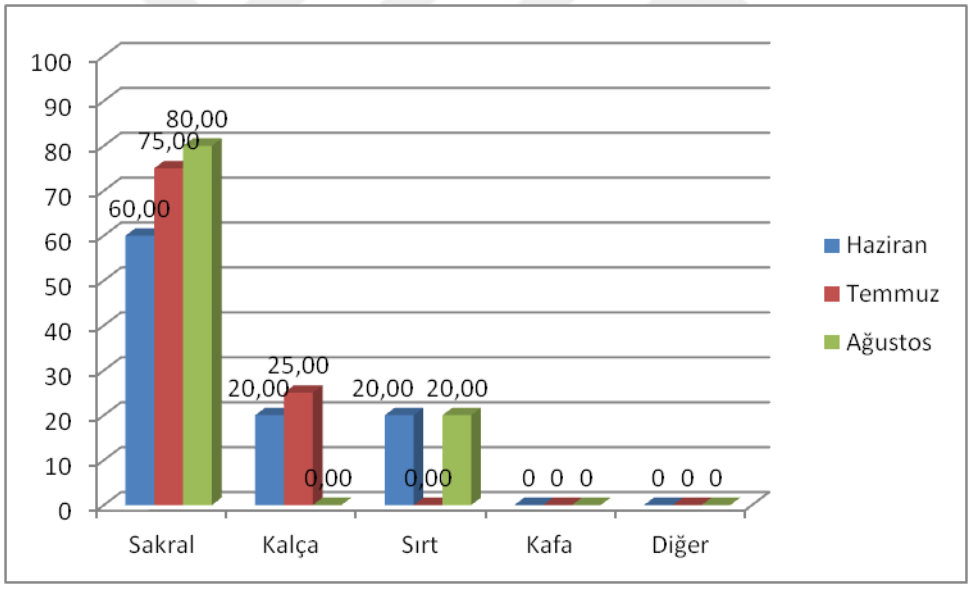


Şekil 3.20. Yoğun bakım üniteleri bası ülseri oranları grafiği.

Bası ülseri gelişen hastalarda ülserin oluştuğu vücut bölgesine göre dağılımı incelendiğinde; %72,22 sakral, %16,67 kalça, %11,11 sırt bölgesinde oluştuğu saptanmıştır (Çizelge 3.27). Bası ülserlerinin oluştuğu bölgelere dağılımı Şekil 3.21'de grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.27. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oluşan vücut bölgesine göre dağılımı.

Bası Ülseri Oluşan Vücut Bölgesi	**Haziran**	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Sakral	60,00	75,00	80,00	**72,22**
Kalça	20,00	25,00	0,00	**16,67**
Sırt	20,00	0,00	20,00	**11,11**
Kafa	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Diğer	0,00	0,00	0,00	**0,00**

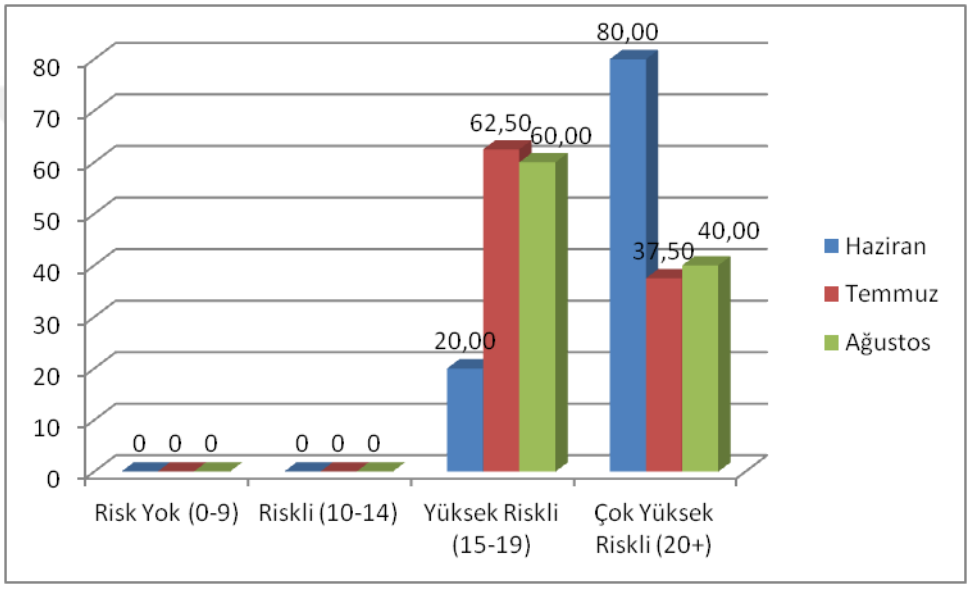


Şekil 3.21. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oluşan vücut bölgesine göre dağılım grafiği.

Bası ülseri gelişen hastalar risk değerlendirme skoruna göre incelendiğinde; %50'sinin çok riskli, %50'sinin yüksek riskli grupta olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.28). Bası ülseri risk değerlendirme skoruna göre dağılım Şekil 3.22'de grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.28. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri bası ülseri risk değerlendirme skoruna göre dağılımı.

Bası Ülseri Risk Değerlendirme Skoruna Göre	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Risk Yok (0-9)	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Riskli (10-14)	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Yüksek Riskli (15-19)	20,00	62,50	60,00	**50,00**
Çok Yüksek Riskli (20+)	80,00	37,50	40,00	**50,00**

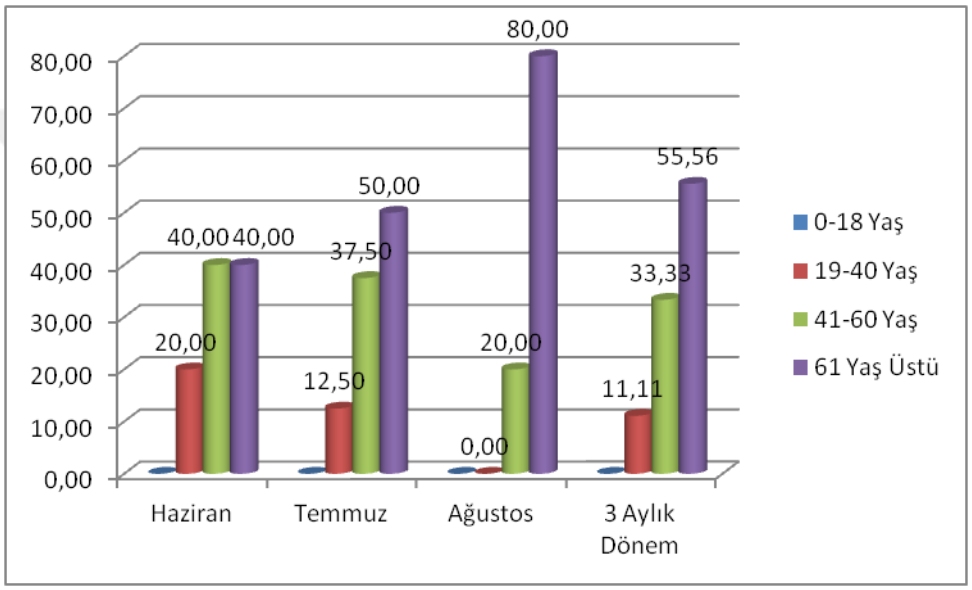


Şekil 3.22. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri bası ülseri risk değerlendirme skoruna göre dağılım grafiği.

Bası ülseri gelişen hastaların yaşa göre dağılımı incelendiğinde; %55,56'sının 61 yaş ve üstü, %33,33'ünün 41-60 yaş, %11,11'inin 19-40 yaş olduğu ve 0-18 yaş grubunda hiç bası ülseri gelişmediği saptanmıştır. (Çizelge 3.29). Bası ülserleri gelişen hastaların yaşa göre dağılımı Şekil 3.23'te grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.29. Bası ülseri gelişen hastaların yaş dağılımı.

Yaş Grubu	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
0-18 Yaş	0,00	0,00	0,00	**0,00**
19-40 Yaş	20,00	12,50	0,00	**11,11**
41-60 Yaş	40,00	37,50	20,00	**33,33**
61 Yaş Üstü	40,00	50,00	80,00	**55,56**

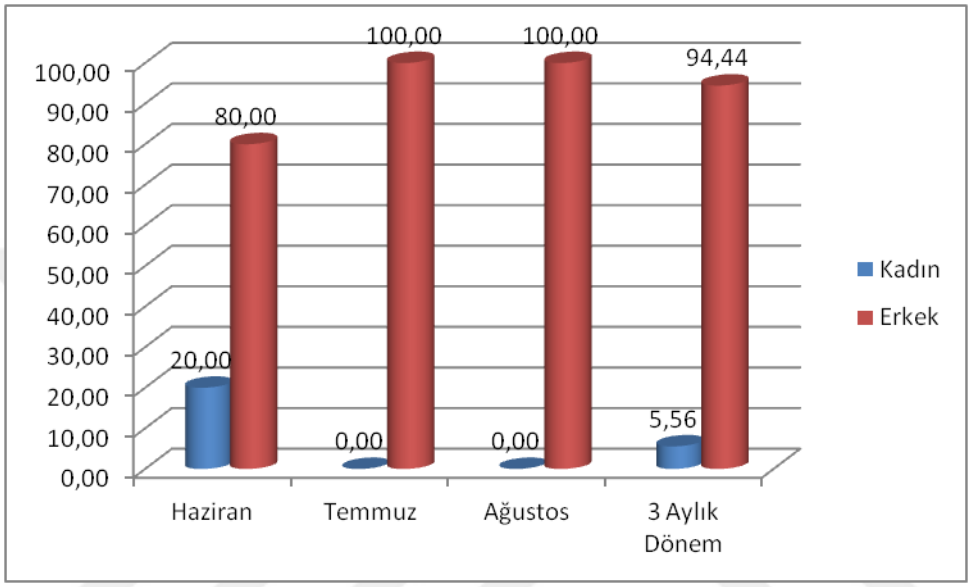


Şekil 3.23. Bası ülseri gelişen hastaların yaş dağılımı grafiği.

Bası ülseri gelişen hastaların cinsiyetleri incelendiğinde; %94,44'ünün erkek, %5,56'sının kadın olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.30). Bası ülserleri gelişen hastaların cinsiyet dağılımı Şekil 3.24'te grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.30. Bası ülseri gelişen hastaların cinsiyet dağılımı.

Cinsiyet	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Kadın	20,00	0,00	0,00	**5,56**
Erkek	80,00	100,00	100,00	**94,44**

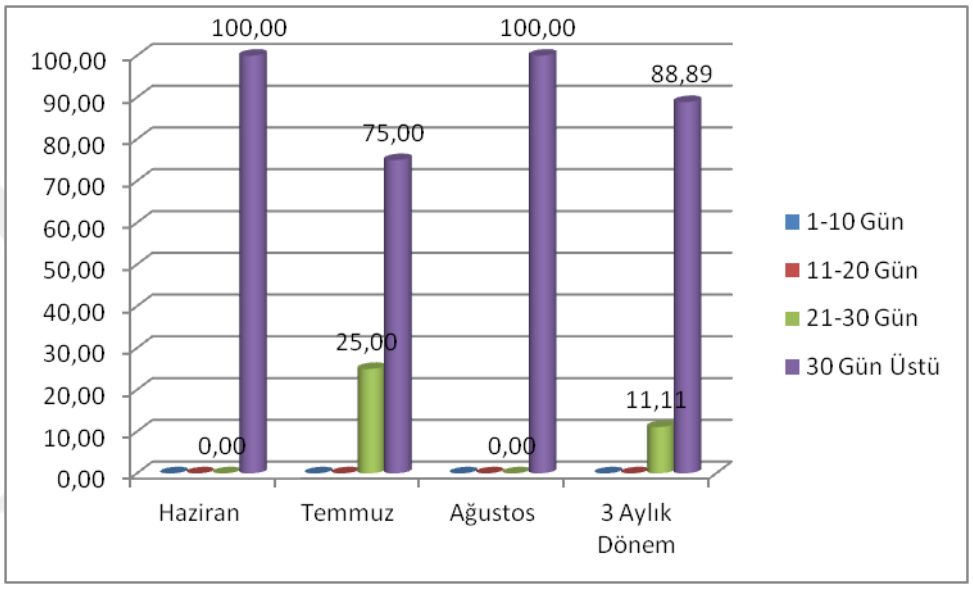


Şekil 3.24. Bası ülseri gelişen hastaların cinsiyet dağılımı grafiği.

Bası ülseri gelişen hastaların yoğun bakımda yattıkları gün sayısı incelendiğinde; %88,89'unun 30 gün üstü, %11,11'inin 21-30 gün yattığı, 20 gün ve altı yatışlarda bası ülseri gelişmediği saptanmıştır (Çizelge 3.31). Bası ülserleri gelişen hastaların yattığı gün sayısına göre dağılımı Şekil 3.25'te grafik olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.31. Bası ülseri gelişen hastaların yattığı gün sayısına göre dağılımı.

Yatılan Gün Sayısı	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
1-10 Gün	0,00	0,00	0,00	**0,00**
11-20 Gün	0,00	0,00	0,00	**0,00**
21-30 Gün	0,00	25,00	0,00	**11,11**
30 Gün Üstü	100,00	75,00	100,00	**88,89**

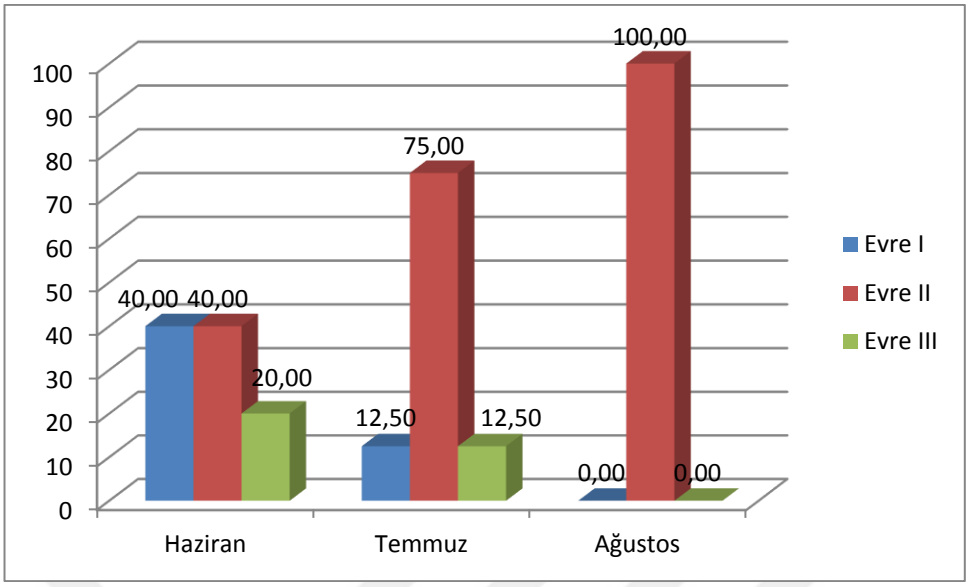


Şekil 3.25. Bası ülseri gelişen hastaların yattığı gün sayısına göre dağılımı grafiği.

Yoğun bakımda gelişen bası ülserleri derecesine göre değerlendirildiğinde; %72,22 Evre II, %16,67 Evre I, %11,11 Evre III olduğu görülmüştür (Çizelge 3.32). Bası ülserinin derecesine göre dağılımı Şekil 3.26'da grafik olarak verilmiştir.

Çizelge 3.32. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri derecesine göre dağılımı (%).

Bası Ülseri Oluşan Hastaların Bası Ülseri Derecesi	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Evre I	40,00	12,50	0,00	**16,67**
Evre II	40,00	75,00	100,00	**72,22**
Evre III	20,00	12,50	0,00	**11,11**

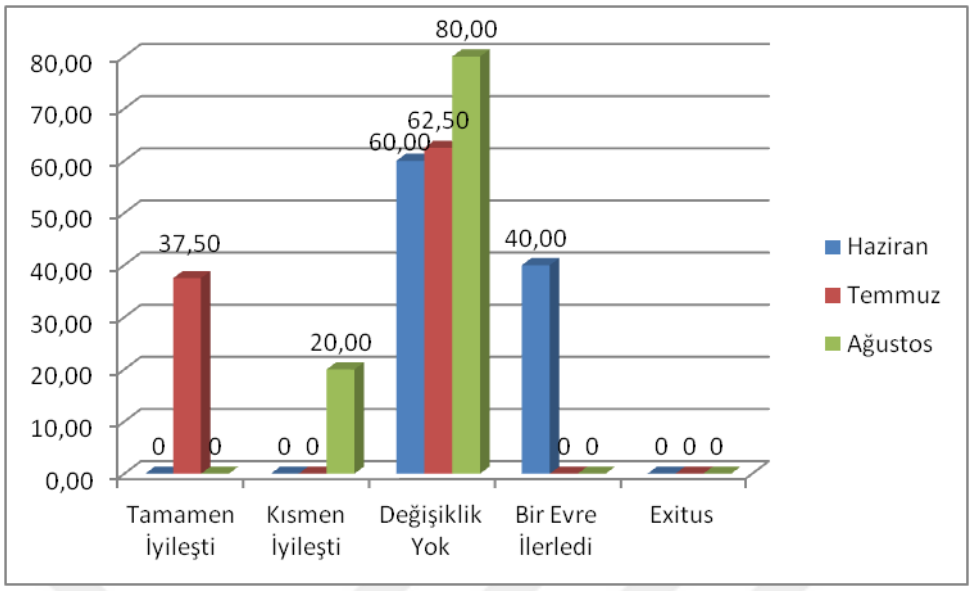


Şekil 3.26. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri derecesi grafiği.

Yoğun bakımda gelişen bası ülserleri sonuçlarına göre değerlendirildiğinde; %66,67 değişiklik olmadığı, %16,66 tamamen iyileştiği, %11,11 bir evre ilerlediği, %5,56 kısmen iyileştiği görülmüştür (Çizelge 3.33). Bası ülserlerinin sonuçlarına göre dağılımı Şekil 3.27'de grafik olarak verilmiştir.

Çizelge 3.33. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri iyileşme oranı.

Bası Ülseri Oluşan Hastaların Sonuçları	**Haziran**	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Tamamen İyileşti	0,00	37,50	0,00	**16,66**
Kısmen İyileşti	0,00	0,00	20,00	**5,56**
Değişiklik Yok	60,00	62,50	80,00	**66,67**
Bir Evre İlerledi	40,00	0,00	0,00	**11,11**
Exitus	0,00	0,00	0,00	**0,00**



Şekil 3.27. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri iyileşme oranı grafiği.

3.10. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Gösterge Bulguları

Araştırma dönemi sonunda Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi alan enfeksiyon sayısı 23, cerrahi girişim geçiren hastalarda yatılan gün sayısı 18.259'dır ve ilgili dönem cerrahi alan enfeksiyon hızı oranı 1.26 olarak hesaplanmıştır (Çizelge 3.34).

Çizelge 3.34. Cerrahi alan enfeksiyon hızı analizi.

	Haziran	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Cerrahi Girişim Geçiren Hastalarda Yatılan Gün Sayısı	6.578	6.605	5.076	**18.259**
Cerrahi Alan Enfeksiyon Sayısı	11	10	2	**23**
Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı Oranı: İlgili Ayda; (Cerrahi Alan Enfeksiyonu Sayısı/Cerrahi Girişim Geçiren Hastalarda Yatılan Gün Sayısı)x1000	1,67	1,51	0,39	**1,26**

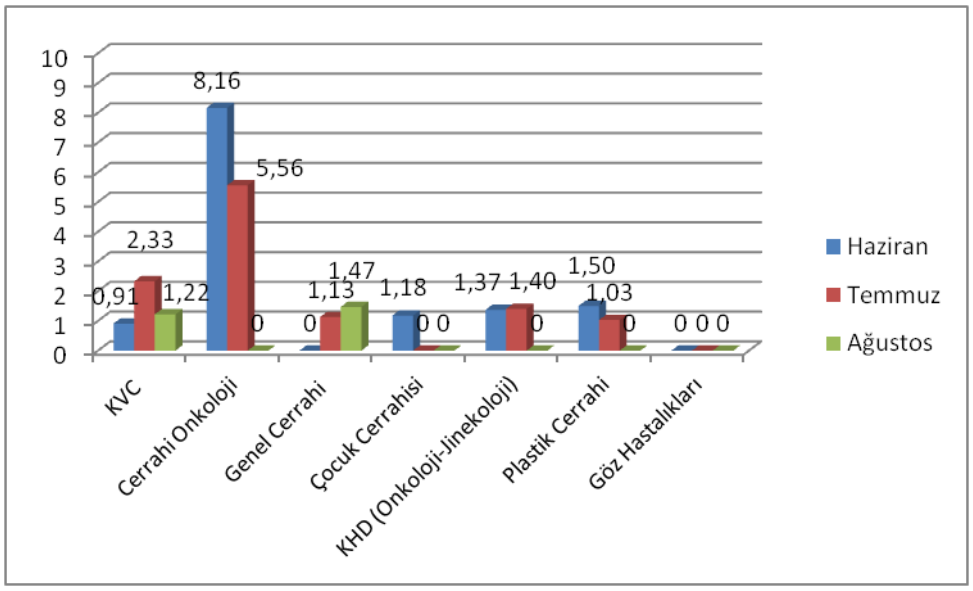
Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesinde bölümlere göre CAE hızları Çizelge 3.35'te verilmiştir. Buna göre; Cerrahi Onkoloji (5.07) ve KVC (1.44) CAE

hızı en yüksek bölümlerdir. Bu bölümleri KHD (0.96), Plastik Cerrahi (0.94), Genel Cerrahi (0.89) ve Çocuk Cerrahisi (0.50) takip etmektedir. Göz hastalıklarında ise CAE gelişmemiştir.

Çizelge 3.35. Cerrahi bölümler cerrahi alan enfeksiyon hızları**.**

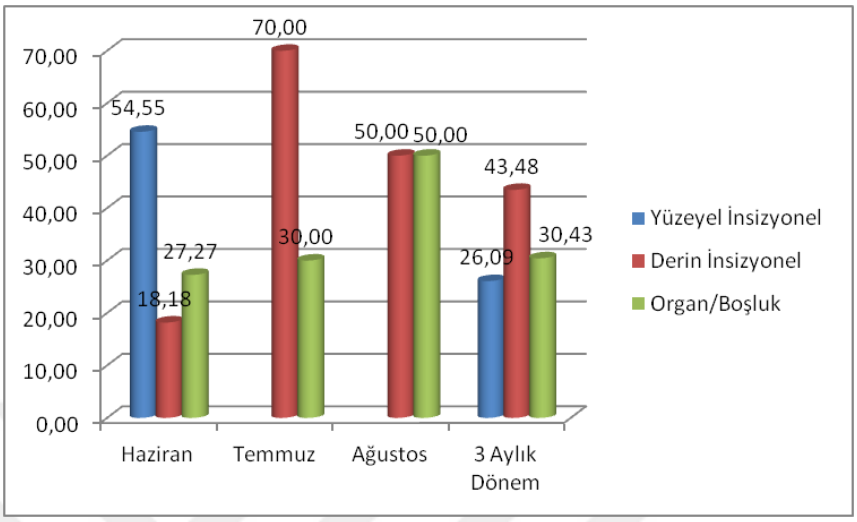
Cerrahi Bölümler	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
KVC	0,91	2,33	1,22	**1,44**
Cerrahi Onkoloji	8,16	5,56	0,00	**5,07**
Genel Cerrahi	0,00	1,13	1,47	**0,89**
Çocuk Cerrahisi	1,18	0,00	0,00	**0,50**
KHD (Onkoloji-Jinekoloji)	1,37	1,40	0,00	**0,96**
Plastik Cerrahi	1,50	1,03	0,00	**0,94**
Göz Hastalıkları	0,00	0,00	0,00	**0,00**

Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde araştırma dönemindeki cerrahi bölümlere göre aylık CAE hızları Şekil 3.28'de grafik olarak verilmiştir. Cerrahi alan enfeksiyonunun en yüksek olduğu dönem Haziran ve Temmuz ayları ve CAE en yüksek olan bölüm Cerrahi Onkoloji olarak saptanmıştır.



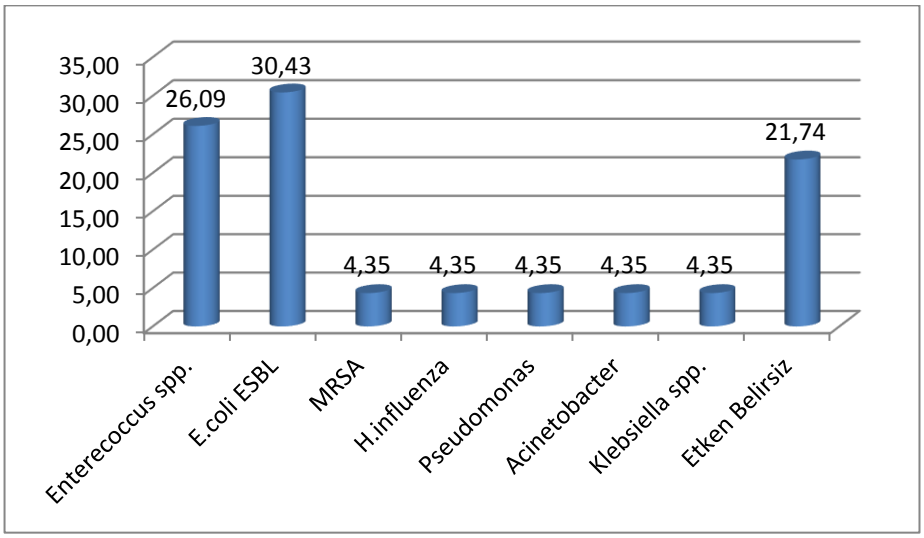
Şekil 3.28. Cerrahi bölümlerin aylara göre cerrahi alan enfeksiyon hızları.

Belirlenen 23 cerrahi alan enfeksiyonunun %26.09'unun yüzeyel, 43.48'inin derin, %33,43'ünün organ boşluk CAE olduğu belirlenmiştir (Şekil 3.29).



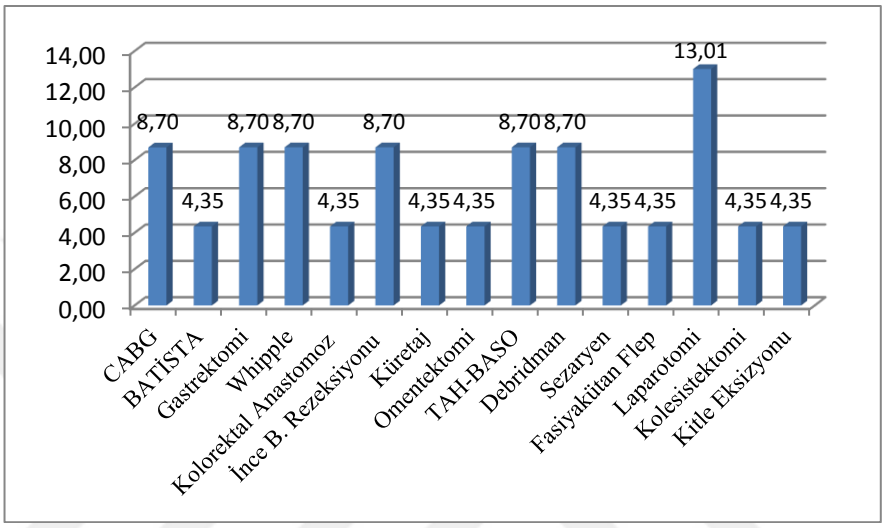
Şekil 3.29. Cerrahi alan enfeksiyonların bölge dağılım grafiği (%).

Cerrahi enfeksiyon gelişen hastalardan alınan kültür sonuçlarının değerlendirilmesi ile elde edilen etken dağılım oranları Şekil 3.30'da verilmiştir. Mikroorganizmalardan en yüksek orana sahip olanlar; *Escherichia coli ESBL* (%30,43), *Enterecoccus spp.* (%26,09) ve belirsiz etkenler (%21,74) olarak bulunmuştur.



Şekil 3.30. Cerrahi alan enfeksiyonlarının etkenlere göre dağılım grafiği (%).

CAE gelişen hastalara yapılan ameliyatlar incelendiğinde Laparotomi, Koroner Bypass Cerrahisi (CABG), Gastrektomi, Whipple, İnce Bağırsak Rezeksiyonu, Total Abdominal Histerektomi-Bilateral. Salpingooferektomi (TAH-BASO) ve Debridman yapılan hastalarda enfeksiyon hızı dikkati çekmektedir (Şekil 3.31).



Şekil 3.31 Cerrahi alan enfeksiyonu gelişen ameliyatların dağılımı (%).

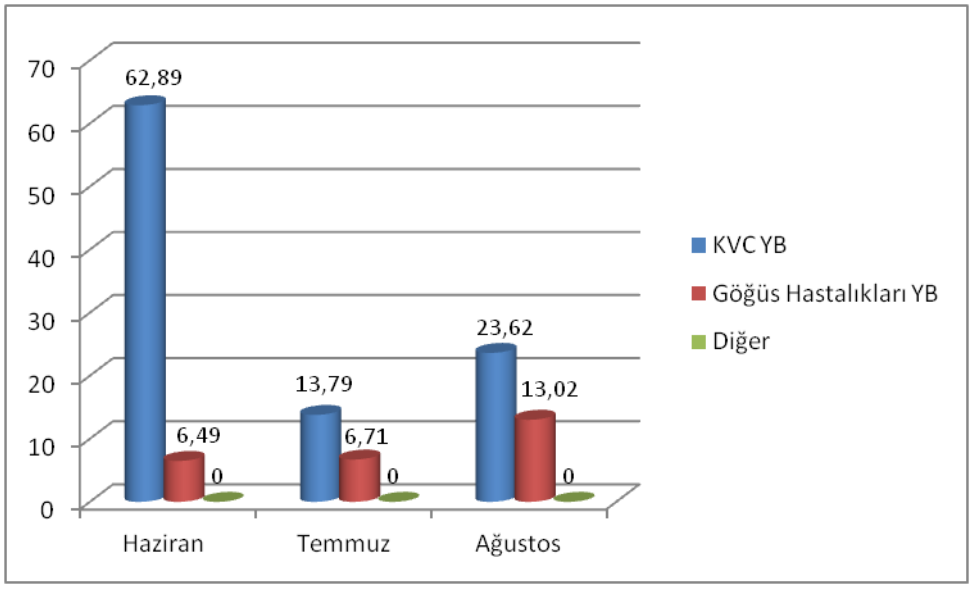
3.11. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Göstergesi Bulguları

Araştırmada 3 aylık dönemde Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yoğun bakım ünitesinde yatan hasta sayısı 1.082, yatılan gün sayısı 1.502, enfeksiyon oluşan hasta sayısı 21'dir. Bu veriler ile hesaplanan Haziran-Temmuz-Ağustos dönemi yoğun bakım üniteleri genel enfeksiyon hızı 13,98 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.36).

Çizelge 3.36. Yoğun bakım ünitesinde hastane enfeksiyon hızı analizi.

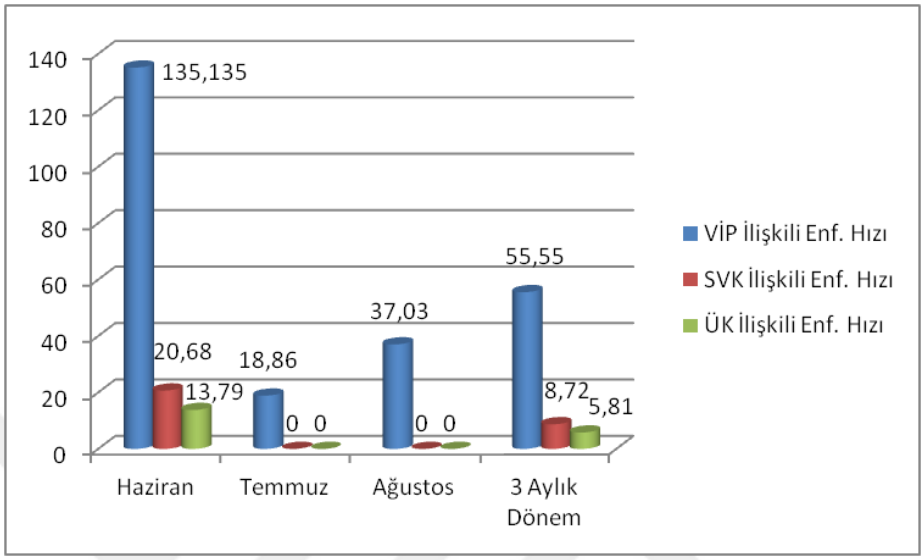
	Haziran	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Yoğun Bakımda Yatan Hasta Sayısı	415	387	280	**1082**
Yoğun Bakımda Yatılan Gün Sayısı	600	473	429	**1.502**
Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda Enfeksiyon Oluşan Hasta Sayısı	11	3	7	**21**
Yoğun Bakım Ünitesinde Enfeksiyon Hızı Oranı: İlgili Ayda; (Yoğun Bakımda Enfeksiyon Oluşan Hasta Sayısı/Yatan Toplam Yatılan Gün Sayısı) x 1000	18,33	6,34	16,32	**13,98**

Yoğun bakım üniteleri tiplerine göre enfeksiyon hızları Şekil 3.32'de verilmiştir. Buna göre; 3 seviye KVC yoğun bakım ünitesinde; Haziran ayı enfeksiyon hızı 62,89, Temmuz ayı enfeksiyon hızı 13,79, Ağustos ayı enfeksiyon hızı 23,62 olarak bulunmuştur. 2. Seviye Göğüs Hastalıkları yoğun bakım ünitesinde ise Haziran ayı enfeksiyon hızı 6,49, Temmuz ayı enfeksiyon hızı 6,71, Ağustos ayı enfeksiyon hızı 13,02 olarak saptanmıştır. Diğer (Genel Cerrahi YB, Koroner YB) yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon gelişmemiştir.



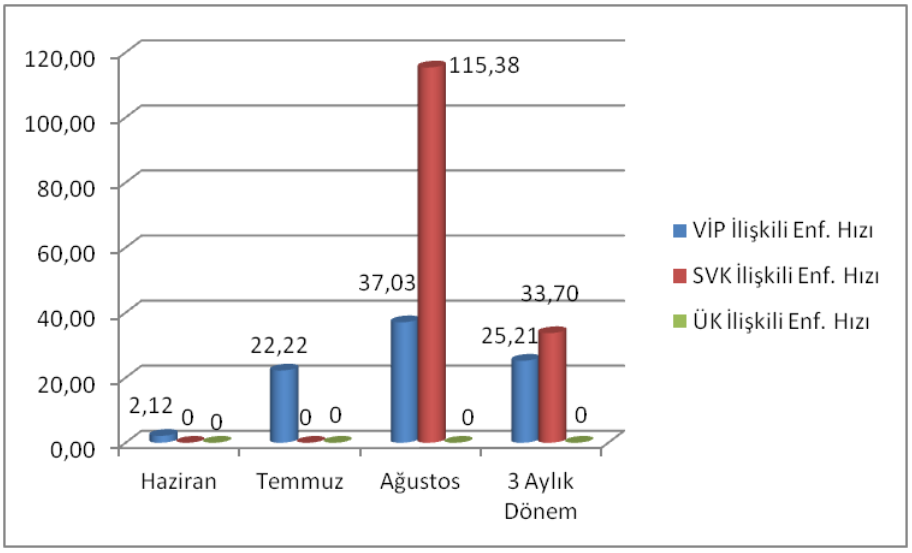
Şekil 3.32. Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi yoğun bakım üniteleri enfeksiyon hızları.

Araştırma döneminde 3. Seviye KVC yoğun bakım ünitesinde VİP ilişkili enfeksiyon hızı 55,55, SVK ilişkili enfeksiyon hızı 8,72, ÜK ilişkili enfeksiyon hızı 5,81 bulunmuştur (Şekil 3.33).



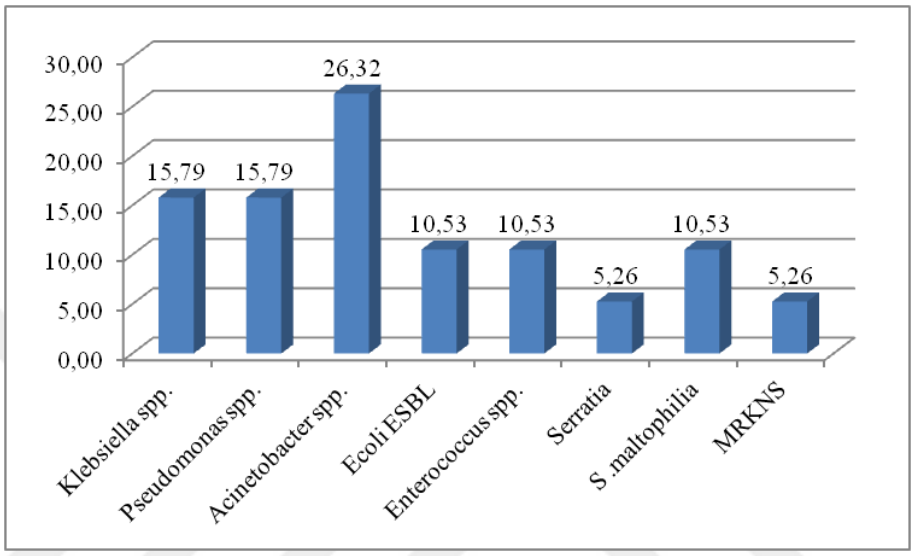
Şekil 3.33. KVC yoğun bakım ünitesi invaziv araç ilişkili enfeksiyon hızları.

Araştırma döneminde 2. Seviye Göğüs Hastalıkları yoğun bakım ünitesinde VİP ilişkili enfeksiyon hızı 25,21, SVK ilişkili enfeksiyon hızı 33,70, ÜK ilişkili enfeksiyon hızı 0,0 bulunmuştur (Şekil 3.34).



Şekil 3.34. Göğüs Hastalıkları yoğun bakım ünitesi invaziv araç ilişkili enfeksiyon hızları.

Yoğun bakım ünitelerindeki enfeksiyon oluşan hastalardan alınan kültür sonuçları değerlendirilerek belirlenen etken dağılım oranları grafiği Şekil 3.35'te verilmiştir. Şekilde de görüleceği gibi mikroorganizmalardan en yüksek orana sahip olanlar; *Acinetobacter spp*. (%26,32), *Pseudomonas spp*. (%15,79) ve *MRKNS* (%15,79)'dir.



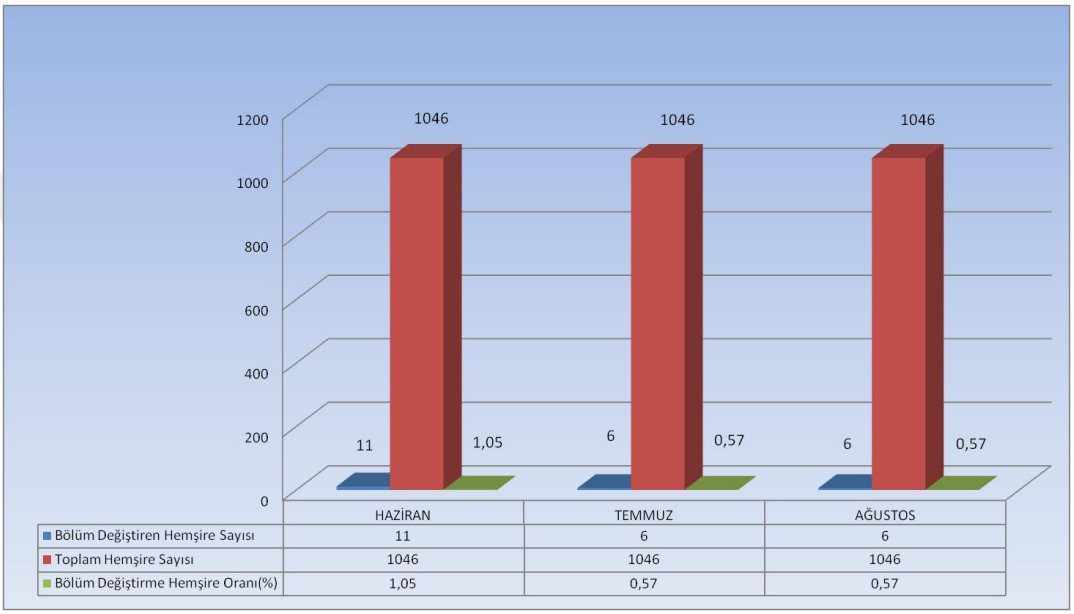
Şekil 3.35. Yoğun bakım ünitesi hastane enfeksiyonu etkenleri (%)**.**

3.12. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Göstergesi Bulguları

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 2013 yılı Haziran-Temmuz-Ağustos döneminde çalışan toplam 23 hemşirenin bölüm değişikliği yapılmıştır. Hemşire bölüm değiştirme oranı dönem sonunda 0,73 olarak hesaplanmıştır (Çizelge 3.37). Bölümü değiştirilen hemşire sayıları ve oranları Şekil 3.36'da grafik olarak verilmiştir.

Çizelge 3.37. Hemşirelerin bölüm değiştirme oranı analizi (%).

	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Çalışan Hemşire Sayısı	1.046	1.046	1.046	**3.138**
Bölüm Değiştiren Hemşire Sayısı	11	6	6	**23**
Bölüm Değiştiren Hemşire Sayısı/Çalışan Hemşire Sayısı x 100	1,05	0,57	0,57	**0,73**



Şekil 3.36. Bölümü değiştirilen hemşire oranı (%).

Bölümü değiştirilen hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; 18-30 yaş grubu %43.48, 31-45 yaş grubu %52.17, 46 yaş ve üstü 4.35 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.38).

Çizelge 3.38. Bölümü değiştirilen hemşirelerin yaşı (%).

Yaş Dağılımı	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
18-30	45,45	0,00	20,00	**43,48**
31-45	45,45	100,00	80,00	**52,17**
46-…	9,09	0,00	0,00	**4,35**

Bölümü değiştirilen hemşirelerin çalışmakta olduğu bölümlere göre dağılımı ise; Cerrahi Klinikler %13.04, Dahili Klinikler %47.84, Yoğun Bakım %13.04, Poliklinik %13.04, Diğer %13.04'tür (Çizelge 3.39).

Çizelge 3.39. Bölümü değiştirilen hemşirelerin çalıştığı birim dağılımı (%).

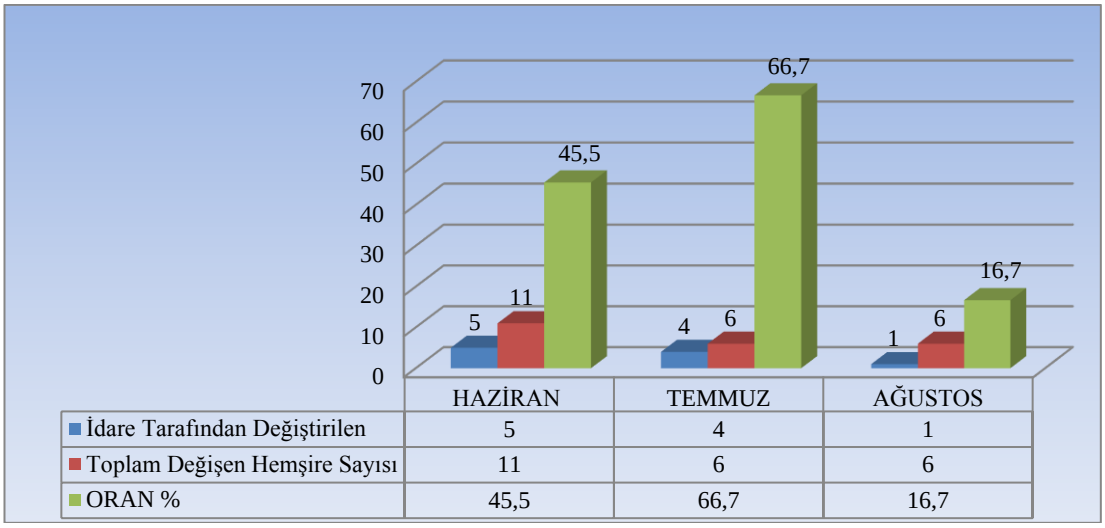
Çalıştığı Birim	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Cerrahi Klinik	18,18	0,00	16,67	**13,04**
Dahili Klinik	27,27	66,67	66,67	**47,84**
Yoğun Bakım	18,18	0,00	16,67	**13,04**
Ameliyathane	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Poliklinik	9,09	33,33	0,00	**13,04**
Diğer	27,27	0,00	0,00	**13,04**

Bölümü değiştirilen hemşirelerin değişim nedenleri incelendiğinde; kendi isteği ile ayrılanların %8.7, idare tarafından yeri değiştirilenlerin %43.48, sağlık durumu nedeniyle %8.7, eleman eksikliği nedeni ile rotasyon %39.12 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.40).

Çizelge 3.40. Bölümü değiştirilen hemşirelerin değişim nedenlerine göre dağılımı (%).

Ayrılma Nedeni	Haziran	Temmuz	Ağustos	3 Aylık Dönem
Kendi İsteği İle	0,00	0,00	33,33	**8,7**
İdare Tarafından	45,45	66,67	16,67	**43,48**
Sağlık Durumu	9,09	0,00	16,67	**8,7**
Görevde Yükselme	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Eleman Eksikliği Nedeni İle Rotasyon	45,45	33,33	33,33	**39,12**

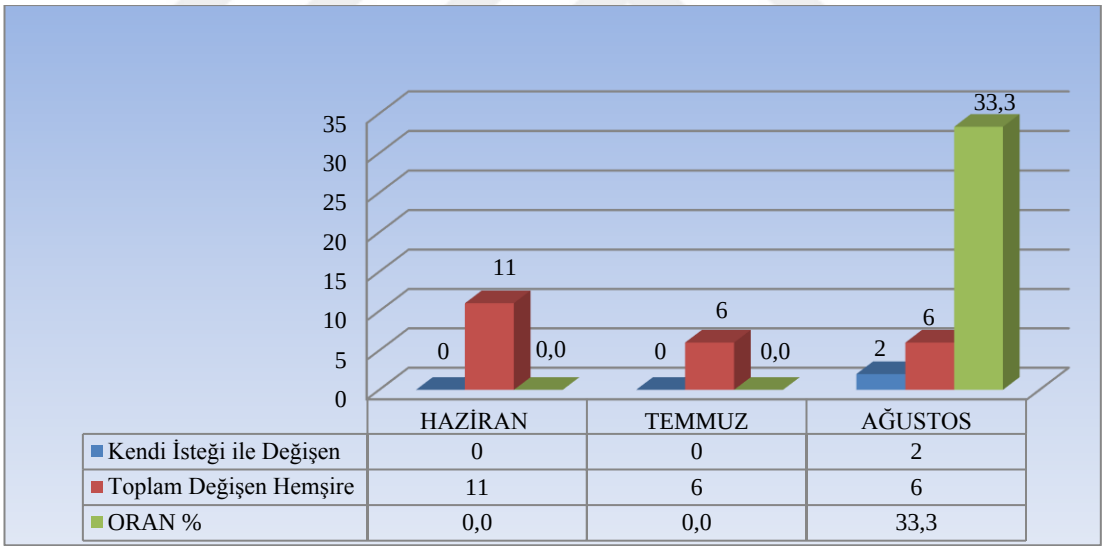
Bölümü değiştirilen hemşirelerin değişim nedenleri incelendiğinde, idare tarafından bölümü değiştirilen hemşire oranı; Haziran ayında %45.5, Temmuz ayında %66.7, Ağustos ayında ise %16.7'dir (Şekil 3.37).



	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS
İdare Tarafından Değiştirilen	5	4	1
Toplam Değişen Hemşire Sayısı	11	6	6
ORAN %	45,5	66,7	16,7

Şekil 3.37. İdare tarafından bölümü değiştirilen hemşire oranı (%).

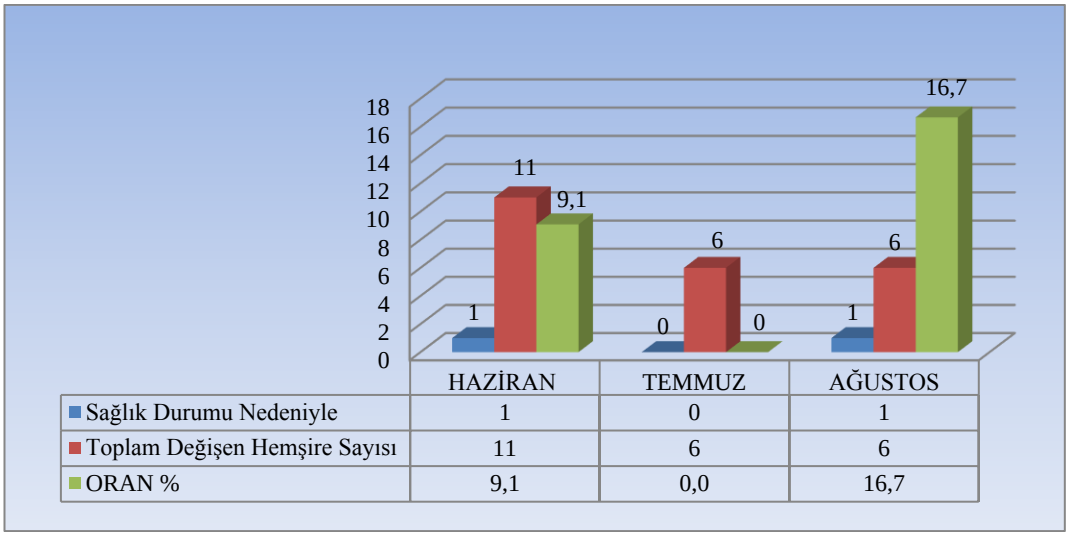
Bölümü değiştirilen hemşirelerden kendi isteği ile bölümü değiştirilenlerin oranı; Haziran ve Temmuz ayında %0.0, Ağustos ayında ise %33.3'tür (Şekil 3.38).



	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS
Kendi İsteği ile Değişen	0	0	2
Toplam Değişen Hemşire	11	6	6
ORAN %	0,0	0,0	33,3

Şekil 3.38. Kendi isteği ile bölümü değiştirilen hemşire oranı (%).

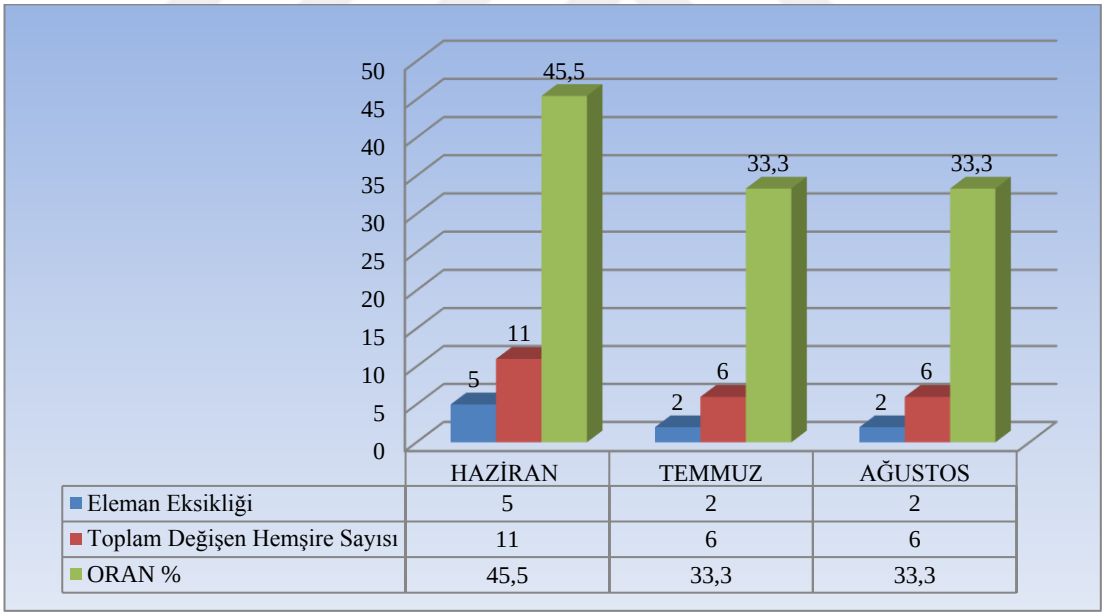
Sağlık durumu nedeni ile bölümü değiştirilen hemşire oranları; Haziran ayında %9.1, Temmuz ayında %0.0, Ağustos ayında ise %16.7'dir (Şekil 3.39).



	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS
Sağlık Durumu Nedeniyle	1	0	1
Toplam Değişen Hemşire Sayısı	11	6	6
ORAN %	9,1	0,0	16,7

Şekil 3.39. Sağlık durumu nedeniyle bölümü değiştirilen hemşire oranı (%).

Eleman eksikliği nedeni ile bölümü değiştirilen hemşire oranları; Haziran ayında %45.5, Temmuz ayında %33.3, Ağustos ayında ise %33.3'tür (Şekil 3.40).



	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS
Eleman Eksikliği	5	2	2
Toplam Değişen Hemşire Sayısı	11	6	6
ORAN %	45,5	33,3	33,3

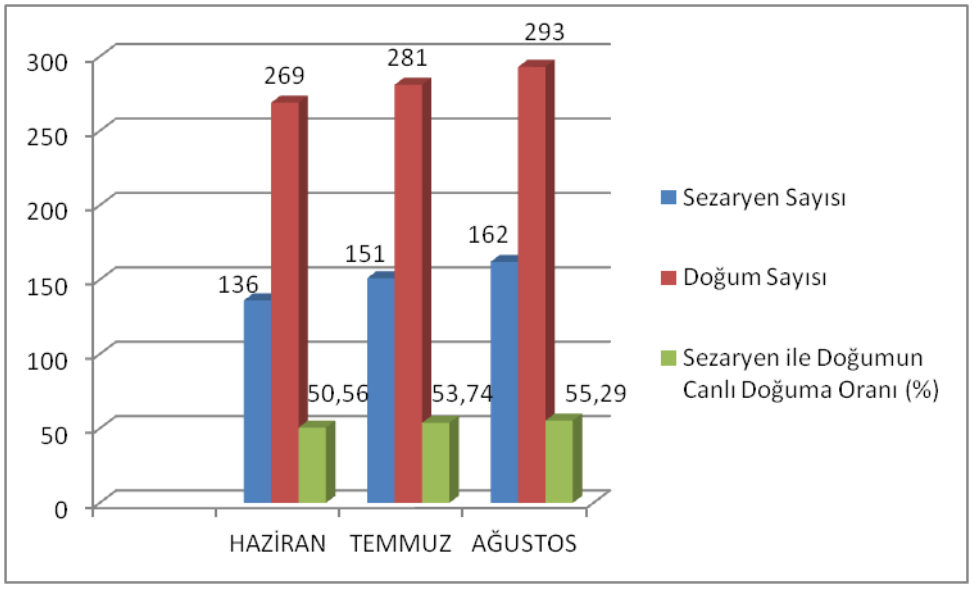
Şekil 3.40. Eleman eksikliği nedeniyle bölümü değiştirilen hemşire oranı (%).

3.13. Sezaryen Oranı Gösterge Bulguları

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 2013 yılı Haziran-Temmuz-Ağustos döneminde toplam 843 canlı doğum gerçekleşmiş olup sezaryen ile doğum sayısı 449'dur. Sezaryen ile doğumun canlı doğum sayısına oranı %53,26 olarak hesaplanmıştır (Çizelge 3.41). Şekil 3.41'de aylara göre sezaryen oranları grafik olarak verilmiştir.

Çizelge 3.41. Sezaryen oranı analizi (%).

Ay	Sezaryen Sayısı	Canlı Doğum Sayısı	Sezaryen ile Doğumun Canlı Doğum Sayısına Oranı (%)
Haziran	136	269	50,56
Temmuz	151	281	53,74
Ağustos	162	293	55,29
3 Aylık Dönem	**449**	**843**	**53,26**

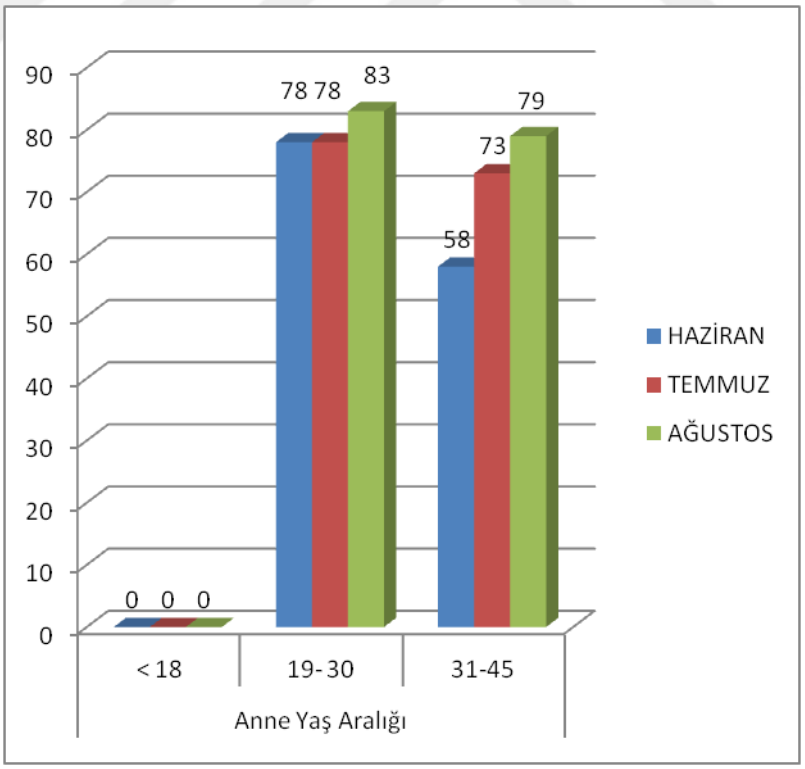


Şekil 3.41. Sezaryen ile doğumun canlı doğuma oranı (%).

Araştırmada sezaryen ile doğum yapan annelerin yaş grupları incelendiğinde; 19-30 yaş arası annelerin oranı %53,23 (239), 31-45 yaş anne oranı %46,77 (210) bulunmuştur (Çizelge 3.42). Şekil 3.42'de anne yaş gruplarına göre dağılım grafik olarak verilmiştir.

Çizelge 3.42. Sezaryen ile doğum yapan anne yaş dağılımı.

Ay	Anne Yaş Aralığı		
	< 18	**19- 30**	**31-45**
Haziran	0	78	58
Temmuz	0	78	73
Ağustos	0	83	79
3 Aylık Dönem	**0**	**239**	**210**

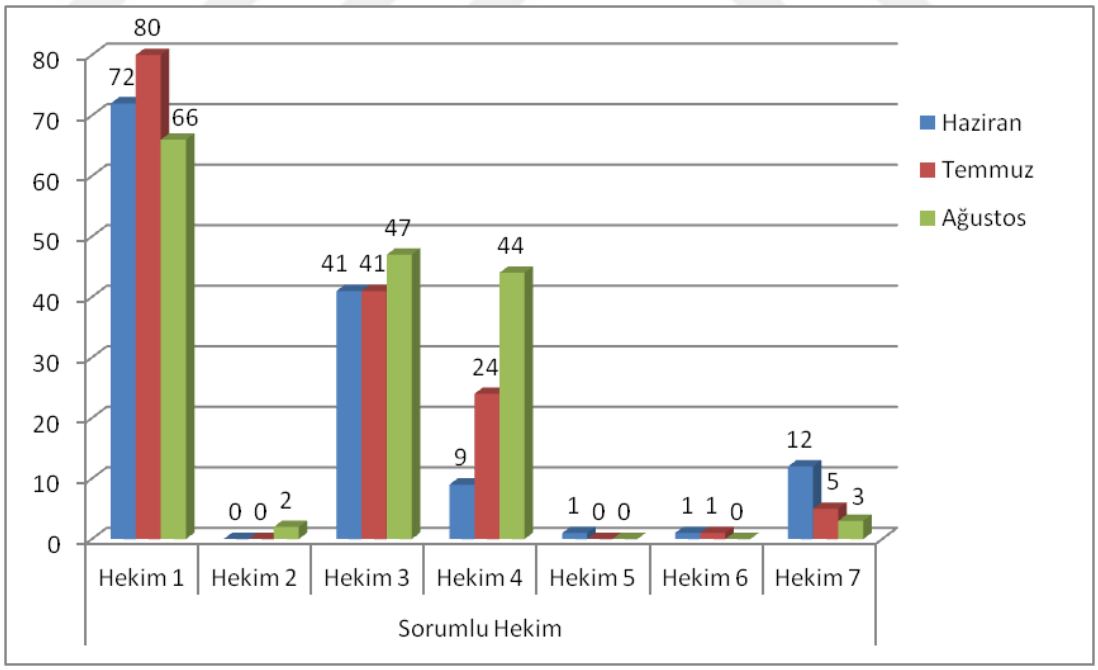


Şekil 3.42. Sezaryen oranı anne yaş dağılımı.

Araştırmada sezaryen ile doğum yapan 449 hastanın sorumlu hekimi incelendiğinde; 218 %48.55'i (218) Hekim-1, %0.45'i (2) Hekim-2, %28.73'ü (129) Hekim-3, %17.15'i (77) Hekim-4, %0.22 (1) Hekim-5, %0.45'i (2) Hekim-6, 20 %4.45'i (20) Hekim-7 sorumluluğunda olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.43). Şekil 3.43'te sorumlu hekim dağılımı grafik olarak verilmiştir.

Çizelge 3.43. Sezaryen oranı sorumlu hekimi.

Ay	Sorumlu Hekim						
	Hekim 1	Hekim 2	Hekim 3	Hekim 4	Hekim 5	Hekim 6	Hekim 7
Haziran	72	0	41	9	1	1	12
Temmuz	80	0	41	24	0	1	5
Ağustos	66	2	47	44	0	0	3
3 Aylık Dönem	**218**	**2**	**129**	**77**	**1**	**2**	**20**



Şekil 3.43. Sezaryen oranı sorumlu hekime göre dağılımı.

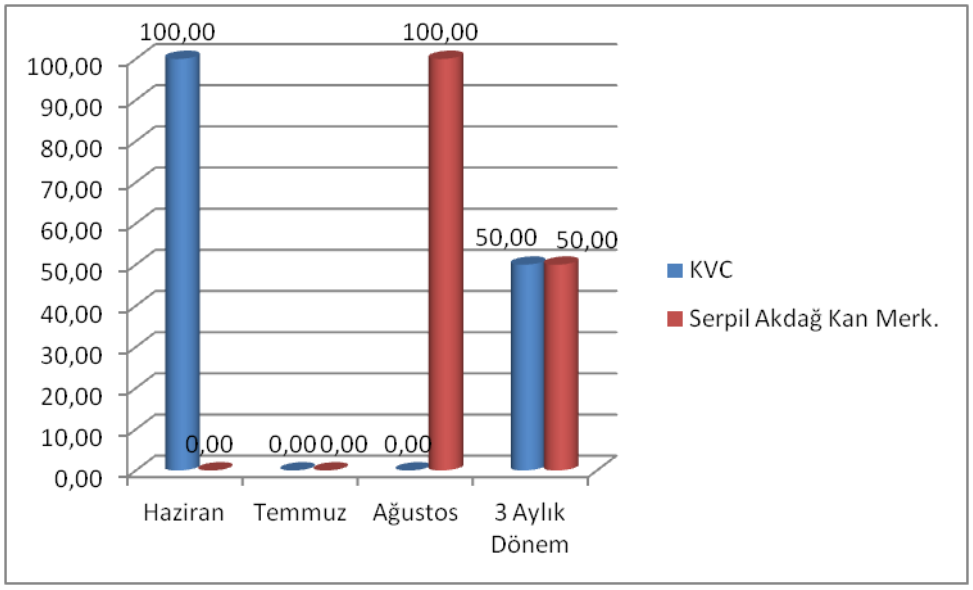
3.14. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Gösterge Bulguları

Araştırma döneminde Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesinde toplam 1898 çalışandan Haziran ayında 1, Ağustos ayında 1 çalışan kesici/delici alet yaralanmasına maruz kaldığına ilişkin bildirimde bulunmuştur. Dönem sonunda kesici/delici alet ile yaralanma oranı %0,04 olarak hesaplanmıştır (Çizelge 3.44).

Çizelge 3.44. Kesici/delici alet yaralanmaları oranı analizi.

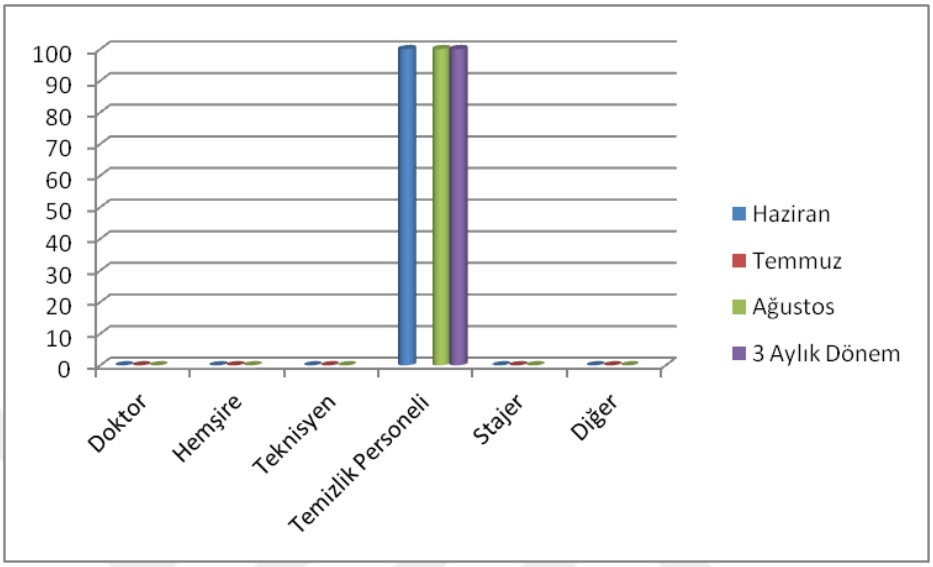
	Haziran	**Temmuz**	**Ağustos**	**3 Aylık Dönem**
Toplam Çalışan Sayısı	1898	1898	1898	**5.694**
Kesici/Delici Alet Yaralanma Sayısı	1	0	1	**2**
Kesici/Delici Alet ile Yaralanma Oranı; İlgili Ayda; (Toplam Kesici/Delici Alet Yaralanma Sayısı/Toplam Çalışan Sayısı) x 100	0,05	0,00	0,05	**0,04**

Araştırma döneminde bildirimi yapılan kesici/delici alet yaralanmaları bölümlere göre incelendiğinde Haziran ayında Kalp ve Damar Cerrahisi'nde, Ağustos ayında ise Serpil Akdağ Kan Merkezi'nde yaşandığı görülmüştür (Şekil 3.44).



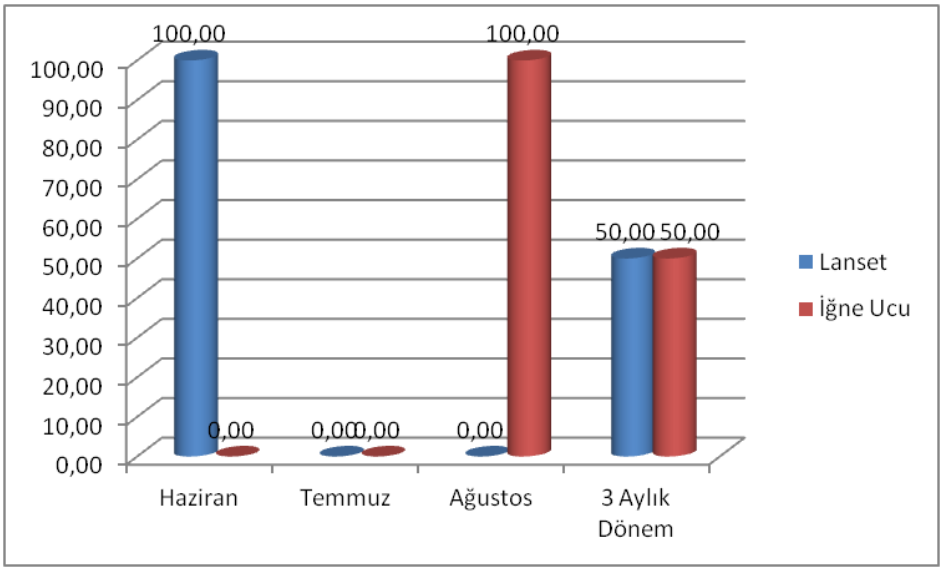
Şekil 3.44. Bölüm bazında kesici/delici alet yaralanmaları.

Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde bildirimi yapılan kesici/delici alet yaralanmasına maruz kalanlar meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde; her ikisinin de temizlik personeli olduğu görülmektedir (Şekil 3.45).



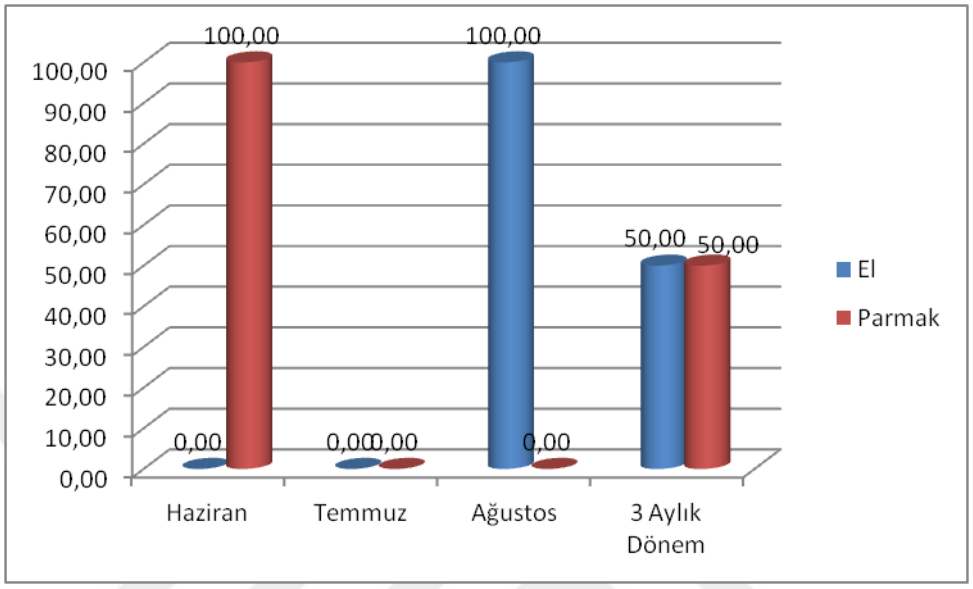
Şekil 3.45. Meslek gruplarına göre kesici/delici alet yaralanmaları.

Araştırma döneminde bildirimi yapılan kesici/delici alet yaralanmasına maruz kalma olayları, yaralanmaya neden olan aletlere göre değerlendirildiğinde; Haziran ayında lanset, Ağustos ayında ise iğne ucu ile gerçekleştiği saptanmıştır (Şekil 3.46).



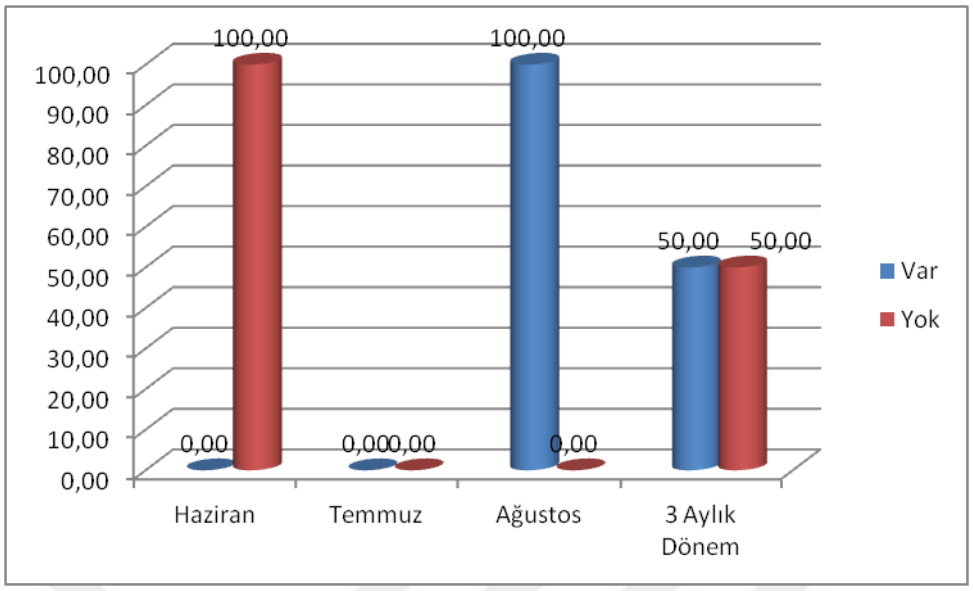
Şekil 3.46. Kesici/delici alet yaralanmasına neden olan alet.

Araştırma döneminde bildirimi yapılan kesici/delici alet yaralanmasına maruz kalanlar yaralanma bölgesine göre değerlendirildiğinde; Haziran ayında parmak, Ağustos ayında ise el bölgesinde gerçekleştiği belirlenmiştir (Şekil 3.47).



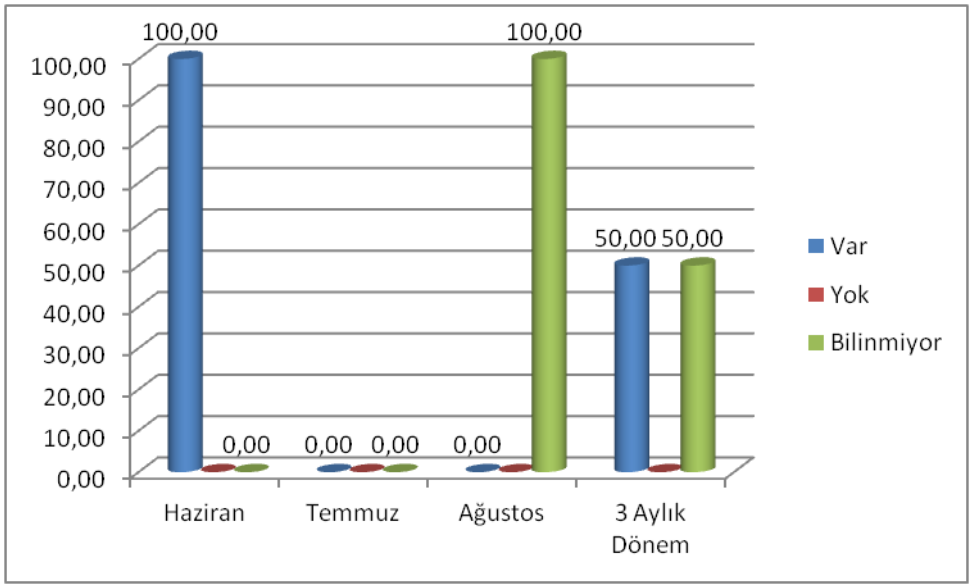
Şekil 3.47. Kesici/delici alet yaralanmalarında yaralanma bölgesi.

Araştırma döneminde bildirimi yapılan kesici/delici alet yaralanmasına maruz kalan çalışanların koruyucu ekipman kullanımı değerlendirildiğinde; Haziran ayında yaşanan olayda koruyucu ekipman kullanılmadığı, Ağustos ayında yaşanan olayda koruyucu ekipman kullanıldığı belirlenmiştir (Şekil 3.48).



Şekil 3.48. Kesici/delici alet yaralanmalarında koruyucu ekipman kullanımı.

Araştırma döneminde bildirimi yapılan kesici/delici alet yaralanmasına maruz kalma olaylarında yaralanmaya neden olan aletlerin kontamine olup olmadığı değerlendirildiğinde; Haziran ayında yaşanan olayda aletin kontamine olduğu, Ağustos ayında yaşanan olayda ise kontamine olup olmadığının bilinmediği saptanmıştır (Şekil 3.49).



Şekil 3.49. Kontamine alet ile yaralanma durumu**.**

3.15. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışanlar Gösterge Bulguları

Araştırma dönemi kapsamında Haziran, Temmuz ve Ağustos ayında Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çalışan Sağlığı Birimi'ne kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışan başvurusu olmadığından veri toplama formu '0' olarak doldurulmuştur.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma bulgularına ilişkin tartışmalara yer verilmiştir.

4.1. Ameliyat Masası Kullanım Oranları

Ameliyat masası kullanım oranı, ameliyat masalarının etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak için geliştirilen bir ölçüm yöntemidir. Bu çalışma ile kliniklerin ameliyat masası kullanım sürelerine ilişkin analizlerini yaparak; hasta bekleme sürelerini azaltma, hastane kaynaklarını, zaman, emek, maliyet açısından en uygun ve verimli şekilde kullanmaya yönelik iyileştirme faaliyetlerinin planlanması amaçlanmıştır.

Araştırmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 3 aylık dönem için ortalama ameliyat masası kullanım oranının %71,58 olduğu sonucuna varılmıştır. Kliniklere göre ameliyat masası kullanım oranlarının; Kardiyoloji kliniği için %57.88, Çocuk Cerrahisi kliniği için %76.25, Göğüs Cerrahisi kliniği için %61.93, Genel Cerrahi kliniği için %85.45, Göz kliniği için %29.25, Kulak Burun Boğaz kliniği için %69.25, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği için %55.92, Kalp ve Damar Cerrahisi kliniği için %59.96, Nöroşirurji kliniği için %119.50, Ortopedi kliniği için %102.36, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi kliniği için %94.13, Üroloji kliniği için %47.06 olduğu saptanmıştır. Nöroşiruji (%119,50) ve Ortopedi (%102,36) kliniklerinde ameliyat masalarının fazla kullanıldığı, diğer masalarda ise ameliyat masalarının görece daha az kullanıldığı sonucuna varılmıştır. Göz Hastalıkları (%29,25) ameliyat masası kullanımı en düşük bölüm olarak bulunmuştur.

Ameliyat masası kullanım oranında hedef değer %100'dür. Sonucun %100 olması ilgili masada gerçekleştirilen ameliyatların toplamının toplam mesai saatine eşit olması demektir. Sonucun %100'ün üstüne çıkması ameliyat masasının fazla

kullanımını; %100'ün altına inmesi ise ameliyat masasının az kullanımını göstermektedir (Öztaş ve ark., 2015). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 3 aylık araştırma döneminde (Haziran-Temmuz-Ağustos) ameliyat masası kullanım oranı (%71,58) hedef değerin altındadır.

Literatürde, bu araştırmanın bulguları ile benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Orman ve ark. 01.07.2011-01.06.2012 tarihleri arasındaki 11 aylık dönemi içeren bir çalışmasında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, ameliyat masası kullanım oranları, 2011 yılı için %60, 2012 yılı için %68 olarak verilmiştir (Orman ve ark., 2013). Orman ve ark. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 01.01.2012-30.06.2012 tarihleri arasındaki 6 aylık dönemde, ameliyat masası kullanım oranları, ortopedi kliniği için %111, kadın doğum kliniği için %46, genel cerrahi kliniği için %80, nöroşirurji kliniği için %64, üroloji kliniğini için %69 ve plastik ve rekonstriktif cerrahi kliniği için %48 olarak belirlenmiştir. Ortalama ameliyat masası kullanım oranı, 6 aylık dönem için %69 olarak bulunmuştur (Orman ve ark., 2012).

Yapılan bu araştırmadan farklı olarak ameliyathanelerin fazla kullanımına ilişkin sonuçların elde edildiği çalışmalar da bulunmaktadır. Öztaş ve ark., Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki çalışmalarında ameliyat masası kullanım oranı 2014 yılının 1. dönemi sonunda Beyin Cerrahisi kliniği için %151, Genel Cerrahi kliniği için %118, Kulak Burun Boğaz kliniği için %45, Kadın Doğum kliniği için %124, Kardiyovasküler Cerrahi kliniği için %122, Ortopedi kliniği için %132, Plastik Cerrahi kliniği için %97 ve Üroloji kliniği için %121 iken, 2015 yılı 2. döneminde (Nisan-Mayıs-Haziran) sırasıyla Beyin Cerrahisi kliniği için %110, Genel Cerrahi kliniği için %112, Kulak Burun Boğaz kliniği için %92, Kadın Doğum kliniği için %129, Kardiyovasküler Cerrahi kliniği için %116, Ortopedi kliniği için %121, Plastik Cerrahi kliniği için %82 ve Üroloji kliniği için %106'dır. Çalışmanın yapıldığı 17 aylık dönemdeki ameliyat masası kullanım oranı, tüm ameliyathane için %110 olmuştur (Öztaş ve ark., 2015).

Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon 5)'te 'Gösterge Yönetimi' boyutunda 'Ameliyat Masası Kullanım Oranı' göstergesi takip edilmesi gereken göstergelerden çıkartılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

4.2. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı

Yataklı tedavi kurumlarında çeşitli hizmetlerin uygulanma esaslarını belirleyen Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1983) 8.maddesi: 'Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkan sağlanır.' hükmü yer almaktadır.

Kurumlarda hekim başına düşen poliklinik odası oranı göstergesi aktif çalışan her uzman hekime bir poliklinik odası tahsis edilerek verimliliğin artırılması amacıyla takip edilir (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2015b). Kurumlarda hekim başına düşen poliklinik odası oranında hedef değer %100'dür. Sonucun %100 olması aktif çalışan her uzman hekime bir poliklinik odası tahsis edilerek verimliliğin artırılması anlamına gelmektedir. Sonucun %100'ün üstüne çıkması poliklinik odasının fazlalığını; %100'ün altında olması ise poliklinik odasının azlığını göstermektedir. Bu hesaplamaya kurum yöneticileri, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları, acil tıp uzmanları, temel tıp bilimleri uzmanları ve pratisyen hekimler dahil edilmemektedir.

Araştırmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde üç aylık dönemde toplam 130 poliklinik odası ve aktif çalışan 380 uzman hekim olduğu belirlenmiştir. Hekim başına düşen poliklinik oranı %34 olarak hesaplanmıştır. Bölümlere göre hekim başına düşen poliklinik odası oranları incelendiğinde; %100'ün üzerinde olan İç Hastalıkları'nda (%200) 1 uzman hekim, 2 poliklinik odası; Çocuk Ruh Sağlığı (%133) 6 uzman hekim ve 8 poliklinik odası bulunmaktadır. Aile Hekimliği (%100), Algoloji (%100) ve Diş (%100) bölümlerinde her uzman hekime bir poliklinik odası düşmektedir. Diğer bölümlerde

oran %100'ün altında olup uzman hekim sayısına göre poliklinik odaları yetersiz kalmaktadır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde hekim başına düşen poliklinik odası oranı (%34) hedef değerin altındadır.

4.3. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi

Hasta çeşitliliği açısından geniş bir yelpazeye sahip olan acil servisler, birçok farklı hastalık grubunun aynı anda görülebileceği yerlerdir ve çok kısa aralıklarla çok farklı ön tanıların ekarte edilerek hızlı ve doğru çözüme yönelik kararların alınması gereken bir hizmet alanıdır. Kelime anlamı olarak, "danışmanlık" anlamına gelen konsültasyon, hastadan birinci derecede sorumlu hekimin, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim olduğuna karar vermesi ya da hastanın isteği üzerine ilgili alanın uzmanından bilimsel açıdan yardım/danışmanlık alması olarak tanımlanmaktadır. Konsültan hekim, hastanın ikincil hekimidir ve önerdiği tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması ve sonuçlarının izlemesi için hastanın birincil hekimi ile sürekli iletişim içinde olması gerekir. Konsültan hekim acil serviste hastayı değerlendirir, görüşlerini yazılı olarak bildirir ve gerektiğinde alanıyla ilgili girişimde bulunur (Karakaya ve ark., 2009, s:211**,** Aydın ve ark., 2010, s:165).

Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimlerin acil servise ulaşma sürelerinin ölçülmesi ve izlenmesi, verimliliğin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından önemlidir. Sağlık Bakanlığı'nın 20 Şubat 2018 tarih ve 30338 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'inde konsültasyon sürelerinin aciliyetine göre en fazla 30 dakika olacağı belirtilmektedir.

Araştırmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde üç aylık dönemde acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimlerin acil servise ortalama varış

süresi 04,40 saat olarak saptanmıştır. Bölüm bazında incelendiğinde 10,3 saat ortalama ile Periferik Damar, 8,64 saat ortalama ile Plastik Cerrahi ve 7,28 saat Reanimasyon en uzun sürede acil servise ulaşan bölümler olarak saptanmıştır. Ortalama 0,49 saatte ulaşan Kalp ve Damar Cerrahisinin acil servise en kısa sürede ulaşan bölüm olduğu saptanmıştır.

Literatürde, bu araştırmanın bulguları ile benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Gürsoy'un Uludağ Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada; dahiliye konsültasyonlarının %84.7'si ilk 3 saat içerisinde, %94.7'si ilk 6 saat içinde sonlandırıldığı belirtilmektedir (Gürsoy, 2014). Dönmez ve ark.'nın 2013 yılında Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yaptığı çalışmada; dahili branş konsültasyonları sonuçlandırma sürelerine göre; nefroloji ortalama 306 dk (5,10 saat), gastroenteroloji ortalama 289 dk (4,81 saat), nöroloji ortalama 234 dk (3,90 saat) olarak belirtilmiştir (Dönmez ve ark., 2017).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde üç aylık dönemde acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimlerin acil servise ortalama varış süresi Sağlık Bakanlığı'nın 20 Şubat 2018 tarih ve 30338 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'inde belirtilen sürenin üstündedir.

4.4. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı

Acil servisler, hastanelerin vitrinini oluşturmaktadır. Tıptaki hızlı gelişim, teknolojik olanaklarındaki artış ile birlikte, gelişen ve büyüyen toplumun acil sağlık ihtiyaçlarındaki beklentilerinin büyüklüğü, bu hizmetlerde sürekli iyileştirme ve geliştirme ihtiyacı doğurmaktadır (Eryılmaz, 2007).

Acil Servise 24 saat içerisinde aynı şikayetle tekrar başvuran hasta sayısı oranının tespiti ile acil servise tekrar başvuruların azaltılmasına yönelik çalışmalara katkıda bulunmak, acil serviste hizmet sunumu ve hasta bakımında kalitenin izlenmesi ve değerlendirmesi amaçlamaktadır. Araştırmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 3 aylık araştırma döneminde acil servise başvuran toplam 8.395 hastadan 24 saat içerisinde aynı şikayetle tekrar başvuran hasta sayısı 48, oranı ise % 0,57 olarak saptanmıştır. Hastaların ilk başvurularının %26,94'ünün mesai içi, %73,06'sının ise mesai dışı zamanlarda olduğu sonucuna varılmıştır. Mesai dışı ilk başvurularda tekrar başvuru oranının yüksek olması verilen sağlık hizmetinin irdelenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Hastaların tekrar başvuruların en çok ilk başvurudan 17-24 (%69,03) saat sonra olduğu saptanmıştır. Acil servise tekrar başvuran hastaların %16,94'ünün ilk başvurularında konsültasyon istemi yapıldığı, %88,06'sında ise ilk başvuruda konsültasyon istenmemiş olduğu saptanmıştır. Bu kıyaslama ilk başvuruda ilgili bölümlerden konsültasyon istenmiş olsaydı oranın daha da düşük olabileceğini düşündürmektedir. Haziran ayında istenen konsültasyonların %16,67'sinin Genel Cerrahi, %16,67'sinin Ortopedi, %16,67'sinin Beyin Cerrahisi, %16,67'sinin Göğüs Cerrahisi ve %33,33'ünün KBB bölümünden olduğu saptanmıştır. KBB'in en çok konsültasyon istenen bölümdür. Temmuz ayında sadece Kardiyoloji bölümünden konsültasyon istendiği saptanmıştır. Ağustos ayında istenilen konsültasyonların %50'sinin Nöroloji ve %50'sinin Göz Hastalıkları bölümünden istendiği saptanmıştır. İlk başvuruda sorumlu hekim bazında dağılım incelendiğinde; Hekim-1 %27,50, Hekim-2 %28.06, Hekim-3 %22,22 ve Hekim-4 %22,22 olduğu saptanmıştır. Hekim-2 ve Hekim-1'in hastalarının daha fazla tekrar başvurusunun olduğu sonucuna varılmıştır. Tanıya göre dağılım oranları incelendiğinde, R10 Abdominal Pelvik Ağrı (%18,75), R11 Bulantı ve Kusma (%14,58) ve N23 Renal Kolik (%10,43) nedeniyle başvuruların tekrar başvurduğu saptanmıştır.

Literatürde, bu araştırmanın bulguları ile benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Erenler ve arkadaşları, bir Eğitim Araştırma Hastanesinde 1 Ocak 2013 ile 31 Aralık 2013 tarihleri arasında toplam 163.951 hastanın acil servise başvurduğunu; bu hastaların 1.210'unun de 24 saat içerisinde tekrar acile

başvurduğunu saptamıştır. Başvuru oranı % 0,73 olarak belirlenmiştir (Erenler ve ark, 2014).

Literatürde, bu araştırmanın bulgularından farklı olarak acil servise başvuru oranlarını daha yüksek çalışmalar da bulunmaktadır. İncesu, 2011 yılında acil servis polikliniğine 106.469, 2012 yılında 100.147 ve 2013 yılında 105.639 olmak üzere toplam 312.255 hasta başvurduğu saptanmıştır. 2011 yılında 2.972 (%2,8), 2012 yılında 5.092 (%5) ve 2013 yılında 3.356 (%3,2), toplamda 11.420 (% 3,6) hasta 24 saat içerisinde tekrar başvurmuştur. Hastaların ilk başvurularının %59,9'unun mesai saatleri içinde, %44,1'inin mesai dışı saatlerde yapıldığı bulunmuştur (İncesu, 2016).

Akyol ve arkadaşları tarafından 2003 yılında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi acil servisine başvuran 13.414 hastadan 266'nin (%2) tekrar başvurduğu belirtilmiştir. Acil servise aynı şikayetle tekrar başvuru oranı tartışmalı olsa da literatürde yer alan çalışmalara göre acile başvuran hastaların %2-11'ini tekrar başvuran hastalar oluşturmaktadır (Akyol ve ark., 2006). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde acil servise 24 saat içinde aynı şikayetle tekrar başvuran hasta sayısı ve oranı literatürdeki ortalama değerlerin altında bulunmuştur.

4.5. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı

Müşahede odasında yatan hastaların kalış süreleri oranı göstergesi ile acil serviste müşahede kalış sürelerinin kısaltılması, dolayısıyla da hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bekleme süresinin uzaması acil servislerde hastaların en önemli memnuniyetsizlik sebeplerindendir. Hasta bekleme sürelerindeki artış, hasta bakım kalitesindeki düşmenin yanında, güvenlik sorunları ve çalışma verimindeki düşmeyi de beraberinde getirmektedir (Karakaya ve ark., 2009, s:211).

Sağlık Bakanlığı'nın 20 Şubat 2018 tarih ve 30338 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair

Tebliğ'inde acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi esas olduğu belirtilmektedir.

Araştırmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde acil servise başvuran toplam 8.395 hastanın 1.592'sinde hekim tarafından yatış kararı verilmiştir. Yatırılarak tedavi ve takibi yapılan bu hastaların müşahede odasında ortalama kalış süresinin Haziran ayında 31,15 saat, Temmuz ayında 38,12 saat, Ağustos ayında 39,55 saat, üç aylık dönemde ortalama 37,11 saat olduğu saptanmıştır. Kalış süresi 12 saat üstü yatışların oranı % 51,85'dir. Müşahede odasında 12 saatten fazla yatan hastaların sorumlu hekim bazında dağılımı incelendiğinde; Hekim-1 %25,74, Hekim-2 %29,26, Hekim-3 %16,91, Hekim-4 %28,09 olduğu saptanmıştır. Hekim-2 ve Hekim-4'ün hastalarının müşahede odasında daha uzun süreli yattığı sonucuna varılmıştır. Hastalara konsülte edilen ilgili bölümler tarafından yatış verilmediği için acil serviste yatış süreleri uzamaktadır.

Kılıçaslan ve ark. (2005), Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde acil serviste hastaların ortalama kalış süresi iki saat olarak belirtilmiştir. Oktay ve ark., İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ndeki çalışmasında bu süreyi 3,3 saat olarak bulmuştur. Yapılan bu araştırma sonucu bildirilen değerlerin çok üzerinde olması nedeniyle diğerlerinden farklılık göstermektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde üç aylık dönemde Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Sağlık Bakanlığı'nın 20 Şubat 2018 tarih ve 30338 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'inde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliği'nde belirtilen sürenin üstündedir.

4.6. Düşen Hasta Oranı

Yatışı yapılan hastalarda düşme olaylarının ve sebeplerinin izlenmesine yönelik geliştirilen ölçüm aracıdır. Amaç, hastanelerde hasta güvenliğini sıklıkla tehdit eden düşme olaylarının izlenmesi ve önlenmesidir.

Araştırma dönemi kapsamında Haziran, Temmuz ve Ağustos aylarında Tıp Fakültesi Hastaneleri Kalite Koordinatörlüğü'ne düşme olay bildirimi yapılmamış ve aylık düşen hasta oranı veri toplama formları '0' olarak doldurulmuştur.

4.7. Yoğun Bakım Mortalite Oranı

Yoğun bakımlarda yatan hastaların ölüm oranlarının tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracı ile yoğun bakım ünitelerinde hasta bakım kalitesinin ve klinik etkililiğin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri yoğun bakımlarında 3 aylık dönemde yatan toplam hasta sayısının 1.710, ölen hasta sayısının ise 118 olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım genel mortalite oranı % 6,90 olarak hesaplanmıştır. Ölen hastaların %39,66'sı kadın, %60.34'ü erkektir. Erkek hastalarda ölüm oranı kadın hastalara göre daha fazladır. Yoğun bakım ünitesinde ölen hastaların yaş dağılımı incelendiğinde; %63,56'sının 61 yaş üstü, %20,34'ünün 41-60 yaş, %9,32'sinin 0-18 yaş, %6,78'sinin ise 19-40 yaş olduğu saptanmıştır. Ölen hastaların önemli oranının (%63,56) 61 yaş üstü olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım ünitelerine göre mortalite oranları incelendiğinde; İç Hastalıkları %20,00, Reanimasyon %18,46, Nöroloji %18,18, Anesteziyoloji %12,20, Göğüs Hastalıkları %15.73, Koroner %9,20, Genel Cerrahi (İbni Sina) %5,62, Kardiyoloji %5,43, Çocuk %4,62, Yenidoğan %4,62, KVC %3,60, Genel Cerrahi (Cebeci) %3,57, Çocuk Cerrahisi %1,82, Göğüs Cerrahisi %1,74 olarak bulunmuştur.

Uysal ve arkadaşları (2010) Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, 3. düzey Dahili Yoğun Bakım Ünitesinde genel yoğun bakım ünitesi mortalitesi %43 bulmuştur. İngiltere'de 24 yoğun bakımda tedavi edilen 12,162 hastanın verilerini derleyen bir çalışmada, farklı yoğun bakımlar dikkate alındığında hastane mortalitesi %24-41 arasında bulunmuştur (Goldhill ve Sumner, 1998). Yapılan bu araştırma sonucu, farklı araştırmalarda saptanan değerlerin altında olması nedeniyle farklılık göstermektedir.

Literatürde, bu araştırmanın bulgularına benzer çalışmalar da bulunmaktadır. Efe ve ark., (2018), Trakya Üniversitesi 10 yataklı üçüncü basamak karma tip YBÜ'de 01 Ocak 2016-31 Aralık 2016 tarihlerinde yaptıkları çalışmada; postoperatif 48 saat içinde mortalite oranı %2,2, taburculuk sonrası 90 günlük mortalite %5,1 belirlenmiştir.

Araştırmada yenidoğan yoğun bakım ünitesi mortalite oranı (%4,62) diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Katar ve Devecioğlu (2006), Dicle Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde mortalite oranını %37.3 bulmuştur. Gülcan ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları çalışmada VLBW mortalite oranı %33,7 (Gülcan ve ark., 2004); Atasay ve arkadaşlarının (Atasay ve ark., 2003) 2003 yılında yaptıkları çalışmada VLBW mortalite oranı % 16,5 bildirilmiştir. Horbar ve arkadaşlarının 2002 yılında yapmış oldukları çalışmada gelişmiş ülkelerde mortalite oranı %18'den %15'e gerilediği bildirilmiştir (2001; Horbar ve ark., 2002).

Yoğun bakım ünitesi mortalite oranları altta yatan hastalıklara bağlı olarak değişmekle birlikte Türkiye'de yapılan çalışmalarda yoğun bakım mortalite oranları %32,6-43 olarak bildirilmiştir (Altıay ve ark., 2007). Kurumların yoğun bakım mortalite oranı yıllık hedefleri incelendiğinde; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri genel yoğun bakım mortalite oranı hedefini '%8'in altına indirilmesi' (http://hastane.dicle.edu.tr/dokumanlar/bolum-hedeflerimiz-2016.pdf), Farabi ve (http://www.kalite.farabihastanesi.com.tr/contents/Gostergeler/Yo%C4%9Fun%20Bak%C4%B1m%20%C3%9Cnitesinde%20Mortalite%20Oran%C4%B1.pdf) ve Özel

Karaman Hastaneleri (http://www.karamanhastanesi.com/kalite/Indikatorler/Yogun-Bakim-Unitesi/Yogun-Bakim-Unitesinde-Mortalite-Orani-Gosterge-Karti.pdf) <%30 olarak belirlemiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri genel yoğun bakım mortalite oranı (%6,90) belirlenen bu hedef değerlerin altındadır.

4.8. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı

Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan ya da sevk edilen hastalardan taburculuk/sevk tarihinden sonraki ilk 48 saat içinde tekrar yatışı yapılan hasta oranı göstergesi ile yoğun bakım ünitelerinde, klinik etkililiğin değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. Yoğun bakıma tekrar yatış, mevcut yataklarının verimli kullanılmasına engel olduğu gibi mortalite riskini de arttırmaktadır (Kramer ve Ark., 2012).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri yoğun bakımlarda 3 aylık dönemde yatan hasta sayısının 1.710, yoğun bakıma tekrar yatan hasta sayısının 23 olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım tekrar yatış oranı %1,35 olarak hesaplanmıştır. Yoğun bakım ünitesine tekrar yatan hastaların %30,44'ünün 0-8 saat, %26,09'unun 18-24 saat, %17,39'unun 37-48 saat, %13,04'ünün 9-17 saat, %13,04'ünün 25-36 saat içerisinde tekrar yattığı saptanmıştır. Hastaların %73,91'inin ilk yatışının mesai içi, %26,09'unun mesai dışı zamanda yapıldığı saptanmıştır. Bölümlere göre incelendiğinde; %4,35'inin Göğüs Cerrahisi, %4,32'sinin KVC, %2,23'inin Genel Cerrahi (Cebeci), %1.54'ünün Reanmiasyon, %1,17'inin Genel Cerrahi (İbni Sina), %0,78'inin Kardiyoloji (İbni Sina) olduğu, diğer yoğun bakım ünitelerinde tekrar yatış yapılmadığı saptanmıştır. Cerrahi yoğun bakımlarda tekrar yatışların daha yüksek olması, ameliyat ya da cerrahi işleme bağlı komplikasyon açısından hastaların yakın takip gerektirdiğini düşündürmektedir.

Literatürde, hem ulusal hem uluslararası bu araştırmanın bulgularından yüksek sonuçlar elde edilen çalışmalar bulunmaktadır. Efe ve ark., (2018), Trakya Üniversitesi 10 yataklı üçüncü basamak karma tip YBÜ'de 01 Ocak 2016-31 Aralık

2016 tarihlerinde yaptıkları çalışmada; taburculuk sonrası 48 saatte yoğun bakım ünitesine yeniden kabul oranı %2,6 belirlenmiştir. Hollanda'da Sluisveld ve ark., (2017), yaptıkları çalışmada 82 YBÜ'de 48 saat içinde tekrar yatış oranı %2,9, Brown ve ark., (2013) yaptıkları çalışmada ise 156 YBÜ'de tekrar yatış oranını %2 bildirilmiştir.

Çalışmalarda tekrar yatış oranları %5-17,5 gibi çok geniş bir yelpazeye yayılmıştır (Özay ve ark., 2012). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri yoğun bakım tekrar yatış oranı hedefini '%5'in altında tutmak' olarak belirlemiştir (http://hastane.dicle.edu.tr/dokumanlar/bolum-hedeflerimiz-2016.pdf). Araştırmada saptanan yoğun bakım tekrar yatış oranı (%1,35) bu değerlerin altındadır.

4.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı

Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri göstergesi takibi ile bası ülseri gelişen hasta oranının tespiti ve izlenebilmesi, hasta bakım kalitesinin değerlendirilerek iyileştirme faaliyetlerinin planlanması amaçlanmaktadır. Bası yarası pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de önemli sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Bası yaralarının uygun girişimlerle önlenebilir olması konunun önemini arttırmaktadır. Türkiye'de yapılan bir araştırmada bası yarası oranlarının açılma sıklığının uygun girişim, bakım ve eğitimlerle % 95 oranında önlenebileceği belirtilmiştir (Şahin ve ark., 2014 s:171).

Bası yaralarının;

- Hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini düşürüp, bireyleri bağımlı hale getirerek sosyal izolasyon gibi fiziksel ve sosyal sorunlara neden olduğu,
- Nazokomiyal infeksiyon oranını arttırdığı,
- Sağlık hizmetlerinde maliyeti yükselttiği ve hastanede kalış süresini uzattığı bilinmektedir (Şahin ve ark., 2014, s:162).

Allman (1986), bası yarasının yatış süresini ortalama 5 kat arttırdığını bildirmiştir. Ayrıca; morbidite ve mortaliteyi arttırdığı ve bası yarası olan hastalarda bası yarası olmayan hastalara göre mortalite riskinin 4,5 kata kadar yükseldiği bildirilmiştir (Allman, 1986, s:105, s:337-42).

Yoğun bakım sorumlu hemşireleri ile yapılan yüzyüze görüşmelerde Tıp Fakültesi Hastanelerinde 'Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Basınç Yarası Önleme/Tedavi Formunda' Waterlow Skalası kullanıldığı ve basınç yarasını önlemeye yönelik aşağıda yer alan hemşirelik girişimlerinin uygulandığı ifade edilmiştir;

- Cilt muayenesi (özellikle basınç bölgelerinin kontrolü)
- Deri bakımı (özellikle inkontinans kontrolü)
- Beslenme ve sıvı alımı düzenlemesi
- Mobilizasyon sağlanması
- Düzenli olarak pozisyon değişimi
- Düşük/Yüksek teknolojik yüzey destek malzemesi kullanımı
- Hasta vücudunu statik desteklerle desteklemek
- Hasta ve hasta yakınına eğitim vermek.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri yoğun bakım ünitelerinde 3 aylık dönem genel bası ülseri oranı %1,27 olarak hesaplanmıştır. Yoğun bakımlarda hemşire başına düşen hasta sayısı %4,18'dir. Bası ülserlerinin %72,22'sinin sakral, %16,67'sinin kalça, %11,11'inin sırt bölgesinde oluştuğu saptanmıştır. Risk değerlendirme skoruna göre %50'nin çok riskli, %50'inin yüksek riskli gruptaki hastalarda geliştiği saptanmıştır. Bası ülserlerinin %72,22'inin Evre II, %16,67'inin Evre I, %11,11'inin Evre III olduğu görülmüştür. Bası ülserlerinin %66,67'sinde

değişiklik olmadığı, %16,66'sının tamamen iyileştiği, %11,11'inin bir evre ilerlediği, %5,56'sının kısmen iyileştiği sonucuna varılmıştır. Bölümlere göre bası yarası gelişme oranları; Reanimasyon %17,59, Göğüs Hastalıkları %3,37, Anestezi %2,44, KVC %2,16 olarak saptanmıştır.

Literatürde, bu araştırmanın bulguları ile benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Şahin ve arkadaşları, Denizli Devlet Hastanesi Anestezi ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde 2012 yılı ilk 9 aylık bası yarası oranını 2,45 olarak hesaplanmışlardır. Çalışmalarında 2012 Ekim–2013 Nisan dönemi bitiminde bası yarası oranını %50 azaltarak % 1,23 e getirmeyi hedeflemişler ve çalışma sonunda bu hedefin daha da altı olan 1.15 oranına ulaşmışlardır (Şahin ve ark., 2014, s:163).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2014) tarafından 13.09.2012'de başlatılan ulusal ölçme ve değerlendirme sistemi çalışmaları kapsamında yürütülen; sistemdeki tüm göstergelerin ölçülebildiği 3. basamak erişkin yoğun bakım servisine sahip, en az 15 yoğun bakım yatak sayısına sahip ve kalite puanı 85 puanın üstünde olan hastaneler arasından seçilen 19 hastanenin yeraldığı SİYÖS projesinde 2012 yılı ortalama yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranları; birinci dönem %8,27, ikinci dönem %07,02, üçüncü dönem %6,33, dördüncü dönem %5,09, 2012 yılı ortalaması ise %6,68'dir. Bu araştırma bulguları SİYÖS'e dahil hastanelerin verilerinin ortalamasından farklı olarak düşüktür.

AHRQ (2007) dekübit ülserinde kabul edilebilir değer olarak 'bölgesel ve ulusal ortalamalardan düşük değer elde edilmesi, hastanenin önceki döneme ait değerinden düşük değer elde edilmesi' belirlenmiştir. Kurumda araştırma dönemi öncesine ait veri bulunmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır.

Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalite Birimi'nden alınan 2019 yılı bası ülseri oranı %1,60, araştırma dönemi olan Haziran-Temmuz-Ağustos 2019, 3 aylık dönem ortalama bası ülseri oranı %1,11'dir. Araştırma bulguları 2019 yılı aynı dönem ile benzerlik göstermektedir.

4.10. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı

Amaç, hastanede cerrahi uygulanan hastalarda cerrahi alan enfeksiyon hızlarının izlenmesi ve önlenmesine yönelik faaliyetleri yürütmektir. Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE), en sık görülen üçüncü nazokomiyal enfeksiyonlardır ve tüm hastane enfeksiyonlarının yaklaşık % 17'sini oluşturarak ciddi maliyet artışlarına sebep olur (NNIS, 1996). Türkiye'de ise 1998 Noso-LINE projesi kapsamında toplanan 1998 verilerine göre %22'lik bir oranla ikinci sırada yer almaktadır (Dokuzoğuz, 2001). CAE yaklaşık 7-10 daha fazla gün hastanede yatışa neden olmakta ve CAE hastalarında ölüm riski CAE olmayanlara göre 2-11 kat daha fazladır (Anderson ve Kaye., 2008).

Cerrahi bölge enfeksiyonları üç alt gruba ayrılır;

Yüzeyel İnsizyonel Cerrahi Bölge Enfeksiyonu: Ameliyattan sonraki 30 gün icinde gelişen, sadece insizyon yapılan cilt ve cilt altı dokusunu ilgilendiren enfeksiyonlardır.

Derin İnsizyonel Cerrahi Bölge Enfeksiyonu: Kalıcı olarak yerleştirilmiş implant (prostetik kalp kapağı, insan dokusundan olmayan damar grefti, mekanik kalp veya kalca protezi gibi insan dokusu kokenli olmayan implante edilmiş yabancı cisim) yoksa ameliyattan sonraki 30 gün, implant varlığında bir yıl içinde gelişen, ameliyata bağlı görünen, insizyon bölgesinde derin yumuşak dokuları (fasiya ve kas tabakaları) ilgilendiren enfeksiyonlardır.

Organ/Boşluk Cerrahi Bölge Enfeksiyonu: Organ veya boşluk cerrahi bölge enfeksiyonu, insizyon dışında ameliyatta açılan veya manipule edilen herhangi bir anatomik organ veya boşluğu ilgilendirir. Orneğin, appendektomi sonrası gelişen subdiafragmatik abse, intra-abdominal bölgede gelişen bir organ/boşluk cerrahi bölge enfeksiyonu olarak değerlendirilmelidir.

Yapılan bu araştırmada Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi 2013 yılı Haziran-Temmuz-Ağustos dönemi cerrahi alan enfeksiyon sayısı 23, cerrahi girişim geçiren hastalarda yatılan gün sayısı 18.259 bulunmuştur. İlgili dönem cerrahi alan enfeksiyon hızı 1.26 olarak hesaplanmıştır. Cerrahi bölümlere göre CAE hızları ise; 5.07 oranı ile Cerrahi Onkoloji ve 1.44 oranı ile KVC CAE hızı en yüksek bölümlerdir. Bu bölümleri KHD (0.96), Plastik Cerrahi (0.94), Genel Cerrahi (0.89) ve Çocuk Cerrahisi (0.50) takip etmektedir. Göz Hastalıklarında ise CAE gelişmemiştir. Tespit edilen 23 cerrahi alan enfeksiyonunun %26.09'unun yüzeyel, 43.48'inin derin, %33,43'ünün organ boşluk CAE olduğu belirlenmiştir. Enfeksiyon Kontrol Ekipleri tarafından 2017 yılında cerrahi alan enfeksiyon hızı göstergesi takip edilmeye başlanmış ve kurumsal hedef değer "mevcut oranlarda en az %25'lik azalma" olarak belirlenmiştir.

Literatürde, yapılan bu araştırmanın bulgularından farklı olarak CAE hızı düşük çalışmalar bulunmaktadır. Çaylak ve ark., (2015), 3. Basamak Eğitim Araştırma Hastanesi Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 01.01.2014-31.12.2014 tarihlerinde yaptıkları çalışmada; %0.96 CAE atağı saptamıştır. Tespit edilen 39 CAE atağının %46.2'sinin derin, %33.3'ünün yüzeyel, %20.5'inin organ boşluk CAE olduğu belirlenmiştir. Derin İnsizyonel Cerrahi Bölge Enfeksiyonu oranı bu araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

4.11. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı

Hastanelerde yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda enfeksiyon hızlarının takibi, tedavisi ve sebeplerinin izlenmesine yönelik geliştirilen gösterge ile yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon oluşması ve yayılmasını önlemeye yönelik faaliyetleri planlamak ve yürütmek amaçlanmaktadır.

Resmi Gazete'de yayımlanan 11/08/2005 tarihli 25903 sayılı "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği"nin 8 inci maddesi uyarınca gün hastaneleri haricindeki kamu kurum ve kuruluşları ve özel sektöre ait bütün yataklı

tedavi kurumları enfeksiyon kontrol komiteleri hastane enfeksiyonları sürveyansı yapmak ve sürveyans verilerini kayıt altına almakla yükümlüdür. Hastane enfeksiyonları sürveyansı "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartları" kapsamında yürütülmekte olup bütün yoğun bakım üniteleri ile yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde beş doğum ağırlığına (<750g. 751-1000g. 1001-1500g. 1501-2500g. >2500g) göre kategorize edilerek tüm başlıklarda hastane enfeksiyonlarının hastaya dayalı sürveyansı yapılmaktadır. İkinci ve üçüncü düzey yoğun bakım ünitelerinde ilave olarak invaziv araç ilişkili hastane enfeksiyonları sürveyansı; santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SVKİ-KDE). ventilatör ilişkili pnömoni (VİP), üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (ÜKİ-ÜSE) yapılmaktadır. 25/06/2011 tarihli 27975 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" gereğince hastane enfeksiyonları sürveyans verileri günlük olarak toplanıp Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) üzerinden bildirim yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013d).

Araştırmada üç aylık dönemde Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Haziran-Temmuz-Ağustos dönemi yoğun bakım üniteleri genel enfeksiyon hızının 13,98 olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım ünitelerine göre enfeksiyon hızları incelendiğinde, 3. seviye KVC yoğun bakım ünitesinde; Haziran ayı enfeksiyon hızı 62,89, Temmuz ayı enfeksiyon hızı 13,79, Ağustos ayı enfeksiyon hızı 23,62 olarak bulunmuştur. 2. Seviye Göğüs Hastalıkları yoğun bakım ünitesinde ise Haziran ayı enfeksiyon hızı 6,49, Temmuz ayı enfeksiyon hızı 6,71, Ağustos ayı enfeksiyon hızı 13,02 olarak saptanmıştır. Diğer (Genel Cerrahi YB, Koroner YB) yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon gelişmediği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma döneminde 3. seviye KVC yoğun bakım ünitesinde VİP ilişkili enfeksiyon hızının 55.55, SVK ilişkili enfeksiyon hızının 8.72, ÜK ilişkili enfeksiyon hızının 5.81 olduğu saptanmıştır. 2. Seviye Göğüs Hastalıkları yoğun bakım ünitesinde ise VİP ilişkili enfeksiyon hızı 25.21, SVK ilişkili enfeksiyon hızı 33.70, ÜK ilişkili enfeksiyon hızı 0.0 bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı 2013 yılı UHESA verilerine göre, Türkiye'de yoğun bakım üniteleri tiplerine göre genel VİP hızı KVC YB 7.2, Göğüs Hastalıkları YB 15.8, Genel Cerrahi YB 8.5, Koroner YB 9.5'tir. Üniversite Hastanelerinde yoğun bakım üniteleri tiplerine göre VİP hızı KVC YB 10.3, Göğüs Hastalıkları YB 23.0, Genel Cerrahi YB 12.9, Koroner YB 11.2'dir. Sağlık Bakanlığı 2018 yılı USHİESA verilerine göre, Türkiye'de yoğun bakım üniteleri tiplerine göre genel VİP hızı KVC YB 5.1, Göğüs Hastalıkları YB 9.1, Genel Cerrahi YB 4.6, Koroner YB 4.7'dir. Üniversite Hastanelerinde yoğun bakım üniteleri tiplerine göre VİP hızı KVC YB 10.7, Göğüs Hastalıkları YB 16,7, Genel Cerrahi YB 8.1, Koroner YB 8.3'tür. KVC ve Göğüs Hastalıkları yoğun bakım ünitesi VİP hızının Türkiye genel ve üniversite hastaneleri yoğun bakım ünitelerine kıyasla yüksek olduğu görülmüştür. Ancak 2. Seviye Genel Cerrahi ve Koroner yoğun bakım servislerinde enfeksiyon olmaması olumlu bulgudur.

Sağlık Bakanlığı 2013 yılı UHESA verilerine göre, Türkiye'de yoğun bakım üniteleri tiplerine göre genel SKİ hızı KVC YB 1.9, Göğüs Hastalıkları YB 4.5, Genel Cerrahi YB 2.9, Koroner YB 2.9'dur. Üniversite Hastanelerinde yoğun bakım üniteleri tiplerine göre SKİ hızı KVC YB 3.1, Göğüs Hastalıkları YB 9.6, Genel Cerrahi YB 4.2, Koroner YB 6.0'dır. Sağlık Bakanlığı 2018 yılı USHİESA verilerine göre, Türkiye'de yoğun bakım üniteleri tiplerine göre genel SKİ hızı KVC YB 1.9, Göğüs Hastalıkları YB 4.2, Genel Cerrahi YB 2.5, Koroner YB 2.3'tür. Üniversite Hastanelerinde yoğun bakım üniteleri tiplerine göre SKİ hızı KVC YB 3.0, Göğüs Hastalıkları YB 7.5, Genel Cerrahi YB 3.8, Koroner YB 6.2'dir. KVC ve Göğüs Hastalıkları yoğun bakım ünitesi SKİ hızının Türkiye genel ve üniversite hastaneleri yoğun bakım ünitelerine kıyasla yüksek olduğu görülmüştür. Ancak 2. Seviye Genel Cerrahi ve Koroner yoğun bakım servislerinde enfeksiyon saptanmamış olması olumlu bir bulgudur.

Sağlık Bakanlığı 2013 yılı UHESA verilerine göre, Türkiye'de yoğun bakım üniteleri tipleri içinde genel ÜKİ hızı KVC YB 1.1, Göğüs Hastalıkları YB 2.2, Genel Cerrahi YB 2.2, Koroner YB 1.5'tir. Sağlık Bakanlığı 2018 yılı USHİESA verilerine göre, Türkiye'de yoğun bakım üniteleri tiplerine göre genel ÜKİ hızı KVC

YB 0.4, Göğüs Hastalıkları YB 0.7, Genel Cerrahi YB 0.8, Koroner YB 0.6'dır. Üniversite Hastanelerinde yoğun bakım üniteleri tiplerine göre ÜKİ hızı KVC YB 0.6, Göğüs Hastalıkları YB 1.6, Genel Cerrahi YB 1.0, Koroner YB 1.6'dır.Üniversite Hastanelerinde yoğun bakım üniteleri tiplerine göre ÜKİ hızı KVC YB 1.3, Göğüs Hastalıkları YB 3.7, Genel Cerrahi YB 2.9, Koroner YB 2.2'dir. KVC yoğun bakım ünitesi ÜKİ hızının Türkiye genel ve üniversite hastaneleri yoğun bakım ünitelerine kıyasla yüksek olduğu görülmüştür. Ancak 2. Seviye Göğüs Hastalıkları, Genel Cerrahi ve Koroner yoğun bakım servislerinde enfeksiyon olmaması olumlu bulgudur.

Enfeksiyon Kontrol Ekipleri tarafından 2017 yılında enfeksiyon hızı enfeksiyon hızı göstergesi takip edilmeye başlanmış ve kurumsal hedef değer %0,5 olarak belirlenmiştir.

Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nden alınan 2013 yılı Hastane Enfeksiyon Sürveyans Raporu'na göre 2013 yılı invaziv araç ilişkili enfeksiyon hızları; VİP ilişkili enfeksiyon hızı KVC YB 32.49, Göğüs Hastalıkları YB 18,26; SVK ilişkili enfeksiyon hızı KVC YB 4.92, Göğüs Hastalıkları YB 20.41; ÜK ilişkili enfeksiyon hızı KVC YB 2.82, Göğüs Hastalıkları YB 1.32'dir. KVC YB 3 aylık dönemde olduğu gibi yıllık dönemde de VİP-SVK-ÜK ilişkili enfeksiyon hızı Türkiye geneli ve üniversite hastanelerindeki yoğun bakım ünitelerine göre yüksektir. Göğüs Hastalıkları YB 3 aylık ve yıllık SVK ilişkili enfeksiyon hızı Türkiye geneli ve üniversite hastanelerindeki yoğun bakım ünitelerine göre yüksektir. Ancak VİP ve ÜK ilişkili yıllık enfeksiyon hızı düşüktür.

4.12. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı

Sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin verimliliğini ölçmeye yönelik geliştirilen bu gösterge ile hemşirelerin yetkinliklerine uygun bölümlerde istihdam edilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 2013 yılı Haziran-Temmuz-Ağustos döneminde çalışan toplam 23 hemşirenin bölüm değişikliği yapılmıştır. Hemşire bölüm değiştirme oranı dönem sonunda %0,73 olarak hesaplanmıştır.

Bölümü değiştirilen hemşireler yaş gruplarına göre incelendiğinde; %43.48'inin 18-30 yaş grubu, %52.17'inin 31-45 yaş grubu, %4.35'inin 46 yaş ve üstü olarak bulunmuştur. 31-45 yaş grubu hemşirelerin daha çok yerinin değiştirildiği saptanmıştır.

Bölümü değiştirilen hemşirelerin çalışmakta olduğu bölümlere göre dağılımında; %13.04'ünün Cerrahi Klinikler, %47.84'ünün Dahili Klinikler, %13.04'ünün Yoğun Bakım, %13.04'ünün Poliklinik, %13.04'ünün ise diğer bölümlerde çalıştığı saptanmıştır. En çok yer değişikliğinin dahili bölümlerde çalışan hemşirelerde olduğu sonucuna varılmıştır.

Bölümü değiştirilen hemşirelerin değişim nedenleri incelendiğinde; %8.7'sinin kendi isteği ile ayrıldığı, %43.48'inin idare tarafından yerinin değiştirildiği, %8.7'sinin sağlık durumu nedeniyle, %39.12'inin eleman eksikliği nedeni ile rotasyon olarak yerinin değiştirildiği saptanmıştır. Yer değişikliklerinin önemli kısmının idare tarafından (%43.48) ve eleman eksikliği nedeni ile rotasyon (%39.12) olarak yapıldığı sonucuna varılmıştır. Araştırmanın personelin yıllık izin döneminde yapılmış olması nedeniyle geçici olarak kapatılan yataklı tedavi birimlerinde çalışanların ihtiyaç duyulan birimlerde görevlendirilmesi idare tarafından gerçekleştirilen yer değişikliklerini arttırmıştır.

Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin (The International Council of Nurses-ICN) 2008'de yayınladığı hemşire gücü raporunda, gelişmiş ülkelerin işgücü devir hızları; Kanada'da %9.49, İzlanda'da %11.6, İrlanda'da %8.25, Norveç'te %10, İsveç'te %6.6 ve ABD'de %16.79 olarak bildirilmiştir (ICN, 2008). Araştırmada gelişmiş ülke işgücü devir hızlarından farklı olarak daha düşük bulunmuştur.

Literatürde, bu araştırmanın bulgularından farklı olarak devir hızı daha yüksek çalışmalar bulunmaktadır. Kocaman ve arkadaşları (2010) üç üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada, yıllık hemşire devir hızının %17.5'e kadar yükseldiğini belirtmişlerdir.

4.13. Sezaryen Oranı

Sezaryen ile doğum tıbbi gerekçelerle yapılması gereken cerrahi bir girişim olup vajinal doğumun alternatifi değildir. Hekim tarafından sezaryen planlanırken, gebeye ve gebeliğe özgü yararlar ve riskler göz önüne alınmalıdır. DSÖ sezaryen oranlarının %10-15'ten fazla olmaması yönünde tavsiyede bulunmuştur. Sezaryenin optimal oranı tartışılmaya devam edilse de, gelişmiş ülkelerde, yüksek sezaryen oranlarının maternal riskleri artırabileceği, ilerideki gebelikler için olumsuz etkileri doğuracağı ve sağlık hizmetleri açısından da ek maliyetler getireceği konusundaki görüşlerden dolayı bu oranı azaltmak için bazı stratejilere odaklanılması gerekmektedir. Kalite iyileştirme çalışmaları kapsamında takip edilen sezaryen oranı göstergesi, bu oranın azalmasını desteklemektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 2013 yılı Haziran-Temmuz-Ağustos döneminde toplam 843 canlı doğum gerçekleştiği ve sezaryen ile doğum sayısının 449 olduğu saptanmıştır. Sezaryen ile doğumun canlı doğum sayısına oranı %53,26'dır. Sezaryen ile doğum yapan annelerin yaş grupları incelendiğinde; 19-30 yaş arası annelerin oranı %53,23 (239), 31-45 yaş anne oranı %46,77 (210) olarak saptanmıştır.

Hastaların sorumlu hekimleri incelendiğinde; hastaların %48.55'inin (218) Hekim-1, %0.45'inin (2) Hekim-2, 129 %28.73'ünün (129) Hekim-3, %17.15'inin (77) Hekim-4 , %0.22'sinin (1) Hekim-5, %0.45'inin (2) Hekim-6, 20 %4.45'inin (20) Hekim-7 sorumluluğunda olduğu belirlenmiştir. Hekim-1, Hekim3 ve Hekim-4'ün diğer sorumlu hekimlere göre daha fazla sezaryen ile doğum yaptırdığı saptanmıştır.

Sezaryen, dünyada en sık yapılan cerrahi girişimlerden biridir (Souza ve ark., 2016). Uluslararası sağlık toplumu 1985'ten beri ideal sezaryen oranlarının tüm doğumlar içinde % 10-15 olması gerektiğini öngörmektedir (WHO, 2015). Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sezaryen ile gerçekleşen doğumlar artmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının 1993, 1998, 2003, 2008 ve 2013 verilerine bakıldığında bu artışı açıkça görülmektedir. 1993'te yaklaşık olarak %7 olan sezaryen doğum oranı 5 yıl sonra yaklaşık iki katına çıkmıştır. 1998 yılı verilerine göre bölgeler arasında önemli farklar olmakla beraber genel sezaryen doğum oranı %13,9'dur. Sonraki araştırmalarda bu oran 2003'te %21,2, 2008'de %36,7 ve 2013'te %48,0 olarak bulunmuştur (Hacettepe Üniversitesi, 2013). Türkiye'de 2016 yılı içinde tüm doğumlar içinde sezaryen doğum hızı %53,1 olarak belirlenmiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakülteleri Hastaneleri sezaryen ile doğumun canlı doğum sayısına oranı (%53,26) bu sonuçlarla benzer, ancak DSÖ tarafından tavsiye edilen %10-15'den daha yüksek bulunmuştur.

4.14. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları

Kesici/delici alet yaralanmaları; sağlık hizmeti sunumunda kullanılan aletler ile oluşan yaralanmalardır. Bu tip yaralanmalar, yaralanan kişinin kan ve diğer vücut sıvılarına maruz kalmasına ve kişinin enfeksiyon kapmasına sebep olabilir. Bu riskleri azaltabilmek için; yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenleri izlenmeli ve önleyici ve iyileştirici faaliyetler planlanmalıdır.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliği ile sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması, güvenlik kültürünün geliştirilmesi, uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi, iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması, personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılması, ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulması, hasta ve çalışanların karşılaşabilecekleri risk ve zararlardan korunması amaçlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin birçok alanında değişik nitelikteki çalışma ortamı zararları bir araya gelmiş durumdadır. Çalışma ortamı zararları/tehlike ya da riskleri; biyolojik (virüsler, mantarlar vb.), fiziksel (iğne batması, gürültü vb.), ergonomik (bel, ekstremite ağrıları vb.), kimyasal (dezenfektan, antiseptikler vb.) ve psikososyal (stress vb.) olmak üzere gruplandırılmıştır. Bu tehlike ve risklerin sağlık çalışanlarının meslek hastalıklarını, iş kazalarını, işe bağlı sağlık sorunlarını, sakatlık ve iş görmezlik durumunu arttırdığı, yenilerini oluşturduğu ve çeşitliliğini çoğalttığı, hizmet verilen bireylerin doğrudan risk altında kalmasına, iş veriminin düşmesine, kurumun ekonomik kaybına neden olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sağlık hizmet sektörü içinde iş yaralanmaları ve hastalıklarının maliyetleri başlıklı çalışmada, iş kazası ve hastalık maliyetlerinin yüksek olduğu, tüm maliyetlerin %52'si ile hastanelerin en maliyetli sağlık kurumları olduğu belirtilmiştir.

ABD'de her yıl 385.000 bin sağlık personelinin kesici alet yaralanmasına maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Türkiye'deki ki istatistiki çalışmalar tam olarak yeterli olmamakla birlikte, yapılan bir çalışmada sağlık personelinin %97,4'nün kesici ve delici alet yaralanmasına maruz kaldığı ve bunların %1,9'unda hepatit B enfeksiyonun meydana geldiği saptanmıştır. Özellikle Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü ve HIV gibi kan ile bulaşan viral enfeksiyonların bulaşma riski artmaktadır. Bu ve bunun gibi birçok çalışma ülkemizde kesici delici alet yaralanmalarının önemli bir çalışan güvenliği sorunu olduğunu göstermektedir (Köktürk ve ark., 2003, s:315). Sağlık çalışanları daha çok ampul kırarken ve enjektör iğnesi ucu kapatırken yaralanmaktadır (Ağkoç, 2005, s:2).

Araştırma döneminde Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesinde toplam 1898 çalışandan Haziran ayında 1, Ağustos ayında 1 çalışan kesici/delici alet yaralanmasına maruz kaldığına ilişkin bildirimde bulunduğu saptanmıştır. Dönem sonunda kesici/delici alet ile yaralanma oranı %0,04 olarak hesaplanmıştır. Bölümlere göre incelendiğinde, Haziran ayında Kalp ve Damar Cerrahisi'nde 1, Ağustos ayında ise Serpil Akdağ Kan Merkezi'nde 1 kesici/delici alet yaralanması yaşandığı saptanmıştır. Kesici/delici alet yaralanması bildirimi yapan çalışanların her ikisi de temizlik personelidir. Yaralanmalar lanset ve iğne ucu ile gerçekleşmiştir.

Yaralanmalar haziran ayında parmak, ağustos ayında el bölgesinde gerçekleşmiştir. Yaşanan iki kesici/delici alet yaralanmasının birinde personelin koruyucu ekipman kullanıldığı diğerinde kullanılmadığı saptanmıştır. Yaralanmaya neden olan aletlerin birinin kontamine olduğu diğerinin ise kontamine olup olmadığının bilinmediği saptanmıştır.

Literatürde, bu araştırmanın bulgularından farklı olarak kesici/delici alet ile yaralanma oranı daha yüksek çalışmalar bulunmaktadır. Toraman ve arkadaşlarının (2011) Sema Hastanesi'nde 2008 yılında sağlık çalışanlarında kesici-delici alet yaralanmalarını araştırdıkları çalışmalarında her ay %0.2 oranında kesici-delici alet yaralanması bildirmişlerdir. Bu çalışmada yaralanma oranı temizlik personelinde %64, hemşirelerde ise %36 oranında bildirilmiştir. Yaralanmalar %28 oranında polikliniklerde, %21 oranında dahiliye servisinde, %14'ü ise tıbbi atık odasında görülmüştür. Yaralanmaların %28'i tıbbi atık torbalarıyla temas, %14'ü ise kesici-delici alet kutularının değiştirilmesi esnasında görülmüştür.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2014) tarafından 13.09.2012'de başlatılan ulusal ölçme ve değerlendirme sistemi çalışmaları kapsamında yürütülen SİYÖS projesinde 2012 yılı kesici/delici alet yaralanmaları oranları; 1. Dönem %0,79, 2.dönem %0,83, 3. Dönem %0,70, dördüncü dönem %0,48, 2012 yılı ortalaması ise %0.70 belirlenmiştir. Bu araştırma bulguları SİYÖS'e dahil hastanelerin verilerinin ortalamasından farklı olarak düşüktür.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi ve Kalite Birimi tarafından 2016 yılında kesici/delici alet yaralanmaları göstergesi takip edilmeye başlanmış ve kurumsal hedef değer '%5'in altında tutmak' olarak belirlenmiştir. Araştırmada saptanan kesici/delici alet yaralanma oranı (%0,04) bu hedefin üstündedir.

4.15. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışanlar

Çalışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya yönelik geliştirilmiş gösterge ile sağlık çalışanları için en önemli risk faktörlerinden birisi kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalmayı izleyerek riskleri azaltmak ve çalışan güvenliğini sağlamak amaçlanmaktadır.

Sağlık çalışanlarında en çok kan ve kan ürünlerine kan sıçraması şeklinde temas gerçekleşmektedir. Ayrıca kan ve kan ürünlerine temas hasta başında (acil servis, hasta odası, ameliyathane vb) gerçekleşmektedir. Bütün bunların sonucunda sağlık çalışanları, ciddi ölümcül enfeksiyon kapma riskine maruz kalmaktadır. Sıklıkla hasta kanıyla doğrudan temas etme durumu, özellikle Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü ve HIV gibi kan ile bulaşan viral enfeksiyonların bulaşma riskini artırmaktadır (Ağkoç, 2005, s:2).

Araştırma dönemi kapsamında Haziran, Temmuz ve Ağustos ayında Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çalışan Sağlığı Birimi'ne kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışan başvurusu olmadığından veri toplama formları '0' olarak doldurulmuştur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Sağlık hizmetlerinde yaşanan hızlı kalite süreci, hastane yönetimlerini yeni arayışlara sürüklemektedir. Her ne kadar kalite iyileştirme uygulanmalarının önünde idari direnç, çalışanların gönülsüz olmaları, kurumlardaki hiyerarşik yapı ve bu yapının değişime karşı koyması ya da uygulamalardan sorumlu olanların, alışkanlıklarını değiştirmelerindeki direnç gibi engeller olsa da, sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının önemi her geçen gün artmaktadır.

Araştırma amacı doğrultusunda yapılan bulgular sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Üç aylık dönem ortalama ameliyat masası kullanım oranı (%71,58), masada gerçekleştirilen ameliyatların toplamının toplam mesai saatine eşit olması anlamına gelen hedef değer %100'ün altındadır. Bu sonuç, ameliyat masalarının hastane genelinde yetersiz kullanıldığını göstermektedir. Nöroşiruji (%119,50) ve Ortopedi (%102,36) kliniklerinde ameliyat masalarının fazla kullanıldığı, diğer masaların ise görece daha az kullanıldığı sonucuna varılmıştır. Ameliyat masası kullanımı en düşük bölüm Göz Hastalıklarıdır (%29,25). Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde İbni Sina Hastanesi'nden farklı olarak tek ameliyathane yerine kampüsünün yatay yerleşke özelliğine bağlı olarak 5 farklı konumda olması (Müşterek Cerrahi Ameliyathane, Çocuk Ameliyathanesi, KVC Ameliyathanesi, Göz Hastalıkları Ameliyathanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ameliyathanesi) kullanıma ilişkin olumsuz sonuçlar yaratmaktadır. İlgili ameliyathanelerde sadece ilgili branş ameliyatları yapılabilmekte, ameliyat masaları kullanılmadığı takdirde ya da ameliyatın iptali halinde masa diğer branşların kullanımına sunulamamaktadır. Her ameliyathane için ayrı personel, tıbbi cihaz ve tıbbi malzeme planlanmakta bu da önemli iş

gücü (anestezi ekibi, hemşire, tıbbi sekreter, hasta bakıcı, temizlik personeli, sterilizasyon ekibi vb.) ve donanım gerektirmektedir.

- Üç aylık dönem hekim başına düşen poliklinik odası oranı (%34), Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 8. maddesi uyarınca belirlenen hedef değer %100'ün altındadır. Aile Hekimliği (%100), Algoloji (%100) ve Diş (%100) bölümlerinde hedef değere uygun olarak her uzman hekime bir poliklinik odası düşmektedir. İç Hastalıkları'nda (%200) 1 uzman hekim, 2 poliklinik odası; Çocuk Ruh Sağlığı (%133) 6 uzman hekim ve 8 poliklinik odası bulunmaktadır. Diğer bölümlerde oran %100'ün altında olup uzman hekim sayısına göre poliklinik odaları yetersizdir.

- Üç aylık dönem Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimlerin acil servise ortalama varış süresi (04,40 saat) Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ''≤30 dakika'' hedef değerin üstündedir. Bölüm bazında incelendiğinde 10,3 saat ortalama ile Periferik Damar, 8,64 saat ortalama ile Plastik Cerrahi ve 7.28 saat ile Reanimasyon en uzun sürede acil servise ulaşan bölümlerdir. Konsültasyon için acil servise en kısa sürede ulaşan bölüm ise ortalama 0,49 saatte ulaşan Kalp ve Damar Cerrahisi'dir.

- Üç aylık dönem Acil servise 24 saat içerisinde aynı şikayetle tekrar başvuran hasta oranı (%0,57) literatürde yer alan çalışmalara göre belirlenen ''%2'' hedef değerin altındadır. Hastaların ilk başvurularının %26,94'ü mesai içi, %73,06'sı ise mesai dışı zamanlarda gerçekleşmiştir. Hastaların tekrar başvuruları en çok ilk başvurudan sonraki 17-24 (%69,03) saat aralığındadır. Acil servise tekrar başvuran hastaların %88,06'sında ilk başvuruda konsültasyon istenmemiştir. Haziran ayında KBB (%33,33) en çok konsültasyon istenen bölümdür. Temmuz ayında sadece Kardiyoloji bölümünden konsültasyon istenmiştir. Ağustos ayında istenilen konsültasyonların %50'si Nöroloji ve %50'si Göz Hastalıkları bölümündendir. R10 Abdominal Pelvik Ağrı (%18,75), R11 Bulantı ve Kusma (%14,58) ve N23 Renal Kolik (%10,43) tanılı hastaların daha yüksek oranda tekrar acil sevise başvurduğu saptanmıştır. Primer

hastalıkların doğru tanı ve tedavisi için gerekli tetkik ve konsültasyonların istenmesi ve ağrı kontrolü tekrar başvuruları azaltacaktır.

- Üç aylık dönem Acil servis müşahede odasında ortalama kalış süresi (37,11 saat) Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'e (2018) göre belirlenen ''≤24 saat'' hedef değerin üstündedir. Kalış süresi 12 saat üstü yatışların oranı % 51,85'dir. Müşahede odasında 12 saatten fazla yatan hastaların sorumlu hekim bazında dağılımı incelendiğinde; Hekim-2 ve Hekim-4'ün hastalarının daha uzun süreli müşahededе kaldığı sonucuna varılmıştır.

- Araştırma dönemi kapsamında Haziran, Temmuz ve Ağustos aylarında Tıp Fakültesi Hastaneleri Kalite Koordinatörlüğü'ne düşme olayı bildirimi yapılmamıştır.

- Üç aylık dönem yoğun bakım mortalite oranı (%6,90), Türkiye'de yapılan çalışmalarda elde edilen yoğun bakım mortalite oranlarına (%32,6-43) göre belirlenen ''≤%30'' hedef değerin altındadır. Erkek hastalarda (%60,34) ölüm oranı kadın hastalara (%39,66) göre daha fazladır. Ölen hastaların önemli oranının 61 yaş üstü (%63,56) olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım ünitelerine göre mortalite oranları incelendiğinde mortalite oranı en yüksek İç Hastalıkları Yoğun Bakım (%20,00), en düşük ise Göğüs Cerrahisi Yoğun Bakım (%1,74) olarak belirlenmiştir.

- Üç aylık dönem yoğun bakım tekrar yatış oranı (%1,35) Türkiye'de yapılan çalışmalarda elde edilen tekrar yatış oranlarına (%5-17,5) göre belirlenen hedef değer '%5'in altındadır. Yoğun bakım ünitesine tekrar yatışların en çok taburculuktan/transferden sonraki 0-8 saat içinde (%30,44) gerçekleştiği ve hastaların %73,91'inin ilk yatışının ise mesai içi olduğu saptanmıştır. Tekrar yatış oranı en yüksek bölüm Göğüs Cerrahisi Yoğun Bakım (%4,35) en düşük bölüm ise Kardiyoloji Yoğun Bakım (İbni Sina) (%0,78)'dır.

- Üç aylık dönem yoğun bakım üniteleri genel bası ülseri oranı (%1,27), Sağlık Bakanlığı 2012 yılı SİYÖS projesi ortalama yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranına (%6.68) göre belirlenen hedef değerin altındadır. Yoğun bakımlarda hemşire başına düşen hasta sayısı %4,18'dir. Bası ülserleri en çok sakral bölgede (%72,22) ve risk değerlendirme skoruna göre %50'nin çok riskli, %50'inin yüksek riskli gruptaki hastalarda gelişmiştir. Bası ülserlerinin %72,22'i Evre II'dedir ve %66,67'sinin durumunda bir değişiklik olmamıştır. Bası yarası gelişen yoğun bakımlarda en yüksek orana sahip yoğun bakım Reanimasyon (%17,59) en düşük ise KVC (%2,16)'dir.

- Üç aylık dönem cerrahi alan enfeksiyon hızı (1.26), Enfeksiyon Kontrol Ekipleri tarafından belirlenen kurumsal hedef değer hedef değer %1'in üstündedir. CAE hızı en yüksek bölümler Cerrahi Onkoloji (5.07) ve KVC'dir (1.44).Göz Hastalıklarında ise CAE gelişmemiştir. Tespit edilen 23 cerrahi alan enfeksiyonunun %26.09'u yüzeyel, 43.48'i derin, %33,43'ü organ boşluk enfeksiyonudur.

- Üç aylık dönem yoğun bakım üniteleri genel enfeksiyon hızı (13,98) Enfeksiyon Kontrol Ekipleri tarafından belirlenen kurumsal hedef değer %0,5'in üstündedir. 3. Seviye KVC yoğun bakım ünitesinde; Haziran ayı enfeksiyon hızı 62,89, Temmuz ayı enfeksiyon hızı 13,79, Ağustos ayı enfeksiyon hızı 23,62'dir. 2. Seviye Göğüs Hastalıkları yoğun bakım ünitesinde ise Haziran ayı enfeksiyon hızı 6,49, Temmuz ayı enfeksiyon hızı 6,71, Ağustos ayı enfeksiyon hızı 13,02'dir. Diğer (Genel Cerrahi YB, Koroner YB) yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon gelişmemiştir. Araştırma döneminde KVC yoğun bakım ünitesinde VİP ilişkili enfeksiyon hızı 55.55, SVK ilişkili enfeksiyon hızı 8.72, ÜK ilişkili enfeksiyon hızı 5.81'dir. Göğüs Hastalıkları yoğun bakım ünitesinde ise VİP ilişkili enfeksiyon hızı 25.21, SVK ilişkili enfeksiyon hızı 33.70, ÜK ilişkili enfeksiyon hızı 0.0 bulunmuştur.

- Üç aylık dönem hemşire bölüm değiştirme oranı (0,73), Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin (The International Council of Nurses-ICN) 2008'de yayınladığı hemşire gücü raporuna göre gelişmiş ülkelerin işgücü devir hızlarına göre belirlenen %6.6-16.79 hedef değerin altındadır. Bölümü değiştirilen hemşirelerin %43.48'i 18-30 yaş grubu, %52.17'i 31-45 yaş grubu, %4.35'i ise 46 yaş ve üstüdür. En çok dahili kliniklerde (%47.84) çalışan hemşirelerde bölüm değişikliği yapılmıştır. Yer değişikliklerinin önemli kısmı idare tarafından (%43.48) ve eleman eksikliği nedeni ile rotasyon (%39.12) olarak yapılmıştır.

- Üç aylık dönem sezaryen ile doğumun canlı doğum sayısına oranı (%53,26), DSÖ tarafından tavsiye edilen %10-15 hedef değerin üstündedir. Sezaryen ile doğum yapan anneler yüksek oranda 19-30 yaş arasındadır (%53,23) ve Hekim-1 (%48,55) diğer sorumlu hekimlere göre daha fazla sezaryen ile doğum yaptırmıştır.

- Üç aylık dönem kesici/delici alet ile yaralanma oranı (%0,04) Sağlık Bakanlığı 2012 yılı SİYÖS projesi kesici/delici alet ile yaralanma oranına (% 0.70) göre belirlenen hedef değerin altındadır. Haziran ayında Kalp ve Damar Cerrahisi'nde 1, Ağustos ayında ise Serpil Akdağ Kan Merkezi'nde 1 kesici/delici alet yaralanması yaşanmıştır. Kesici/delici alet yaralanması bildirimi yapan çalışanların her ikisi de temizlik personelidir. Yaralanmalar lanset ve iğne ucu ile gerçekleşmiştir. Yaralanmalar Haziran ayında parmak, Ağustos ayında el bölgesinde gerçekleşmiştir. Yaşanan iki kesici/delici alet yaralanmasının birinde personelin koruyucu ekipman kullanıldığı, diğerinde ise kullanılmadığı saptanmıştır. Yaralanmaya neden olan aletlerin biri kontamine, diğerinin ise kontamine olup olmadığının bilinmemektedir.

- Araştırma dönemi kapsamında Haziran, Temmuz ve Ağustos ayında Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çalışan Sağlığı Birimi'ne kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışan başvurusu olmamıştır.

5.2. Öneriler

Araştırma bulgularına göre araştırmanın sonuçlarına ilişkin, göstergelere ilişkin ve benzer çalışma yürütmeyi hedefleyen araştırmacılara yönelik geliştirilen öneriler aşağıda verilmiştir.

5.2.1. Araştırmanın Sonuçlarına İlişkin Öneriler

Ameliyat masası kullanım oranlarına ilişkin sonuçların ilgililerle paylaşması kliniklerde farkındalığın artmasını sağlayabilir. Herhangi bir nedenle iptal edilen vakaların ameliyathaneye hızlı bir şekilde bildirimi sağlanarak masaların daha etkin kullanımı sağlanabilir. Ayrıca yaşanan durumların kök neden analizi yapılarak nedenleri ve çözüm önerileri üzerinde tartışılmasının iyileştirmeler açısından olumlu yönde etkili yaratacağı düşünülmektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde hekim başına düşen poliklinik odası oranı (%34) hedef değerin çok altında saptanmıştır. Ancak Öğretim üyelerinin kendi odalarında ya da öğretim üyeleri katında bulunan muayene odalarında yapmakta oldukları özel muayeneler bu gösterge kapsamında değerlendirilememektedir. Ayrıca üniversite hastaneleri sadece sağlık hizmeti verilen kurumlar olmayıp aynı zamanda tıpta uzmanlık eğitimi verilen araştırma ve uygulama hastaneleridir. Dolayısıyla uzman hekimlerin sürekli olarak poliklinik hizmeti vermesi beklenmeyebilir.

Üniversite Hastaneleri 3. basamak sağlık hizmeti veren büyük ölçekli işletmelerdir. Acil serviste konsültan/icapçı hekimin acil servise ulaşma süresinin takibini kolaylaştırmak için otomasyon sistemi üzerinde alan oluşturularak ve hekimlere konuya ilişkin bilgilendirme yapılabilir. Bölüm ve hekim bazında yapılan ölçüm sonuçları paylaşılarak iyileştirme faaliyetleri planlanabilir.

Acil Servise tekrar başvuruların yüksek olması beraberinde aşırı hasta yoğunluğuna neden olmaktadır. Bu durum acil servislerin etkin ve etkililiğini olumsuz yönde etkilemektedir. Tekrar başvuruları azaltmak için;

- Triaj uygulamasının sağlıklı yapılması,
- Hastaların koruyucu sağlık eğitimlerine önem verilmesi,
- Doğru tanı ve tedavi uygulanması,
- Hastanın gerekli durumlarda ilgili bölümlere mutlaka konsülte edilmesi,
- Acil servisin fiziki ve teknolojik altyapı ve donanımlarının artırılması,
- Mesai dışı saatlerde de yeterli ve nitelikli personel bulundurulması

önerilebilir.

Acil serviste müşahede sürelerinin takibi açısından otomasyon sistemi üzerinde müşahede alanı oluşturularak, gözleme alınan hastanın teşhis, tedavi, tetkik ve süreleri belirlenebilir. Otomasyon sisteminde uyarı sistemleri kurularak, belirlenen sürenin üzerinde gözlemde tutulan hastaların, neden bekletildiği araştırılabilir. Bu uygulama sayesinde büyük ölçekli hastanelerde günlerce acil servis gözetim odasında bekleyen hastalar için iyileştirmeler yapılabilir. Bu araştırma sonrasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Acil Servisinde klinik ve yoğun bakım yatağı bekleyen hastaların hızla bölümlere drenajı için bir başhekim yardımcısı görevlendirilerek, kendisine ilgili bölümlere yatış yapma yetkisi verilmiştir ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu uygulama diğer üniversite hastanelerinde de uygulanabilir. Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde Acil Servis Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Sürelerinin kısaltılması için 4. Sağlıkta Kalite ve Güvenlik ödülüne layık görülen Dizen ve arkadaşlarının önerdiği gibi "Acil Servis Müşahede Komisyonu" kurulabilir. Acil tıp uzmanlarının en çok sıkıntı yaşadıkları vaka örneklerini bu komisyon toplantılarında sunmaları, üyeler tarafından konunun tartışılması ve çözüm önerileri oluşturulması süreci olumlu etkileyebilir.

Hemşire yetersizliğinin yaşandığı Türkiye'de, gerek kurumsal gerekse ulusal düzeyde, devir hızını azaltmaya ve hemşireleri kurumda tutmaya yönelik önlemlerin alınması önem arz etmektedir. Bu kapsamda yöneticilerin sadece hemşire değil kurumda hizmet veren tüm çalışanlar için iş yaşamı kalitesini artırıcı ve çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik startejiler geliştirmeleri, ücret politikalarını yeniden gözden geçirmelerinin yararlı olacağı söylenebilir.

Sezaryen oranlarının düşürülmesi için endikasyon bulunmayan gebeliklerde anne isteğine bağlı yapılan operasyonların önlenmesi ve ilk gebeliği olan hastalara sezaryen kararı verilirken endikasyonların iyi değerlendirilmesi önerilebilir. Ayrıca normal doğumu teşvik eden kurumsal düzenlemeler (performans, politika vb.) mevcut sürece olumlu katkıda bulunabilir.

Kesici-delici alet yaralanması ve kan ve kan ürünlerine temas çalışan güvenliğini tehdit eden önemli hususlardır. Bu konuya ilişkin riski en aza indirmek, sağlık kuruluşlarının hedeflerinden biri olması gerektiğinden hedefe ulaşmak için personelin etkili şekilde eğitimi devam ettirilmesi, kazanılan bilgi ve davranış değişiklikleri belirli aralıklarla kontrol edilmesi önerilebilir. Kişisel koruyucu ekipman, malzeme ve donanımın hastane yönetimi tarafından temin edilmesi ve kurulacak etkili bir sistemle temas ve yaralanma durumlarının takip edilmesi, çıkan sonuçlar ışığında gerekli önlemlerin alınması uygun olabilir. Tüm sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği çalışmalarına katılmaları teşvik edilerek yerleşik bir çalışan güvenliği bilinci oluşturulmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Kesici-delici alet yaralanmalarında personelin takibini yürüten Çalışan Sağlığı Biriminin varlığı ve faaliyetleri konusunda; tüm personelde farkındalığın yaratılması, eğitimlerin yapılması, eğitimlerin periyodik olarak tekrarlanması, bilgilendirme broşürlerinin hazırlanması, uyarı afişlerinin asılması bildirime tabi gösterge için daha sağlıklı veri sağlayabilir.

AHRQ (2007)'ın dekübit ülserinde kabul edilebilir değeri 'bölgesel ve ulusal ortalamalardan düşük değer elde edilmesi, hastanenin önceki döneme ait değerinden

düşük değer elde edilmesi'dir. Araştırma sonucu saptanan yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranı (%1,27) kurumda ve diğer hastanelerde aynı gösterge ile yapılacak çalışmalarda kıyaslama için kullanılabilir.

5.2.2. Göstergelere İlişkin Öneriler

Ameliyat masası kullanım oranlarına ilişkin Kalite İyileştirme Komitesi, araştırmada saptanan sonuç doğrultusunda (%71,58) kurumsal hedef olarak %100 den farklı olarak daha aşağıda, %80-90 gibi bir hedef belirleyebilir; yıl sonunda hedefe ulaşılması durumunda bir sonraki dönem için daha üst hedef değer belirleyebilir.

Üniversite Hastanelerindeki eğitim ve muayene süreçleri gözönünde bulundurularak göstege kartının revizyonu önerilebilir. Kalite İyileştirme Komitesi, araştırmada saptanan sonuç doğrultusunda (%34) kurumsal hedef olarak %100 yerine daha gerçekçi bir hedef belirleyerek (Örneğin %50), yıl sonunda hedefe ulaşılması durumunda bir sonraki dönem için daha üst hedef değer belirleyebilir.

Cerrahi alan enfeksiyonları en sık rastlanan hastane enfeksiyonları arasında yer almaktadır. Bu enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi için cerrahi işlemlerden sonra cerrahi alanın hekim, hemşire ve enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından günlük olarak değerlendirilmesi ve sürveyansın taburculuk sonrasında da devamının sağlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Yoğun bakım hastane enfeksiyon hızı göstergesinin hedef değere ulaşması için enfeksiyona neden olan risk faktörlerini azaltmaya yönelik faaliyetlerin planlanması önerilebilir. Örneğin;

- Ameliyat ve diğer girişimsel işlemlerde (damar yolu kateterizasyonu, üretral kateter, endotrakeal entübasyon, vb.) ve vücut içine doğrudan yapılan müdahalelerde el, araç, tıbbi alet, fiziksel ortam ve yara yerinin temizliği

yeterli düzeyde sağlanması, maksimum düzeyde bariyer ve asepsi önlemlerinin alınması,

- Kataterler endikasyon halinde, eğitimli ekip tarafından takılmalı ve bakımı yine eğitimli ekipler tarafından yapılmalı, gerekmedikçe çok lümenli kateter kullanılmamalı ve santral venöz kateterlere düzenli olarak antikoagülan uygulanmalı,

- Hastane çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının kişisel, el ve vücut temizliğine dikkat etmesi, hastane binasının ve tüm araç ve gereçlerin temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinin yapılması, mutfak ve çamaşırhane gibi destek hizmetlerde gerekli temizlik kurallarına uyulmasının sağlanması,

- Hastane binası ve tesisat sisteminin, hijyenik bir tedavi-bakım hizmeti sunulmasına imkan vermesi, yeterli izolasyon odasının bulunması, ameliyathane koşullarının kalite standartlarına uygun olması, enfeksiyon açısından risk oluşturan bakım-onarım faaliyetlerinin Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile koordineli yürütülmesi ve gerekli önlemlerin alınması,

- Artan hasta yoğunluğu ile doğru orantılı tedavi, bakım ve temizlik hizmetlerinde çalışan hastane personelinin sayı ve nitelik olarak artırılmasının sağlanması,

- Hastane enfeksiyonları kalite göstergeleri arasında önemli bir yere sahiptir ve tıbbi hataların parçası olarak değerlendirilmektedir. Hastane yöneticileri başta olmak üzere, hekimlerde ve tüm sağlık çalışanlarında bu noktada farkındalık yaratılmasının yararlı olacağı söylenebilir.

'Kesici Delici Alet Yaralanması Oranı', 'Düşen Hasta Oranı' ve 'Kan ve Vücut Sıvısına Maruz Kalan Çalışanlar Oranı' bildirime tabii göstergelerdir. Bildirime dayalı göstergelerde dikkat edilmesi gereken husus, çalışanlarda bildirim kültürünün oluşturulması ve hatalardan öğrenme sürecine ilişkin motivasyonun oluşturulmasıdır.

Bir hastanede olay bildirim kültürü ne kadar gelişmiş ise o hastanede bu tür göstergeler için gerçekçi sonuçlara ulaşmak da o kadar kolay olabilmektedir. Bu nedenle bildirime dayalı göstergelerde hedef değer belirlenirken ya da sonuçlar analiz edilirken o konu ile ilgili bildirim düzeyi ve bildirim kültürünün de göz önünde bulundurulması uygun olacaktır. Bildirim düzeyinin ölçülmesinin kalite ölçümüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kayıtlara tabi göstergelerde ise, veri toplama aşamasında kayıtların sağlıklı bir şekilde tutulması önemlidir. Veri toplama için oluşturulacak olan formlar, manuel ya da elektronik ortama entegre şekilde kullanılabilir. İçeriği yeterli olmayan veya gerçeği yansıtmayan eksik kayıtlar yanıltıcı olabilir. Sistemin, gerekli tüm verileri içerecek şekilde düzenlenmesi önerilmektedir. Ancak veri toplama alt yapısının elektronik sistem, tercihen de hastanede kullanılan bilgi yönetim sistemi üzerinden kurgulanması performans ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmalarının uygulanabilirliği açısından oldukça önemlidir. Bu şekilde personele minimum ek iş yükü oluşturulacağı, aynı zamanda da verinin analizinin önemli ölçüde kolaylaşacağı düşünülmektedir. Eğitim veri kalitesini etkileyen en önemli husustur. Bu nedenle çalışanlara eğitimler verilmesi uygun olabilir.

Sağlık hizmetlerinde, sunulan hizmetlerin kalitesini iyileştirmek için yeni teknolojilerin olanaklardan her zaman faydalanılabilir. HBS'ler, intranet ve diğer bilgi ve iletişim teknolojileri sağlık bakım alanlarında iletişimi giderek güçlendirmektedir. Bilgi ve iletişim teknolojileri, ilk zamanlarda özellikle bakıma ilişkin verinin zamanında ve etkin bir şekilde paylaşılmasına katkı sağlamıştır. Daha sonraları bu katkının odak noktası, işlem anında klinik veri toplama ve işleme yoluyla ile sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliği artırmaya doğru kaymıştır.

Sağlık kurumları bilgi temeline dayanan bir sektör olduğundan, sağlık hizmetleri faaliyetleri ile ilgili işlemlerin her aşamasında gereksinim duyulan bilgiyi sağlayacak bir bilgi sisteminin varlığı sürekli değişen çevre koşullarında kaçınılmaz hale gelmiştir. Sağlık hizmetleri için gereksinim duyulan bilgiler, zamanında yeterli ve güvenilir bir şekilde sağlanmadığında ortaya çıkan sorunlar insan sağlığını direk

etkileyebildiğinden, bu kurumlar açısından bilginin etkin yönetimi önemli bir konudur.

Her hastane öncelikle kendine özgü olduğu için her hastanenin kendi gösterge sonuçlarını iyi analiz etmesi önem arz etmektedir. Göstergenin özelliğine ve ihtiyaca göre belirlenen sorumluların verilerin toplanmasından analizine, düzeltici-önleyici faaliyetlerin planlanmasına kadar göstergeye ait tüm süreçlerde aktif görev almaları uygun olabilir. Gösterge yönetiminde görev alan sorumlulara sabırlı ve kuşkucu olmaları önerilebilir. Çalıştıkları konu ile ilgili detaylı bir inceleme yapmaları, hangi bölümle ilgili çalışma yapıyorlarsa, o bölümün işleyişini yerinde görmeleri ve bölümün işleyişini çok iyi bir şekilde analiz etmelerinin gösterge yönetiminde başarıyı artıracağı söylenebilir.

Gösterge yönetiminde izleme ara verilmesi süreci olumsuz etkileyecek ve önceden yapılan çalışmaları anlamsız hale getirecektir. Bu nedenle izlemin sürekli olmasına özen gösterilmesi uygun olabilir. Analiz sonuçlarının sadece sorumlularla değil, ilgili bölümdeki tüm çalışanlarla paylaşılması ve onların fikirlerinin alınması önemlidir. Bu yaklaşım, çalışanların sürece dahil edilmesini, konuyu sahiplenmelerini ve çözüm noktalarında yaratıcı fikirler sunmalarını sağlayabilir. Böylece bildirim ve kayıt kültürü açısından da önemli bir adım atılması sağlanacak, ardından da ölçüm kültürünün kurumsal anlamda gelişmesi mümkün olabilir. Ayrıca ölçme, değerlendirme ve izleme pratiği; analitik düşünmenin de gelişmesini sağlayarak personelin kişisel gelişimine bu anlamda katkıda bulunabilir. Sonuçlar paylaşılırken asla herhangi bir personeli ya da bölümü suçlayıcı bir tavır sergilenmemesi uygun olabilir.

Sağlık kuruluşları tarafından Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi bünyesinde oluşturulan Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) girilen SKS gösterge sonuçlarının dönemsel raporlar şeklinde web sayfasından paylaşılması araştırmacılara katkı sağlayacaktır.

5.2.3. Benzer Çalışma Yürütmeyi Hedefleyen Araştırmacılara Öneriler

Üniversite hastaneleri kurumsal yapısı ve işleyişi itibarı ile kamu ve özel sağlık işletmelerinden farklıdır. Bu araştırmada Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş ulusal kalite göstergeleri ile gerçekleştirilen araştırma sonuçları, gerek Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri gerekse diğer sağlık işletmeleri için gösterge yönetimi hedef belirleme sürecinde kullanılabilir. Ulusal kalite göstergeleri ile gerçekleştirilecek objektif ölçümler gerek kurumsal, gerek ulusal ve gerekse dünya örnekleri ile kıyaslama ve işbirliği imkanları oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Bu araştırma Sağlık Bakanlığı'nın ölçüm periyodlarına uygun biçimde ve araştırma kısıtlılıklarından dolayı 3 aylık bir dönemde gerçekleştirilmiştir. Daha uzun süreli (6 aylık, 1 yıllık vb.) olarak yapılmasının uygun olabileceği önerilebilir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından çalışmaları tamamlanarak 14.03.2020 tarihinde makam oluru ile yürürlüğe giren SKS Hastane'de (Sürüm 6) Kalite Göstergeleri bölümündeki gösterge verilerinin manuel formlar yerine HBYS'de tanımlanarak sistemden alınabilir olması ölçüm ve analiz sürecini kolaylaştırıp kısaltabilir. Gösterge Yönetimi bölümünde yer alan tüm verileri kullanmak yerine daha spesifik (yoğun bakım ünitelerinde kalite ölçümü, acil serviste kalite ölçümü vb.) bir araştırma yürtümeleri önerilebilir.

ÖZET

Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Ölçüm ve İzlenmesinde Gösterge Yönetimi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği

Araştırmanın amacı Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Hastane Kalite Standartları Seti içerisindeki İndikatör Yönetimi boyutunda yer alan gösterge verilerinin toplanması, veriler üzerinde Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen hesaplama yöntemiyle ölçüm yapılması, elde edilen sonuçların ülke ve dünya örnekleri ile karşılaştırılmasıyla bu alanda veri tabanı oluşturulması ve hastanenin hizmet kalitesini artırmada yönetime bir fırsat sağlamaktır.

Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde 01.06.2013-31.08.2013 tarihleri arasında prospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Sağlık Bakanlığı (2011) İndikatör Yönetimi boyutunda yer alan 19 göstergeden 15 ana gösterge ve 56 alt gösterge olmak üzere toplam 71 gösterge kullanılmıştır. Veriler Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Gösterge Yönetimi Rehberi ve diğer hastane örnekleri doğrultusunda araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanan gösterge kartları ve veri toplama formları ile toplanmıştır.

Araştırma sonucunda, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 3 aylık dönem ortalama ameliyat masası kullanım oranı %71,58; hekim başına düşen poliklinik oranı %34; acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimlerin acil servise ortalama varış süresi 04:40 saat; 24 saat içerisinde aynı şikayetle tekrar başvuran hasta oranı % 0,57; müşahede odasında ortalama kalış süresi 37.11 saat; yoğun bakım genel mortalite oranı %6,90; yoğun bakım tekrar yatış oranı %1,35; yoğun bakım ünitelerinde bası ülseri oranı %1,27; cerrahi alan enfeksiyon hızı oranı 1.26; genel enfeksiyon hızı 13,98; hemşire bölüm değiştirme oranı 0,73; sezaryen ile doğumun canlı doğum sayısına oranı %53,26; kesici/delici alet ile yaralanma oranı %0,04 olarak bulunmuştur. Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışan başvurusu ve düşme olay bildirimi olmadığından sonuç '0' olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gösterge, Hastane, Kalite Ölçümü, Performans Ölçümü

SUMMARY

Indicator Management at Service Quality Measurement and Monitoring in Hospitals: An Example of a University Hospital

The aim of this research is to collect indicator data in the Indicator Management dimension in the Hospital Quality Standarts Set developed by Ministry of Health, to measure the data using the calculation method developed by Ministery of Health, to create a database in the field by comparing the obtained results with country and world samples and to provide management with an opportunity to improve the service quality of the hospital.

The research was carried out prospectively between 01.06.2013-31.08.2013 in Ankara University Medical Faculty Hospitals. In the study, a total of 71 indicators, 15 main and 56 sub-indicators were used from 19 main indicators in the Ministry of Health (2011) İndicator Management. The data were collected with indicator cards and data collection forms prepared by adapting by the researcher in accordance with the Ministry of Health General Directorate of Health Services, Department of Health Quality and Accreditation, Indicator Managenment Guide and other hospital examples.

As a result of the research, the average 3 month operating table usage rate in Ankara University Medical Faculty Hospitals is 71.58%; 34% of outpatient clinics per physician; the average time of arrival of the consultant/performer physicians called to the emergency department is 04:40 hours; the proportion of patients re-applying with the same complaint within 24 hours is 0.57%; the average length of stay in the guest room is 37.11 hours; intensive care mortality rate 6.90%; intensive care re-admission rate is 1.35%; pressure ulcer rate in intensive care units is 1.27%; surgical site infection rate ratio 1.26; overall infection rate 13.98; nurse department change rate 0.73; the rate of cesarean delivery to live births is 53.26%; the rate of injury with a cutter/piercing tool is 0.04%. The result was evaluated as ‘0’ since there were no fall incident reports and employee applications exposed to splashes of blood and body fluids.

Key Words: Hospital, Indicator, Performance Measurement, Quality Measurement.

KAYNAKLAR

AĞKOÇ S (2005). Hekimlerde Mesleki Riskler İstanbul Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Üzerinde Bir Çalışma. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

AHRQ (2007). Guide to Patient Safety Indicators. The Agency for Healthcare Research and Quality.Erişim:[http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi_ guide_v31] Erişim Tarihi: 10.01.2012

AHRQ (2013) Erişim: [http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/qitoolkit/index]. Erişim Tarihi: 21.03.2013.

AKAL Z (1996). İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi. Ankara: MPM Yayınları.

AKALIN HE (2002). Yoğun Bakımda Hizmet Kalitesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2:** 35-38.

AKYOL C, OKTAY C, HAKBİLİR O, J.AKYOL A, Ç. TÜR F (2006). Acil Servise Aynı Şikayet ile Tekrar Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **6(3):** 108-116.

ALLMAN RM, LAPRADE CA, NOEL LB (1986). Pressure Sores Among Hospitalized Patients.*Ann Intern Med.*,**105:** 337-42.

ALTIAY G, TABAKOĞLU E, ÖZDEMİR L, TOKUÇ B, ÇEVİRME L, HATİPOĞLU ON (2007). Mortality Rates and Related Factors in Respiratory Intensive Care Unit Patients. *Toraks Dergisi*, **8(2):** 79-84.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ (2015) Erişim: [http://ankaratiphastaneleri.medicine.ankara.edu.tr.] Erişim Tarihi: 16.04.2015

ANDERSON DJ, KAYE KS (2008). Strategies to prevenr surgical Site Infections In Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*, **29**: 51-61.

ASUNAKUTLU T (2005). Sağlık Hizmetlerinde Kalite. Erişim: [http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf.] Erişim Tarihi:15.06.2010

ASLANTEKİN F, GÖKTAŞ B, ULUŞEN M, ERDEM R (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2(6):** 55- 70.

ATASAY B, GÜNLEMEZ A, ÜNAL S, ARSAN S.(2003). Outcomes of Very Low Birth Weight İnfants in a Newborn Tertiary Center in Turkey, 1997-2000. *Turk J Pediatr*, **45**:283-289.

AYDIN S (2007). Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Anlayışına Geçiş. İçinde: *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği*, Ed.: Ateş, H., Kırılmaz, H., Aydın, S. Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.

AYDIN B (2009). Sağlıkta Kalite. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta-Güvenliği Dergisi,* **1:**58.

AYDIN T, AYDI ŞA, KÖKSAL Ö, ÖZDEMİR F, KULAÇ BM (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servise Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*,**163 (8):** 163-168.

BALARD (2003). Indicators to Improve Clinical Quality Across An Integrated Haelth Care System. *International Journal for Quality in Health Care*, **15 (1):** 13-23.

BIJ. J. D., VISSERS, J. M. H (1999). Monitoring Healt Care Processes: A Framework for Performans Indicators. *International Journal of Health Care Quality Assurance*,**12 (5):** 214-221.

BİRCAN, H., BAYCAN, S (2004), Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi,* **2 (2)**: 173-185.

BROWN SE, RATCLIFFE SJ, HALPERN SD (2013) An Empirical Derivation Of The Optimal Time Interval For Defining ICU Readmissions. *Med Care*, **51:** 706.

CALDWELL C (1998). Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, Çevirmen: Osman AKINHAY. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

CHEN CHING-MIN, HONG MEI-CHU, HSU YU-HSIEN (2007). Administrator Self Rating of Organization Capacity and Performance of Healthy Community Development Projects in Taiwan. *Public Health Nursing*, **24 (4):** 343-354.

ÇAYLAK SD, SÖZEN H, KASAP Ş, BELLİ AK, GÜL M (2015) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Hastanesinde Cerrahi Alan Enfeksiyonu Sürveyansı. *Muğla Sıtkı Koçman Tıp Dergisi,* **2 (3):** 29-33.

ÇİÇEK R, KARA B, KOYUNCU K (2006). Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma. *MPM Verimlilik Dergisi*,

DEMİRBAŞ F (2009). Hasta Güvenliği Uygulamalarında Ölçümlenme, Türkiye Modeli "Hasta Güvenliği Endeksi''. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, **1:** 20.

DERİN N, DEMİREL ET (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. *International Journal of Social Science*, **6 (2):** 1111-1130.

DEVEBAKAN N, AKSARAYLI M (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* **5:** 1.

DOKUZOĞUZ B (2001). Cerrahi Alan İnfeksiyonlarında Mikrobiyoloji ve Epidemiyoloji. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, **5**:84-87.

DONABEDIAN A (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring, 1, The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, Michigan.

DÖNMEZ SS, DURAK VA, TORUN G, KÖKSAL Ö, AYDIN Ş (2017) Acil serviste gerçekleştirilen konsültasyon sürecinin incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* **43 (1):** 23-28.

DURSUN Y, ÇERÇİ M (2006). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **(23):** 1-16.

DUQUuE (2013) Erişim: [http://www.duque.eu/]. Erişim Tarihi: 21.03.2013

EFE S, SAK İ, İNAL V (2018). Üçüncü Basamak Karma Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Kalite Göstergelerinin Retrospektif Değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Dergisi,* **9 (1):** 1-6

ERYILMAZ M (2007). Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri: İhtiyaca Yönelik Güncel Çözüm Önerileri. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi,* **13(1):** 1-12

ERENLER AK, AKBULUT S, GÜZEL M, ÇETİNKAYA H, KARACA A, TÜRKÖZ B, BAYDIN A (2014). Acil Serviste Aşırı Kalabalığın Nedenleri: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Deneyimleri ve Önerileri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi,* **14(2):** 59-63.

ESATOĞLU AE (2007). Hastanelerde Performans Ölçümü. İçinde: *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği*, Ed.: Ateş, H., Kırılmaz, H., Aydın, S. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

GODIWALLA YH, BATRA HC, JOHNSON JA, CHARLESTON J (1997). Managing Hospitals İn Dynamic Environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **10(5):** 202-207.

GOLDHILL DR, SUMNER A (1998). Outcome of Intensive Care Patients in a Group Of British Intensive Care Units. *Crit Care Med*, **26:** 1337-45.

GORDON D (1999). Redifinig Processes To Create A More Humane Patient Environment. *Health Care Strategic Management*, **17 (3):** 14-16.

GROENE O, KLAZINGA N, KAZANDJIAN V, LOMBRAIL P (2008a). The World Health Organization Performance Assessment Tool For Quality Improvement In Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation In 37 Hospitals. *International Journal for Quality in Health Care,* **20 (3):** 155161.

GROENE O, SKAU JKH., FROLICH A (2008b). An International Review of Projects on Hospital Performance Assessment. *International Journal for Quality in Health Care,* **20 (3):** 162171.

GRUPTA A (1995). Productivity Measurement in Service Operations: A Case Study From The Health Care Environment. *Managing Service Quality*, **5(5):** 31-35.

GÜLCAN H, ÜZÜM İ, ASLAN S, YOLOĞLU S. (2004). İnönü Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm Hastaların Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **11**: 19-23.

GÜRSOY V (2014) Acil Serviste Dahiliye Konsültasyonu Yapılan Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri ve Konsültasyonla İlişkili Sorunların İrdelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ (2013).Turkey Demographic and Health Survey. Erişim: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/eng/tdhs13/report/TDHS2013_Results_Izmir_05022015.pdf]. Erişim Tarihi:10.03.2015.

HORBAR JD, BADGER GJ, CARPENTER JH,FANAROFF AA, KILPATRICK S, PHIBBS R, LaCORTE M, SOLL R (2002). Trends in Mortality and Morbidity for Very Low Birth Weight Infants, 1991–1999. *Pediatrics*, **110:** 143-151.

IŞIK T (2010). Özel Hastanelerde Kalite Göstergelerinin Geçerliliği Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

INSTITUTE OF MEDICINE (2001). Crossing The Quality Chasm, A New Health System For The 21st Century, National Academy of Sciences.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING-ICN (2008) Workforce Profile. Erişim: [http://www.icn.ch/sew_nwp08.htm]. Erişim Tarihi: 25.01.2015.

İNCESU E, BEYLİK U, KÜÇÜKKENDİRCİ H (2016). Acil Servis Sağlık Hizmetlerinde Başvuru Tekrarı Sorunu: Türkiye'de Bir Devlet Hastanesi Acil Servis Araştırması. *Akademik Bakış Dergisi*, **53**: 1-19.

THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE-ISQua (2017). The International Society for Quality in Health Care Company Limited by Gaurantee trading as The Internatıonal Socıety For Quality In Health Care (ISQua), Erişim: [www.isqua.org]. Erişim Tarihi: 04.10.2017.

KARAKAYA Z, GÖKEL Y, AÇIKALIN A, KARAKAYA O (2009). Acil Tıp Anabilim Dalı'nda Konsültasyon Sisteminin İşleyişi Ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi,* **15 (3):** 210-216.

KATAR S, DEVECİOĞLU C (2006) Dicle Üniversitesi Yenidoğan Bakım Ünitesinde İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi,* 33(4): 248-251.

KAVUNCUBAŞI Ş (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

KAYA S (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. Ankara: Pelikan Yayınları.

KAYA S (2009). Yoğun Bakım Ünitelerinin Etkililiği ile Yönetsel ve Örgütsel Faktörler Arasındaki İlişki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,***12(1):** 37-40.

KAYRAL İ. H (2018). Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi,* s: 27-31.

KILIÇASLAN İ, BOZAN H, OKTAY C, GÖKSU E (2005). Türkiye'de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi,* **5(1):** 5-13.

KÖKTÜRK M, KURŞUN Ş, YAVUZ M, DRAMALI A (2003). Hastanede Çalışan Sağlık Personelinde Kesici Delici Alet Yaralanmalarının İncelenmesi. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. İzmir, 22-26 Ekim 2003.

KRAMER AA, HIGGINS TL, ZIMMERMAN JE (2012). Intensive Care Unit Readmissions in US Hospitals: Patient Characteristics, Risk Factors, and Outcomes. *Crit Care Med,* **2 (40):** 3-10.

KUŞ H (2012) Evrensel Pencereden Türkiye'de Sağlıkta Kalite. *Sağlık ve İnsan Dergisi,* **10:**28-30.

KÜÇÜKAKSU C, ÜNLÜ S, YARICI T, MAHMUTOĞLU L (2004). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi. *Hastane Yaşam Dergisi,* **1 (1).**

NNIS (NATIONAL NOSOCOMIAL INFECTIONS SURVEILLANCE) (1996). A report from the National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. *Am J Infect Control,* **24**:380.

OKTAY C, CETE Y, ERAY O, PAKDEMİR M, GÜNERLİ A (2003). Appropriateness of Emergency Department Visits in a Turkish University Hospital. *Croat Med,* **44(5):**585-91.

ORMAN H, ERKUŞ S., ERDEMİR F, ERKUŞ N, PARMAKSIZOĞLU AS (2012). Kliniklerin Ameliyat Masa Kullanım Sürelerinin Değerlendirmesi, 1.Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon (SAD) Sempozyumu. Gaziantep, 3-6 Ekim 2012.

ORMAN H, ERKUŞ S, MUMYAKMAZ M, ÇİMEN MS (2013). Ameliyathane Masa Kullanım Oranlarının Değerlendirmesi, 4. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sağlıkta İndikatör Yönetiminde Uygulama Örnekleri, s.501-506

ÖZALP S (1996). Hastanelerde Kalite Sağlama Sistemleri. Anadolu Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ders Notu. Eskişehir.

ÖZAY HY, E BOMBACI, ERCAN GÇ, SERHAN ÇOLAKOĞLU S (2012) Yoğun Bakım Ünitesine Tekrar Yatış Yapılan Olguların Geriye Dönük Analizi; Nedenleri, Sonuçları ve Mortaliteyi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *J Turk Soc Intens Care,* **10(3):** 91-96.

ÖZGEN H (1995). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. *Toplum ve Hekim Dergisi,* **10(69).**

ÖZTAŞ D, GÜZELDEMİRCİ GB, SANİSOĞLU Y, YILDIZBAŞI E, TOPUZ TG, AKSOY M, YUSUF ÜY (2015). Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ameliyat Masası Kullanım Oranlarının Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,* **9:** 51-65

PAKDİL F (2007). Sağlık Sektöründe Kurumsal Performans Yönetimi. İçinde: *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği*, Ed.: Ateş, H., Kırılmaz, H., Aydın, S. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

PATH (2013). The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. Erişim:[http://www.pathqualityproject.eu/what_is_path]. Erişim Tarihi: 23.03.2013.

RESMİ GAZETE (2009). Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29 Nisan, Sayı 27214.

SAĞLIK BAKANLIĞI (1983). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Erişim:[https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR,55365/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi.html]. Erişim Tarihi: 23.01.2019.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2005). Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2008). Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Hastane Kalite Standartları. Ankara: Pozitif Matbaa.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2012). SKS Işığında Sağlıkta Kalite. Ankara: Pozitif Matbaa.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2013a). İndikatör Yönetimi. Hastane Kalite Standartları Okulu. Erişim:[http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=258]. ErişimTarihi:17.03.2013

SAĞLIK BAKANLIĞI (2013b). Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Erişim: [http://www.path.saglik.gov.tr].Erişim Tarihi: 21.03.2012

SAĞLIK BAKANLIĞI (2013c). Erişim: [http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php] Erişim Tarihi: 12.03.2013

SAĞLIK BAKANLIĞI (2013d). Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) Raporu Özet Veri. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmet Standartları Dairesi Başkanlığı.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2018). Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı (USHİESA) Raporu Özet Veri. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.

SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI (2012) Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane.Erişim:[http://www.kalite.saglik.gov.tr/indexphp?lang=t]. Erişim Tarihi: 02.12.2012.

SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI (2014) Kalite İndikatörleri ve SİYÖS.Ankara: Pozitif Matbaa.

SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI (2015a) Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Versiyon-5 (1.Baskı). Ankara:Pozitif Matbaa.

SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI (2015b). Gösterge Yönetimi Rehberi (1.Baskı) Ankara:Pozitif Matbaa.

SAĞLIKTA KALİTE İYİLEŞTİRME DERNEĞİ (2013). Faaliyet Raporu. Erişim:[http://skid.org.tr/wpcontent/uploads/2012/08/DUQuEfaaliyetraporu.pdf]. Erişim Tarihi: 21.3.2013.

SLUISVELD NV, OERLEMANS A, WESTERT G, HOEVEN JG, WOLLERSHEIM H, ZEGERS M (2017) Barriers And Facilitators To Improve Safety And Efficiency Of The ICU Discharge Process: A Mixed Methods Study. *BMC Health Serv Res*, **17:** 251.

SOUZA JP, BETRAN AP, DUMONT A, DE MUCIO B, GIBBSPICKENS CM, DENEUX-THARAUX C (2016). A Global Reference for Caesarean Section Rates (C-Model): a Multi Country Crosssectional Study. *BJOG*, **123(3):**427-36.

ŞAHİN N, CEBELLİ S, KURT T (2014). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Yaralarının Oluşumunun Engellenmesi ve Oranların Düşürülmesinde Nütrisyon Ekibi Farkı Denizli Devlet Hastanesi Örneği. Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri. MİKİ Matbaacılık San. Tic.Ltd.Şti.

SHAW C (2004). Toolkit for Accreditation Programs. ISQua, Australia.

ŞEN A (2010). Hastane İşletmelerinde İSO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamalarının ve İç Müşteri Algılarının Servqual Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

TAŞDEMİR M, HAYRAN O (2005). Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetini Değerlendirilmesi. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetim Sempozyumu. İstanbul, 27-28 Eylül.

TORAMAN AR, BATTAL F, ÖZTÜRK K, AKCİN B (2011). Sharps Injury Prevention for Hospital Workers. *Int J Occup Saf Ergon*. **17(4):**455-61.

USLU B, AYDIN S (2007). Kamu Sağlık Kuruluşlarında Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme Çalışmaları. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi. Yakın Doğu Üniversitesi Lefkoşa, Kıbrıs.

UYSAL N, GUNDOĞDU N, BÖREKCİ Ş, DİKENSOY Ö, BAYRAM N, UYAR M, BAYRAM H, FİLİZ A, EKİNCİ E, MUTLU G.M (2010). Üçüncü Basamak Merkezde Dahili Yoğun Bakım Hastalarının Prognozu.*Yoğun Bakım Dergisi,* **1:** 1-5.

VARKEY P, ANTONIO K (2010). Change Management for Effective Quality Improvement: A Primer. *Am J Med Qual,* 25(4):268-73.

VEILLARD J, CHAMPAGNE F, KLAZINGA N, KAZANDJIAN V, ARAH AO, GUISSETL A (2005). A Performance Assessment Framework For Hospitals: The WHO Regional Office For Europe PATH Project. *International Journal for Quality in Health Care,* **17 (6):** 487496.

WHO (2015). Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması. Erişim: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?ua=1] Erişim Tarihi: 15.02.2015.

YETKİN MA (2013). Sağlık Hizmetini Sunumunu Etkileyen Uygulamalar; Mevcut Kalite Göstergeleri. EKMUD 2013 Bilimsel Platformu. Erişim:[http://ekmud.org/dosya/EKMUDPLTFR2013/arzuyetkin.pdf]. Erişim Tarihi: 21.04.2013.

YETKİNLİOĞLU Ö (2009). Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

YILDIRIM A (2009). Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartlarının Hasta Hakları Yönünden İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ZAİM H, TARIM M (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları, **59 (2):** 4.

EKLER

Ek-1. Kurum İzin Belgesi

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Hastaneleri Başhekimliği

Sayı : 38632394-770-1737 24.05.2013
Konu : Filiz ŞAN SAĞIR hk.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi: 23.05.2013 tarih B.30.2.ANK.0.28.00.00/13-19041522-208 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız Tezli Yüksek Lisans öğrenciniz "0976005" numaralı Filiz Şan SAĞIR'ın "Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Ölçüm ve İzlenmesinde İndikatör Yönetimi; Üniversite Hastanesi Örneği" konulu tezini Fakültemiz Hastanelerinde (İbni Sina -Cebeci) 1 Haziran-31 Ağustos 2013 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof.Dr.Erol ÖZDİLER
Tıp Fakültesi
Hastaneleri Başhekimi

Adres : A.Ü.Hastaneler Başhekimliği 06100 Altındağ/ANKARA
Tel: 0(312)508 3669-3000 Fax: 0(312)311 24 33 E-posta: hbashekimlik@ankara.edu.tr

Ek-2. Ameliyat Masası Kullanım Oranı Gösterge Kartı

AMELİYAT MASASI KULLANIM ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Ameliyat masalarının etkin ve verimli kullanımını değerlendirmeye yönelik geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Hasta bekleme sürelerinin azaltılması, hastane kaynaklarının, zaman, emek, maliyet açısından en uygun ve verimli şekilde kullanılmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda her bir ameliyat masası için; (İlgili masada gerçekleştirilen ameliyatların toplam süresi/ Toplam mesai saati (nöbet hariç)) x100
Alt Göstergeler	Branş bazında ameliyat masası kullanım oranları
Hedef Değer	100%
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)
İlgili Formlar	Ameliyat Masası Kullanım Oranı Veri Toplama Formu Ameliyat Masası Kullanım Oranı Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	
Çıkış Noktası	Verimlilik, Etkinlik
Dikkat Edilecek Hususlar	Ameliyat süresi, hastanın ameliyat odasına girdiği ve odadan çıktığı saatler arasında geçen süredir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-3. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Gösterge Kartı

HEKİM BAŞINA DÜŞEN POLİKLİNİK ODASI ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Kurumda hekim başına düşen poliklinik oda sayısını izlemek için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Aktif çalışan her klinisyen uzman hekime bir poliklinik odası tahsis edilerek verimliliğin artırılması amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; (Toplam poliklinik oda sayısı /Aktif çalışan klinisyen uzman hekim sayısı) x100
Alt Göstergeler	Bölüm bazında hekim başına düşen poliklinik odası oranı
Hedef Değer	100%
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)
İlgili Formlar	Hastane Aylık Bilgi Formu Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Veri Toplama Formu Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	İstatistik Birimi
Çıkış Noktası	Klinik Etkililik, Verimlilik
Dikkat Edilecek Hususlar	Bu hesaplamaya kurum yöneticileri, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları, acil tıp uzmanları, temel tıp bilimleri uzmanları ve pratisyen hekimler dahil edilmeyecektir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-4. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Ulaşma Süresi Gösterge Kartı

ACİL SERVİSE ÇAĞRILAN KONSÜLTAN/İCAPÇI HEKİMİN ULAŞMA SÜRESİ GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Acil servise çağrılan konsültan/icapçı hekimin acil servise ulaşma sürelerinin tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Acil servis süreçlerinin verimliliğinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda acil servise; (Konsültan/icapçı hekimlerin ulaşma süreleri toplamı/Konsültasyon istem sayısı)
Alt Göstergeler	Konsültasyon isteminde; - Branş bazında acil servise ortalama ulaşma süresi
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)
İlgili Formlar	Acil Servise Çağırılan Konsültasyon icapçı Hekim Çağırılış ve Varış Saati Veri Toplama Formu Acil Servise Çağırılan Konsültasyon icapçı Hekim Çağırılış ve Varış Saati Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	
Çıkış Noktası	Verimlilik, Hasta Odaklılık
Dikkat Edilecek Hususlar	

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-5. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayet ile Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı Gösterge Kartı

ACİL SERVİSE 24 SAAT İÇERİSİNDE AYNI ŞİKAYET İLE TEKRAR BAŞVURAN HASTA SAYISI VE ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Acil servise 24 saat içinde aynı şikayetle tekrar başvuran hasta sayısı ve oranının tespiti ve izlenmesini ifade eder.
Gerekçe	Acil serviste hizmet sunumu ve hasta bakımında kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	Acil Servise 24 Saat içerisinde Aynı Şikayet ile Tekrar Başvuran Hasta Oranı; (Acil servise 24 saat içerisinde aynı şikayet ile tekrar başvuran hasta sayısı/Acil servise başvuran hasta sayısı) x100
Alt Göstergeler	- Tekrar başvuran hastalarda tanı dağılım oranları - Tekrar başvuran hastaların sorumlu hekim bazında dağılımları - Tekrar başvuran hastalarda konsültasyon oranları - Tekrar başvuran hastaların ilk başvuru zamanı
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)
İlgili Formlar	Acil Servise Tekrar Başvuru Oranı Veri Toplama Formu Acil Servise Tekrar Başvuru Oranı Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	
Çıkış Noktası	Klinik Etkililik
Dikkat Edilecek Hususlar	24 saatlik süre; hastanın acil servise ilk başvurduğu saatte başlar ve sonraki 24 saati kapsar.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-6. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Gösterge Kartı

MÜŞAHEDE ODASINDA YATAN HASTALARIN KALIŞ SÜRELERİ ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Acil servislerde, müşahede odasında yatırılan hastaların kalış sürelerinin izlenmesini ifade eder. Hasta yatış süresi; hastanın acil servis müşahede odasına yatış yaptığı saatte başlar ve taburcu/transfer olana kadar ki süreyi kapsar.
Gerekçe	Acil servislerde hizmet sunumunun verimliliğini ve etkililiğini artırmak, hasta güvenliğini sağlamak amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	Müşahede odasında yatan hastaların ortalama kalış süreleri oranı; (Müşahede odasında yatan hastaların yatış süreleri toplamı/Müşahede odasında yatan toplam hasta sayısı) x100
Alt Göstergeler	- Müşahede odasında 12 saatten fazla yatan hasta oranı - 12 saatten fazla yatan hastaların sorumlu hekim bazında dağılımı
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)
İlgili Formlar	Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Veri Toplama Formu Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	
Çıkış noktası	Verimlilik, Hasta Odaklılık
Dikkat Edilecek Hususlar	

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-7. Düşen Hasta Oranı Gösterge Kartı

DÜŞEN HASTA ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Yatışı yapılan hastalarda düşme olaylarının ve sebeplerinin izlenmesine yönelik geliştirilen ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Hastanelerde hasta güvenliğini sıklıkla tehdit eden düşme olaylarının izlenmesi ve önlenmesi amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; (Yatışı yapılan hastalarda düşen hasta sayısı/İlgili ayda yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x100
Alt Göstergeler	- Düşen Hasta Sayısının Düşme Nedenine Göre Oransal Dağılımı - Düşen Hasta Sayısının Düşme Riski Skorlamasına Göre Dağılımı - Bölüm Bazında Düşen Hasta Oranı - Düşen Hasta Sayısının Düştüğü Yere Göre Dağılımı
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	Olayı Bildirim Formu
İlgili Formlar	Düşen Hasta Oranı Veri Toplama Formu Düşen Hasta Oranı Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Düşme olayı gerçekleştikten sonra "Düşme Olayı Bildirim Formu" doldurulmalıdır.
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	Kalite Birimi
Çıkış Noktası	Hasta Güvenliği
Dikkat Edilecek Hususlar	Düşme olayı gerçekleşmese de "Veri Toplama Formu" doldurulmalı ve oran sıfır olarak gösterilmelidir

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-8. Yoğun Bakım Mortalite Oranı Gösterge Kartı

YOĞUN BAKIM MORTALİTE ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Yoğun bakımlarda yatan hastaların ölüm oranlarının tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Yoğun bakım ünitesinde hasta bakım kalitesinin ve klinik etkililiğin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; Yoğun bakımda ölen hasta sayısı/(Taburcu edilen+ölen+sevk edilen hasta sayısı) x100
Alt Göstergeler	- Ölen Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı - Ölen Hastaların Yaş Grubuna Göre Dağılımı - Ölen Hastaların Yoğun Bakımda Yattıkları Gün Sayısına Göre Dağılımı - Yoğun Bakımlar Bazında Mortalite Oranları
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi), Ölüm Belgeleri, Yazılı Kayıtlar
İlgili Formlar	Yoğun Bakım Mortalite Oranı Veri Toplama Formu Yoğun Bakım Yoğun Bakım Mortalite Oranı Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşireleri
Çıkış Noktası	Klinik Etkililik
Dikkat Edilecek Hususlar	* Veri toplama ve veri analizi çocuk ve erişkin hastalar için ayrı ayrı hesaplanmalıdır. * İlgili aylarda mortalite yaşanmasa bile analiz yapılacak ve "0" kabul edilecektir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-9. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Gösterge Kartı

YOĞUN BAKIM TEKRAR YATIŞ ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Yoğun bakım ünitesinden taburcu ya da kliniğe sevk edilen hastalardan taburculuk tarihinden sonraki ilk 48 saat içinde tekrar yatışı yapılan hasta oranını ifade eder.
Gerekçe	Yoğun bakım ünitelerinde, klinik etkililiğin değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda her yoğun bakım ünitesi için; (Taburcu ya da kliniğe sevk edildikten sonraki ilk 48 saatte tekrar yatışı yapılan hasta sayısı/İlgili ayda taburcu ya da sevk edilen toplam hasta sayısı) x100
Alt Göstergeler	- Yoğun Bakım Bazında Tekrar Yatış Oranları - Taburcu/Sevk Saati ile Tekrar Yatış Arasında Geçen Süre Dağılımı - Tekrar Yatan Hastaların İlk Yatış Zamanı (Mesai içi, Mesai dışı) - Tekrar Yatan Hastalarda Sorumlu Hekim Bazında Dağılım
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) ve yazılı kayıtlar
İlgili Formlar	Yoğun Bakıma Hasta Yatış Süreleri ve Tekrar Yatış Oranları Aylık Veri Analiz Formu Yoğun Bakıma Hasta Yatış Süreleri ve Tekrar Yatış Oranları Veri Toplama Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşireleri
Çıkış Noktası	Hasta Güvenliği, Klinik Etkililik
Dikkat Edilecek Hususlar	Taburcu ya da kliniğe sevk edildikten sonraki ilk 48 saatte tekrar yatışı yapılan hasta sayısı hesaplanırken bir üst yoğun bakıma/kuruma sevkler dikkate alınmaz.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-10. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Gösterge Kartı

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BASI ÜLSERİ ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri gelişen hasta oranının tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Yoğun bakımlarda hasta bakım kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda ilgili yoğun bakım ünitesinde; (Toplam bası ülseri gelişen hasta sayısı/Toplam yatan hasta sayısı)x100
Alt Göstergeler	- Yoğun Bakımlar Bazında Bası Ülseri Oranları - Bası Ülseri Oluşan Hastaların Risk Değerlendirme Skoruna Göre Oransal Dağılımı - Bası Ülseri Oluşan Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı - Bası Ülseri Oluşan Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı - Bası Ülseri Oluşan Hastaların Yattığı Gün Sayısına Göre Dağılımı - Bası Ülserinin Oluştuğu Bölgeye Göre Dağılımı - Bası Ülserinin Dercesine Göre Dağılımı - Yoğun Bakımda Gelişen Bası Ülseri İyileşme Oranı
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Veri Toplama Formu
İlgili Formlar	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Veri Toplama Formu Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Veri Analiz Formu Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Yıllık Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşireleri
Çıkış Noktası	Hasta Güvenliği, Klinik Rtkililik
Dikkat Edilecek Hususlar	Hesaplama yapılırken; *Toplam yatan hasta sayısı, ilgili ayda yatan toplam hasta sayısını ifade eder (bir önceki aydan devreden hasta sayısı da ilave edilecektir). *İlgili aydan önce bası ülseri gelişmiş ve devam etmekte olan hasta, bası ülseri gelişen hasta sayısına (paya) dâhil edilecektir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-11. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Gösterge Kartı

CERRAHİ ALAN ENFEKSİYON HIZI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Hastanede cerrahi uygulanan hastalarda enfeksiyon hızlarının takibi ve sebeplerinin izlenmesine yönelik geliştirilen ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Cerrahi uygulanan hastalarda cerrahi alan enfeksiyon hızlarının izlenmesi ve önlenmesine yönelik faaliyetleri planlamak ve yürütmek.
Hesaplama Yöntemi	Cerrahi alan enfeksiyonu hızı dansitesi: İlgili ayda; (Cerrahi alan enfeksiyonu sayısı /cerrahi girişim geçiren hastalarda yatılan gün sayısı) x1000
Alt Göstergeler	- Cerrahi Bölümler Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızları - Cerrahi Alan Enfeksiyonların Bölge Dağılımı - Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Etkenlere Göre Dağılım Grafiği - Cerrahi Alan Enfeksiyonu Gelişen Ameliyatlar
Hedef Değer	1%
Veri Kaynağı	Surveyans Takip Formu
İlgili Formlar	Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Veri Toplama Formu Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 aylık
Sorumlular	Enfeksiyon Kontrol Komitesi
Çıkış Noktası	Hasta Güvenliği
Dikkat Edilecek Hususlar	Cerrahi alan enfeksiyonu gelişmese de "Veri Toplama Formu" doldurulmalı ve oran sıfır olarak gösterilmelidir

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-12. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Gösterge Kartı

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTANE ENFEKSİYON HIZI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Yoğun bakımda yatan hastalarda enfeksiyon hızlarının takibi, tedavisi ve sebeplerinin izlenmesine yönelik ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon oluşmasını ve yayılmasını, önlemeye yönelik faaliyetleri planlamak ve yürütmek.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; (Yoğun bakımda yatan hastalarda enfeksiyon oluşan hasta sayısı / ilgili ayda toplam yatılan gün sayısı) x1000
Alt Göstergeler	- Yoğun Bakımlar Bazında Enfeksiyon Hızı - Yoğun Bakım Ünitelerinde İnvaziv Alet İlişkili Enfeksiyon Hızı - Yoğun Bakım Ünitelerinde Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı - Yoğun Bakım Ünitelerinde Santral Venöz Katater İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı - Yoğun Bakım Ünitelerinde Katater İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	Sürveyans Takip Formu
İlgili Formlar	İnvaziv Araç ilişkili Enfeksiyon Hızı Formu Hastane Enfeksiyon Hızı Raporu Yoğun Bakım Ünitesinde Enfeksiyon Hızı Veri Toplama Formu Yoğun Bakım Ünitesinde Enfeksiyon Hızı Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	Enfeksiyon Kontrol Komitesi
Çıkış Noktası	Hasta Güvenliği
Dikkat Edilecek Hususlar	

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-13. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Gösterge Kartı

HEMŞİRELERİN BÖLÜM DEĞİŞTİRME ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin verimliliğini ölçmeye yönelik geliştirilen ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Hemşirelerin yetkinliklerine uygun bölümlerde istihdam edilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili Ayda; Bölüm Değiştiren Hemşire Sayısı /Toplam Hemşire Sayısı x100
Alt Göstergeler	- Bölümü Değiştirilen Hemşirelerin Yaş Dağılımı - Bölümü Değiştirilen Hemşirelerin Çalıştığı Birim Dağılımı - Bölümü Değiştirilen Hemşirelerin Ayrılma Nedenlerine Göre Dağılımı - İdare Tarafından Bölümü Değiştirilen Hemşire Oranı - Kendi İsteği İle Bölümü Değiştirilen Hemşire Oranı - Sağlık Durumu Nedeniyle Bölümü Değiştirilen Hemşire Oranı - Eleman Eksikliği Nedeniyle Bölümü Değiştirilen Hemşire Oranı - Görevde Yükselme Nedeniyle Bölümü Değiştirilen Hemşire Oranı
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Veri Toplama Formu
İlgili Formlar	Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Veri Toplama Formu Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	Başhemşirelik
Çıkış Noktası	Verimlilik
Dikkat Edilecek Hususlar	* Hemşirelerin bölüm değiştirme oranı ile ilgili sağlıklı veriler elde edebilmek için sebebi her ne olursa olsun bölüm değiştiren hemşireler ilgili formlar aracılığı ile mutlaka kayıt altına alınmalıdır. * İlgili ayda bölüm değiştiren hemşire olmazsa form 0 (sıfır) olarak mutlaka doldurulmalıdır. * İlgili kurumda hemşirelik mesleğini en az 1 ay süreyle aktif olarak icra eden hesaplamaya dâhil edilecektir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-14. Sezaryen Oranı Gösterge Kartı

SEZARYEN ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Sezaryen ile yapılan toplam doğumların toplam canlı doğumlara oranını ifade eder.
Gerekçe	Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun alternatifi değildir. Sezaryen planlanırken, gebeye ve gebeliğe özgü yararları ve riskleri göz önüne alınmalıdır. DSÖ sezaryen oranlarının %10-15'ten fazla olmasının uygun olmadığı konusunda tavsiyede bulunmuştur. Sezaryenin optimal oranı tartışılmaya devam edilse de %15 oranına sahip gelişmiş ülkelerde, yüksek sezaryen oranlarının maternal riskleri artırabileceği, ilerideki gebelikler için olumsuz etkileri olduğu ve sağlık hizmetleri açısından da ek maliyetlere neden olduğu konusundaki düşüncelerden dolayı bu oranı azaltmak için bazı stratejilere odaklanılmaktadır. Kalite iyileştirme çalışmaları kapsamında sezaryen oranı takibinin, bu oranın azalmasını desteklediği bilinmektedir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; (Toplam Sezaryen Sayısı/ Toplam Doğum Sayısı) x100
Alt Göstergeler	- Hasta Yaşına Göre C/S Oranları - Hekim Bazında C/S Oranları
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)
İlgili Formlar	Sezaryen Oranı Veri Toplama Formu Sezaryen Oranı Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Aylık
Veri Analiz Periyodu	3 aylık
Sorumlular	
Çıkış Noktası	Klinik Etkililik, Sorumlu Yönetişim, Hasta Merkezlilik ve Hasta Güvenliği
Dikkat Edilecek Hususlar	

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-15. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı Gösterge Kartı

KESİCİ/DELİCİ ALET YARALANMALARI ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Kesici/delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenleri ile ilgili geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Kesici/delici alet yaralanmaları; sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kesici/ delici aletler ile oluşan yaralanmalardır. Bu tip yaralanmalar, kan ve diğer vücut sıvıları ile yaralanan kişinin maruz kalmasına ve kişinin enfeksiyon kapmasına sebep olabilir. Bu riskleri azaltabilmek için; kesici/delici alet yaralanmaları izlenmeli ve gerekli tedbir alınmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; (Toplam kesici/delici alet yaralanma sayısı/Toplam çalışan sayısı)x100
Alt Göstergeler	- Bölüm Bazında Kesici/Delici Alet İle Yaralanma Oranı - Kesici/Delici Alet Yaralanmasına Maruz kalan Çalışanların Mesleki Oransal Dağılımı - Kesici/Delici Alet Yaralanmasına Neden Olan Aletlerin Oransal Dağılımı - Kesci/Delici Alet Yaralanmalarında Yaralanma Bölgesi - Yaralanan Personelde Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Oranı - Kontamine Kesici/Delici Alet İle Yaralanma Oranı
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu
İlgili Formlar	Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Veri Toplama Formu Kesici/Delici Alet Yaralanması Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Yaralanma olayı gerçekleştikten sonra "Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu" doldurulmalıdır.
Veri Analiz Periyodu	3 aylık
Sorumlular	Çalışan Sağlığı Birimi
Çıkış Noktası	Çalışan Güvenliği
Dikkat Edilecek Hususlar	Olaya maruz kalan kişi birden fazla kesici/delici alet yaralanmasına maruz kaldığında her olay ayrı değerlendirilmelidir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-16. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalma Oranı Gösterge Kartı

KAN VE VÜCUT SIVILARININ SIÇRAMASINA MARUZ KALMA ORANI GÖSTERGE KARTI	
Kısa Tanım	Çalışanların kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Sağlık çalışanları için en önemli risk faktörlerinden birisi kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalmaktır. Bu gösterge ile riskleri azaltmak ve çalışan güvenliğini sağlamak amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda; (Toplam kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı/Toplam çalışan sayısı) x100
Alt Göstergeler	- Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalan Çalışanların Mesleki Dağılımı - Bölüm Bazında Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
Hedef Değer	
Veri Kaynağı	Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışan Bildirim Formu
İlgili Formlar	Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışan Bildirim Formu Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalma Oranı Veri Toplama Formu Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalma Oranı Veri Analiz Formu
Veri Toplama Periyodu	Yaralanma olayı gerçekleştikten sonra hemen Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışan Bildirim Formu doldurularak Enfeksiyon Kontrol Komitesine bildirilmelidir.
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık
Sorumlular	Çalışan Sağlığı Birimi
Çıkış Noktası	Çalışan Güvenliği
Dikkat Edilecek Hususlar	*Olaya maruz çalışan birden fazla kan veya vücut sıvısı sıçramasına maruz kaldığında her olay ayrı değerlendirilmelidir. *Kan ve vücut sıvıları ile cilt ve mukoza teması söz konusu ise olay hesaplamaya dâhil edilir. *Temizlik elemanları da hesaplamaya dâhil edilmelidir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-17. Ameliyat Masası Kullanım Oranı Veri Toplama Formu

AMELİYAT MASASI KULLANIM ORANI VERİ TOPLAMA FORMU				
İLGİLİ AY/YIL:			**İŞ GÜNÜ SAYISI:**	
Sıra No	**Ameliyathane Adı**	**Masa No**	**Ameliyat Tarihi**	**Toplam Ameliyat Süresi (dk)**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-18. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Veri Toplama Formu

HEKİM BAŞINA DÜŞEN POLİKLİNİK ODASI ORANI VERİ TOPLAMA FORMU			
İLGİLİ AY/YIL:			
İLGİLİ AYDA AKTİF ÇALIŞAN KLİNİSYEN UZMAN HEKİM SAYISI:			
TOPLAM POLİKLİNİK ODA SAYISI:			
Sıra No	**Poliklinik Yapan Bölümler**	**Hekim Sayısı**	**Poliklinik Oda Sayısı**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-19. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Ulaşma Süresi Veri Toplama Formu

ACİL SERVİSE ÇAĞRILAN KONSÜLTAN/İCAPÇI HEKİMİN ACİL SERVİSE ULAŞMA SÜRESİ VERİ TOPLAMA FORMU								
İLGİLİ AY/YIL:								
Sıra No	Konsültasyon İstenen Hastanın Adı-Soyadı	Sorumlu Hekim	Konsültasyon Çağrılış Tanısı	Konsültasyon İstenen Bölüm	Konsültan Hekimin Çağrılış Saati	Konsültan Hekimin Geliş Saati	Konsültan Hekimin Geliş Süresi (Dakika)	Konsültan Hekim
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-20. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayet İle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı Veri Toplama Formu

ACİL SERVİSE 24 SAAT İÇERİSİNDE AYNI ŞİKAYET İLE TEKRAR BAŞVURAN HASTA SAYISI VE ORANI VERİ TOPLAMA FORMU										
İLGİLİ AY/YIL:										
Sıra No	Hasta Adı-Soyadı	Protokol No	İlk Başvuru Tarih-Saati	Tekrar Başvuru Tarih-Saati	Tekrar Başvuru Süresi	İlk Başvurudaki Sorumlu	İlk Başvuruda Konsültasyon İsteği (Var/Yok)	Varsa Konsülte Edilen Bölüm	İlk Başvuru Tanısı	Tekrar Başvuru Tanısı
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır

Ek-21. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Veri Toplama Formu

MÜŞAHEDE ODASINDA YATAN HASTALARIN KALIŞ SÜRELERİ ORANI VERİ TOPLAMA FORMU											
YOĞUN BAKIM ADI:									İLGİLİ AY/YIL:		
İLGİLİ AYDA YOĞUN BAKIMDA AKTİF ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI:											
İLGİLİ AYDA YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTA SAYISI:											
Sıra No	Hasta Adı-Soyadı	Yaşı	Sorumlu Hekimi	Tanı	Müşahede Odasına Yatış Tarihi	Müşahede Odasına Yatış Saati	Müşahede Odasından Çıkış Tarihi	Müşahede Odasından Çıkış saati	Müşahede Odasında kalış süresi (Dakika)	Konsültasyon İsteği Var/Yok	Varsa Konsülte Edilen Bölüm
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-22. Düşen Hasta Oranı Veri Toplama Formu

DÜŞEN HASTA VERİ TOPLAMA FORMU										
İLGİLİ AY/YIL:										
Sıra No	Hasta Adı-Soyadı	Yaşı	Cinsiyeti	Tanı	Yattığı Klinik	Düştüğü Yer	Düşme Riski Skoru	Düşme Nedeni*	Düşme Öncesi Genel Durumu	Düşme Sonrası Genel Durumu
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-23. Yoğun Bakım Mortalite Oranı Veri Toplama Formu

YOĞUN BAKIM MORTALİTE ORANI VERİ TOPLAMA FORMU									
YOĞUN BAKIM ADI:							**İLGİLİ AY:**		
İLGİLİ AYDA YOĞUN BAKIMDA AKTİF ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI:									
İLGİLİ AYDA YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTA SAYISI:									
Sıra No	**Adı-Soyadı**	**Yaşı**	**Cinsiyeti**	**Yoğun Bakıma Yatış Tarihi**	**Mortalite Skoruna Göre Aldığı Toplam Puan**	**Yatış Tanısı**	**Sorumlu Hekimi**	**Ölüm Nedeni**	**Ölüm Tarihi**
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-24. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Veri Toplama Formu

YOĞUN BAKIM TEKRAR YATIŞ ORANI VERİ TOPLAMA FORMU													
YOĞUN BAKIM ADI:									İLGİLİ AY/YIL:				
İLGİLİ AYDA YOĞUN BAKIMDA AKTİF ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI:													
İLGİLİ AYDA YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTA SAYISI:													
Sıra No	Hasta Adı-Soyadı	Yaş	Sorumlu Doktor	1. Yatış Tanısı	1. Yatış Tarihi	1. Yatış Saati	1.Çıkış Tarihi	1.Çıkış Saati	2. Yatış Tanısı	2. Yatış Tarihi	2. Yatış Saati	2. Çıkış Tarihi	2.Çıkış Saati
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-25. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Veri Toplama Formu

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BASI ÜLSERİ ORANI VERİ TOPLAMA FORMU												
YOĞUN BAKIM ADI:						İLGİLİ AY/YIL:						
İLGİLİ AYDA YOĞUN BAKIMDA AKTİF ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI:												
İLGİLİ AYDA YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTA SAYISI:												
Sıra No	Hasta Adı-Soyadı	Yaşı	Cinsiyeti	Hasta Yatış Tarihi	Hasta Çıkış Tarihi	Yatış Tanısı	Ek Tanı	Bası ülseri Yeri	Bası Ülseri Risk Değerlendirme Skoru	Bası Ülseri Derecesi	Bası Ülserinin Geliştiği Ortam*	Sonuç**
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
* Dış merkez ev, klinik ya da diğer sağlık kurumları vb belirtilecek. ** Tamamen İyileşti-Kısmen İyileşti-Değişiklik Yok ya da 1.Dereceden 2. Dereceye çıktı vb gibi değerlendirmeler yapılacak.												

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-26. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Veri Toplama Formu

CERRAHİ ALAN ENFEKSİYON HIZI VERİ TOPLAMA FORMU									
İLGİLİ AY/YIL:									
Sıra No	**Hasta Adı-Soyadı**	**Bölüm**	**Tanı**	**Doktor**	**Hastanede Kalış Süresi**	**Gelişen Enfeksiyon**	**Alınan Kültür**		
							Türü	**Tarih**	**Sonuç**
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-27. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Veri Toplama Formu

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTANE ENFEKSİYON HIZI VERİ TOPLAMA FORMU									
İLGİLİ AY/YIL:									
Sıra No	Hasta Adı-Soyadı	Yoğun Bakım	Tanı	Doktor	Hastanede Kalış Süresi	Gelişen Enfeksiyon	Alınan Kültür		
							Türü	Tarih	Sonuç
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-28. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Veri Toplama Formu

HEMŞİRELERİN BÖLÜM DEĞİŞTİRME ORANI VERİ TOPLAMA FORMU										
İLGİLİ AY/YIL:										
İLGİLİ AYDA AKTİF ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI:										
Sıra No	Adı-Soyadı	Yaşı	Görevi	Çalıştığı Birim	Çalışacağı Birim	BÖLÜM DEĞİŞTİRME NEDENİ				
						Kendi İsteği	İdare Tarafından	Sağlık Durumu vb.	Görevde Yükselme	Eleman Eksikliği Nedeni
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-29. Sezaryen Oranı Veri Toplama Formu

SEZARYEN ORANI VERİ TOPLAMA FORMU								
İLGİLİ AY/:YIL								
Sıra No	Yaş	Gebelik Sayısı	Doğum Sayısı	Sezaryan Sayısı	Sezeryan Nedenleri	Sorumlu Hekimi	MORTALİTE (Var/Yok)	MORBİDİTE (Var/Yok)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-30. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı Veri Toplama Formu

KAN VE VÜCUT SIVILARININ SIÇRAMASINA MARUZ KALMA ORANI VERİ TOPLAMA FORMU							
İLGİLİ AY/YIL:				İLGİLİ AYDA TOPLAM ÇALIŞAN SAYISI:			
Sıra No	Yaralanan Çalışanın Adı-Soyadı	Görevi	Yaralanmaya Neden Olan Sıvının Cinsi	Olayın Meydana Geldiği Yer	Yaralanmaya Sebep Olan Sıvı Enfekte mi?	Enfekte ise Hastanın Kan Yolu ile Bulaşan Bir Hastalığı Var mı?	Olay Sırasında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı VAR/YOK
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-31. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalma Oranı Veri Toplama Formu

KESİCİ/ DELİCİ ALET YARALANMALARI ORANI VERİ TOPLAMA FORMU								
İLGİLİ AY/YIL:				İLGİLİ AYDA TOPLAM ÇALIŞAN SAYISI:				
Sıra No	Yaralanan Çalışanın Adı-Soyadı	Görevi	Yaralanmaya Neden Olan Alet	Olayın Meydana Geldiği Yer	Yaralanma Bölgesi	Alet Kontamine mi? EVET/HAYIR	Kontamine ise Kan Yolu ile Bulaşan Enfeksiyon Varlığı VAR/YOK	Olay Sırasında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı VAR/YOK
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-32. Ameliyat Masası Kullanım Oranı Veri Analiz Formu

AMELİYAT MASASI KULLANIM ORANI VERİ ANALİZ FORMU					
İLGİLİ AY:					
Masa Adı	**İlgili Aydaki Gün Sayısı**	**İlgili Aydaki Ameliyat Sayısı**	**Aylık Kullanım Süresi**	**Dakika**	**Toplam Süre/ Toplam Mesai Saati* 100**

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-33. Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı Veri Analiz Formu

HEKİM BAŞINA DÜŞEN POLİKLİNİK ODASI ORANI VERİ ANALİZ FORMU				
İLGİLİ AYLAR:				
No	**Poliklinik Adı**	**Aktif Çalışan Uzman Hekim Sayısı**	**Poliklinik Oda Sayısı**	**%**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
Toplam poliklinik oda sayısı/Aktif çalışan klinisyen uzman hekim sayısı X 100				

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-34. Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi Veri Analiz Formu

ACİL SERVİSE ÇAĞRILAN KONSÜLTAN/İCAPÇI HEKİMİN ACİL SERVİSE ULAŞMA SÜRESİ VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AYLAR			
İlgili Ayda Acil Serviste Yatan Hasta Sayısı			
İlgili Ayda Konsültan/İcapçı Hekimlerin Ulaşma Süreleri Toplamı (DAKİKA)			
Konsültasyon İstem Sayısı			
Konsültasyon İstenip Sistemde Kapatılmayanlar			
Hesaplamaya Dahil Edilen Konsültasyon Sayısı			
(Konsültan/icapçı hekimlerin ulaşma süreleri toplamı/ Konsültasyon istem sayısı) (DAKİKA)			
Ulaşma Süreleri Saat Olarak			
KLİNİKLERE GÖRE			
Klinik Adı			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-35. Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı Veri Analiz Formu

ACİL SERVİSE 24 SAAT İÇERİSİNDE AYNI ŞİKAYETLE TEKRAR BAŞVURAN HASTA SAYISI VE ORANI VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AYLAR			
Acil Servise Başvuran Toplam Hasta Sayısı			
Acil Servise 24 Saat İçerisinde Tekrar Başvuran Hasta Sayısı			
Acil Servise 24 Saat İçerisinde Tekrar Başvuran Hasta Oranı			
Tekrar başvuran hastaların ilk başvuru zamanlarına göre			
Mesai içi			
Mesai dışı			
ilk başvuru ile ikini başvuru arasındaki saat			
0-8 saat			
9-16 saat			
17-24 saat			
Tekrar başvuran hastalarda ilk başvuruda konsültasyon varlığı			
Var			
Yok			
Tekrar başvuran hastalarda ilk başvuruda konsültasyon			
Bölüm Adı			
Tekrar başvuran hastaların ilk başvurudaki sorumlu hekim bazında dağılımları			
Doktor 1			
Doktor 2			
Doktor 3			
Doktor 4			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-36. Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Oranı Veri Analiz Formu

MÜŞAHEDE ODASINDA YATAN HASTALARIN KALIŞ SÜRELERİ VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AYLAR			
İlgili Ayda Acil Servise Başvuran Hasta Sayısı			
İlgili Ayda Acil Servise Müşhadeye Alınan Hasta Sayısı			
İlgili ayda; müşahede odasında yatan hastaların toplam kalış süreleri/ müşahade odasında yatan toplam hasta sayısı (DAKİKA)			
Kalış Süreleri Saat Olarak			
YATIŞ SÜRELERİNE GÖRE DAĞILIM			
0-4 saat (0-240 dak)			
5-8 saat (241-480)			
8 saat üstü (481---)			
HEKİME GÖRE DAĞILIM			
Doktor 1			
Doktor 2			
Doktor 3			
Doktor 4			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-37. Düşen Hasta Oranı Veri Analiz Formu

DÜŞEN HASTA VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AY:			
İlgili Ayda Yatan Hasta Sayısı			
İlgili Ayda Düşen Hasta Sayısı			
Düşen Hasta Oranı			
DÜŞEN HASTA CİNSİYET DAĞILIMI			
Kadın			
Erkek			
BÖLÜM BAZINDA DAĞILIM			
Hastanın Yattığı Bölüm	**Düşen Hasta Sayısı**	**İlgili Ayda Yatan Toplam Hasta Sayısı**	**Düşen Hasta Sayısı/İlgili Ayda Yatan Toplam Hasta Sayısı) X100**
Bölüm Adı			
Bölüm Adı			
Bölüm Adı			
Bölüm Adı			
TOPLAM			
DÜŞME ALANINA GÖRE DAĞILIM			
Hastanın Düştüğü Yer	**İlgili Yerde Düşen Hasta Sayısı**	**İlgili Yerde Düşen Hasta Sayısı/Toplam Düşen Hasta SayısıX100**	
Servis			
Ameliyathane			
Yoğun Bakım			
Poliklinik			
Görüntüleme			
Koridor			
…			
TOPLAM			
DÜŞME KAYNAĞINA GÖRE DAĞILIM			
Düşme Nedeni	**İlgili Kritere Sahip Düşen Hasta Sayısı**	**İlgili Kritere Sahip Düşen Hasta Sayısı/Toplam Düşen**	
Hasta Kaynaklı			
Tesis Kaynaklı			
Bakım Kaynaklı			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-38. Yoğun Bakım Mortalite Oranı Veri Analiz Formu

YOĞUN BAKIM MORTALİTE ORANI VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AYLAR			
Yoğun Bakımda Yatan Toplam Hasta Sayısı			
Yoğun Bakımda Ölen Hasta Sayısı			
Yoğun Bakım Mortalite Oranı: İlgili Ayda Yoğun Bakımda ; Yoğun Bakımda Ölen Hasta Sayısı/ (Taburcu Edilen+Ölen+Sevk edilen hasta sayısı)x100			
Ölen Hastaların Cinsiyet dağılımı (Kadın Hasta/ Toplam Ölen Hasta Sayısı)			
Kadın			
Erkek			
Ölen Hasta Sayıları Yaş Dağılımı			
0-18			
19-40			
41-60			
61-+			
Yatılan Gün Sayısı			
1--10			
11--20			
21--30			
31--			
YOĞUN BAKIMDA ÖLEN HASTA SAYISI			
Yoğun Bakım Adı			
Yatan Hasta Sayısı			
Ölen Hasta Sayısı			
Yoğun Bakım Adı			
Yatan Hasta Sayısı			
Ölen Hasta Sayısı			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-39. Yoğun Bakım Tekrar Yatış Oranı Veri Analiz Formu

YOĞUN BAKIM TEKRAR YATIŞ ORANI VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AYLAR			
Yoğun Bakımda Yatan Toplam Hasta Sayısı			
Yoğun Bakımda Tekrar Yatan Hasta Sayısı			
Yoğun bakımda tekraryatan hasta sayısı/ Yoğun bakımda yatan toplam hasta sayısı x 100			
Yoğun Bakımda Tekrar Yatan Hastaların Saat Dağılımı			
0--8			
9--17			
18-24			
25--36			
37--48			
İlk Yatış Saatine Göre Dağılımı			
Mesai İçi			
Mesai Dışı			
YOĞUN BAKIMLARDA TEKRAR YATAN HASTA ORANI			
Yoğun Bakım Adı			
Yatan Hasta Sayısı			
Tekrar Yatan Hasta Sayısı			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-40. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı Veri Analiz Formu

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BASI ÜLSERİ ORANI VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AYLAR			
Yoğun Bakımda Yatan Toplam Hasta Sayısı			
Yoğun Bakımda Bası Ülseri Oluşan Hasta Sayısı			
Yoğun bakımda bası ülseri oluşan hasta sayısı/ Yoğun bakımda yatan toplam hasta sayısı x 100			
Yoğun Bakımda Çalışan Toplam Hemşire Sayısı			
Yoğun Bakımda hemşire başına düşen hasta sayısı (ilgili ayda yatan hasta sayısı/ ilgili ayda çalışan hemşire sayısı)			
Bası Ülseri Oluşan Hastaların Vücut Bölgesi Dağılımı			
Sakral			
Kalça			
Sırt			
Kafa			
Diğer			
Bası Ülseri Risk Değerlendirme Skoruna Göre			
Risk Yok (0-9)			
Riskli (10-14)			
Yüksek Riskli (15-19)			
Çok Yüksek Riskli (20+)			
Bası Ülseri Oluşan Hastaların Bası Ülseri Derecesi			
Evre I			
Bası Ülseri Oluşan Hastaların Sonuçları			
Tamamen İyileşti			
Kısmen İyileşti			
Değişiklik Yok			
Bir Evre İlerledi			
Exitus			
YOĞUN BAKIMLARA GÖRE BASI ÜLSERİ ORANI			
Yoğun Bakım Adı			
Yatan Hasta Sayısı			
Bası Ülseri Oluşan Hasta Sayısı			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-41. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı Veri Analiz Formu

CERRAHİ ALAN ENFEKSİYON HIZI VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AYLAR			
Cerrahi Girişim Geçiren Hastalarda Yatılan Gün Sayısı			
Cerrahi Alan Enfeksiyon Sayısı			
Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı Oranı: İlgili Ayda; (Cerrahi Alan Enfeksiyonu Sayısı/Cerrahi Girişim Geçiren Hastalarda Yatılan Gün Sayısı) x 1000			
BÖLÜMLER			
Bölüm Adı			
Cerrahi Girişim Geçiren Hasta Sayısı			
Bölüm Enfeksiyon Sayısı			
Bölüm Adı			
Cerrahi Girişim Geçiren Hasta Sayısı			
Bölüm Enfeksiyon Sayısı			
Bölüm Adı			
Cerrahi Girişim Geçiren Hasta Sayısı			
Bölüm Enfeksiyon Sayısı			
Bölüm Adı			
Cerrahi Girişim Geçiren Hasta Sayısı			
Bölüm Enfeksiyon Sayısı			
Bölüm Adı			
Cerrahi Girişim Geçiren Hasta Sayısı			
Bölüm Enfeksiyon Sayısı			
ENFEKSİYON GELİŞEN AMELİYATLAR			
ENFEKSİYON ETKENLERİ			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-42. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızı Veri Analiz Formu

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTANE ENFEKSİYON HIZI VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AY			
Yoğun Bakımda Yatan Hasta Sayısı			
Yoğun Bakımda Yatılan Gün Sayısı			
Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda Enfeksiyon Oluşan Hasta Sayısı			
Yoğun Bakım Ünitesinde Enfeksiyon Hızı Oranı: İlgili Ayda; (Yoğun Bakımda Enfeksiyon Oluşan Hasta Sayısı/Yatan Toplam Yatılan Gün Sayısı) x 1000			
Gelişen Enfeksiyon Türü			
Ventilatör İlişkili Enfeksiyon			
Santral Venöz Kateter İlişkili Enfeksiyon			
Üriner Kateter İlişkili Enfeksiyon			
Enfeksiyon Oluşan Hasta Tanıları			
Enfeksiyon Etkenleri			
YOĞUN BAKIMLAR			
Yoğun Bakım Adı			
Yatan Hasta Sayısı			
Enfeksiyon Oluşan Hasta Sayısı			
Ventilatör İlişkili Enfeksiyon Hızı			
Santral Venöz Kateter İlişkili Enfeksiyon Hızı			
Üriner Kateter İlişkili Enfeksiyon Hızı			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-43. Hemşirelerin Bölüm Değiştirme Oranı Veri Analiz Formu

HEMŞİRELERİN BÖLÜM DEĞİŞTİRME ORANI VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AYLAR			
Çalışan Hemşire Sayısı			
Bölüm Değiştiren Hemşire Sayısı			
Bölüm Değiştiren Hemşire Sayısı/Çalışan Hemşire Sayısı x100			
YAŞ DAĞILIMINA GÖRE			
18-30			
31-45			
46-…			
ÇALIŞTIĞI BİRİM			
Cerrahi Klinik			
Dahili Klinik			
Yoğun Bakım			
Ameliyathane			
Poliklinik			
Diğer			
AYRILMA NEDENİ			
Kendi isteği ile			
İdare Tarafından			
Sağlık Durumu			
Görevde Yükselme			
Eleman Eksikliği Nedeni İle Rotasyon			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-44. Sezaryen Oranı Veri Analiz Formu

SEZARYAN ORANI VERİ ANALİZ FORMU									
İlgili Ay	Sezaryen Sayısı	Canlı Doğum Sayısı	Sezaryen Doğumun Canlı Doğuma Oranı (%)	YAŞ ARALIĞI			SORUMLU HEKİM		
				< 18	19- 30	31-45	Doktor 1	Doktor 2	Doktor 3

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-45. Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Oranı Veri Analiz Formu

KESİCİ/DELİCİ ALET YARALANMALARI ORANI VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AYLAR			
Toplam Çalışan Sayısı			
Kesici/Delici Alet Yaralanma Sayısı			
Kesici/Delici Alet ile Yaralanma Oranı; İlgili Ayda; (Toplam Kesici/Delici Alet Yaralanma Sayısı/Toplam Çalışan Sayısı) x 100			
Çalıştığı Bölüm			
Meslek Grubu			
Doktor			
Hemşire			
Teknisyen			
Temizlik Personeli			
Stajer			
Diğer			
Yaralanmaya Neden Olan Alet			
Lanset			
İğne Ucu			
Yaralanma Bölgesi			
El			
Parmak			
Koruyucu Ekipman Kullanımı			
Var			
Yok			
Kontamine Alet ile Yaralanma			
Var			
Yok			
Bilinmiyor			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

Ek-46. Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalma Oranı Veri Analiz Formu

KAN VE VÜCUT SIVILARININ SIÇRAMASINA MARUZ KALMA ORANI VERİ ANALİZ FORMU			
İLGİLİ AYLAR			
Toplam Çalışan Sayısı			
Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Sayısı			
Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı; İlgili Ayda; (Toplam Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Sayısı/Toplam Çalışan Sayısı) x 100			
Çalıştığı Bölüm			
Meslek Grubu			
Doktor			
Hemşire			
Teknisyen			
Temizlik Personeli			
Stajer			
Diğer			
Koruyucu Ekipman Kullanımı			
Var			
Yok			

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmış araştırmacı tarafından uyarlanarak hazırlanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Filiz

Soyadı: ŞAN SAĞIR

Doğum Yeri ve Tarihi: Milas/1977

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi ve Telefon: filizsanmugla@hotmail.com / 0 544 376 2182

II- Eğitimi

2018-(Devam)	Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlıkta Lisans Tamamlama Programı
2004-2006	Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Laborant ve Veteriner Sağlık Önlisans Programı
1995-2000	İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü (Lisans)
1991-1995	Denizli Sağlık Meslek Lisesi
1988-1991	Muğla Anadolu Lisesi
1983-1988	Seka Çocuk Dostları İlkokulu
Yabancı Dili:	İngilizce, Almanca

III-Unvanları

Hemşire

Hizmetiçi Eğitim Hemşiresi

Hastane Müdür Yardımcısı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Sağlık Bakanlığı Kalite Değerlendiricisi (2017)

IV-Mesleki Deneyimi

2009-… Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi (Hastane Müdür Yardımcısı)

2006-2009 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi (Hizmetiçi Eğitim Hemşiresi)

2002-2006 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı (Servis Hemşiresi)

1996-2002 İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (Servis Hemşiresi)

1995-1996 İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı (Servis Hemşiresi)

V. Bilimsel İlgi Alanları

"Determining the professsional attitudes of nurses in the job: the example of the cebeci hospital, faculty of medicine, ankara university" (Sözel Bildiri) VI. Uluslararası Sağlık Sistemleri Konferansı - Zirve Üniversitesi ve Houston Üniversitesi-Clear Lake University 20-22 Ekim 2010, Gaziantep.

VI. Bilimsel Etkinlikleri

"Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Merkezi Hasta Dosyaları Arşivi Projesi" – 2010

"Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hastabaşı Transfüzyon Güvenliği Projesi" – 2009

"Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Hizmetleri Süreçlerinin Uluslararası Kredilendirme Koşullarına Uygun Olarak Tasarımı ve Uygulanması Projesi " 2007-2009

VII. Diğer Bilgiler

Ankara Üniversitesi ‘Yönetici Geliştirme Eğitimi Programı’ 27.01.2020-07.02.2020, Ankara

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ‘Klinik Kalite Ölçme, Değerlendirme ve İyileştirme Eğitimi’ 20 Aralık 2019, Ankara

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ‘Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulayıcı Eğitimi’ 31 Ocak- 2 Şubat 2018, Ankara

Sağlık Bakanlığı VII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi 10-13 Ocak 2018, Antalya

Sağlık Bakanlığı ‘4. Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendiricisi Sertifikalı Eğitim Programı’ 07-12 Mayıs 2017

Karge Eğitim ‘4734 sayılı Kamu ihale Kanunu, Torba Yasa Değişiklikleri, Döner sermaye, 5018 sayılı Taşınmaz Mal Yönetmeliği, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’ Eğitim Semineri 22-26 Nisan 2016

Ankara Üniversitesi Onkoloji Uygulama ve Araştırma Merkezi Sigara Savaş Grubu ‘IX. Sigara vaya Sağlık Sempozyumu’ (Düzenleme Komisyonu Üyesi) 05 Nisan 2016

Ankara Üniversitesi ‘İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Programı’ 17Aralık 2015

Ankara Üniversitesi Kuruluş İçi Kalite Denetçisi Eğitimi-16 Haziran 2015

Ankara Üniversitesi ISO 9001: 2008 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi 15 Haziran 2015

Sağlık Bakanlığı “V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi” 20-22 Kasım 2014 Antalya

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kampüsü Çocuk Hastanesi'nde gerçekleştirilen SARI KOD (Çoklu Yaralanma) fiili tatbikatı 07 Kasım 2014 (Teşekkür Belgesi)

Sağlık Bakanlığı "IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi" 1-3 Mayıs 2013 Ankara

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği 'Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım Sempozyumu' 19 Nisan 2013

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Sağlık Kurumları Yönetimi Alan Çalışması dersi kapsamında hastanemizde "Taşınır Kayıt Kontrol" konulu seminer tarafımdan verilmiştir- 29 Mart 2013 (Teşekkür Belgesi)

Sağlık Bakanlığı "Hastane Kalite Standartları Eğitimi" 15 Aralık 2011

"Taşınır Mal Yönetmeliği" -Necip Turguter- Ankara Üniversitesi Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı- 19 Nisan 2011

Sağlık Bakanlığı "Sağlık Tesisleri Yönetmeliği" Çalıştayı - 29-30-31 Mart 2011

Ankara Üniversitesi Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından düzenlenen Taşınır Mal Yönetmeliği Uygulamaları Çerçevesinde Bilgilendirme toplantısı-14 Aralık 2010

Ankara Üniversitesi İç Kontrol Standartları Uyum Eylem Planı, Kontrol Ortam Bileşeni içerisinde yer alan 'Personelin Yeterliliği ve Performansı' standartı hedefleri doğrultusunda düzenlenen "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" Eğitim Semineri- 29 Kasım 2010

"ICD-10 AM Temelinde Klinik Kodlama Eğitim Programı" Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı-08-12 Ekim 2010

“3.Ulusal Sağlık Kurultayı” Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği ve Sağlık Bakanlığı - 20-24 Ekim 2010

“Power Point Sunu Teknikleri (Temel Düzeyde)” Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığı – 28 Eylül 2010

Avrupa Birliği Leonardo da Vinci Ortaklık Projesi, no 2008-1-TR-LEO04-02534-1, kapsamında düzenlenen “Sağlık Hizmetlerinde Eşitlik ve Çeşitlilik Yönetimi” Paneli - 22 Temmuz 2010

“2011 Yılı Performans Programı ve Bütçe Hazırlığı” Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Kurumsal Gelişim Koordinatörlüğü - 23 Haziran 2010

“IV. Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumu” Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı- 20-21 Mayıs 2010

“İç Kontrol Uyum Eylem Planı ve Yol Haritası” Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Kurumsal Gelişim Koordinatörlüğü ve Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı-31 Mart 2010

“Birim Faaliyet Raporları Toplantısı” Ankara Üniversitesi Personel Daire Başkanlığı- 10 Mart 2010

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi “Acil Serviste Adli Olgularda Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri” - 10 Mart 2010 (Teşekkür Belgesi)

“Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Gelişen Tıp Teknolojileri Kongresi” Sağlık Bakanlığı ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 3 -7 Mart 2010

Kamu Araştırmaları ve Eğitim Derneği “22.08.2009 Tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan Kamu İhale Genel Tebliği ve Yönetmelikler Çerçevesinde Kamu İhale Mevzuatı, 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi Kapsamında Taşınır Mal Yönetmeliği” Eğitim Semineri-05-09 Ekim 2009

“Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi Bilgisayar İşletmenliği Sertifikası” -06 Nisan 2009 - 02 Haziran 2009

Ankara Üniversitesi “İş Yaşamında Beden Dili” Konferansı - 08 Mayıs 2009

Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi (EAUM) “ Eğiticilerin Eğitimi”-26-29 Mayıs 2008

ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Eğitimi/IQ Uluslararası Kalite Danışmanlık ve Organizasyon A.Ş.- 10 Ocak 2008

T.C. Ankara Valiliği İl Çevre ve Orman Müdürlüğü “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yerel Eğitim Programı” Tarih: 4-5 Aralık 2007