

KAYSERİ İLİ KAMU HASTANELERİNDE SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARININ DEĞERLENDİRMESİ

Emel GÜDEN*

Ahmet ÖKSÜZKAYA**

Kadir ÇETİNKARA***

ÖZET

Bu çalışma Kayseri İlindeki kamu hastanelerinin hizmet kalite standartlarındaki gelişimini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Koordinatörlüğü Biriminin 2007 yılı 3. dönem ile 2009 yılı 2. dönem hastane değerlendirme sonuçları incelemeye alınmıştır. Hizmet Kalite Standartları değerlendirmesi yapılan 8 kamu hastanesinin 2007 ve 2009 yıllarındaki sonuçları değerlendirilmiştir. Veriler bilgisayarda SPSS 17.0 programı ile değerlendirilmiştir. İstatistikî analizde bağımlı kategorik değişkenleri değerlendirmek için McNemar testi kullanılmıştır. X² değeri P <0,05 anlamlı kabul edilmiştir. Kayseri 'deki hastanelerde 2007 yılına oranla 2009 yılında hizmet kalite standartlarında gelişme yaşandığı görülmüştür. En fazla gelişme, poliklinik, ameliyathane, klinikler, acil servisler, hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları, tesis yönetimi ve güvenlik konularında olmuştur. Hastane bilgi sistemi ve dosyalama durumu, enfeksiyon kontrolü ve sterilizasyon durumu, görüntüleme hizmetleri durumu, laboratuvar hizmetleri durumunda önemli bir değişim görülmemiştir. Kurumsal hizmet yönetimi durumunda ise gerileme olduğu belirlenmiştir. **Kayseri'deki kamu hastanelerinin hizmet kalite standartlarını sağlamada çaba gösterdiği ancak yeterli seviyede olmadığı görülmüştür.** Hastane çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitilmesi, yöneticilerin ise hastane ile ilgili planlama, düzenleme ve satın alımlarda kalite ekipleri ile birlikte hareket etmesi uygun olacaktır. Hastane kalite ekiplerinin araştırma ve geliştirme faaliyetleri ile kendini yenilemesi ve araştırmacı olması, örnek uygulamalar ortaya çıkaracaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta kalite, Devlet hastaneleri, Hasta güvenliği, Çalışan güvenliği

* Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü

** Kayseri İl Kalite Koordinatörü

*** Kayseri İl Sağlık Müdürü

Evaluation Quality Standards In State Hospitals Kayseri

ABSTRACT

The purpose of this study is to evaluate the improvement of the service quality standards of state hospitals in Kayseri. The hospital supervision results of 2007 3rd period and 2009 2nd period of Kayseri municipality health management quality coordination unit were studied. The results of 2007 and 2009 results of 8 state hospitals which service quality standards evaluation was done were evaluated. Data has been evaluated with SPSS 17.0 program using a computer. In the statistical analysis, McNemar test was used to evaluate categorized multiple correlations. The value of X is accepted as meaningful with $P < 0,05$. It is observed that there has been a development in the hospitals in Kayseri about service quality standards in 2009 compared to 2007. Fastest improvement were observed in polyclinics, operating room, clinics, emergency services, patient and staff safety applications, facility management and safe facilities. There was no important change observed in hospital information systems and filing status, infection control and sterilization, imaging services, laboratory services. A deterioration of the status about institutional management has been observed. It is observed that hospitals in Kayseri are trying to improve their service quality standards but they do not show enough effort on this subject. It will be appropriate to train the hospital staff about patient and staff safety and the administrators to actively act with quality teams about planning, regulating and procurements of hospitals. The quality teams of the hospitals by being researcher and self renovative it will lead to sample applications

Key words: Health Quality, State Hospitals, Patient Safety, Employee Safety

GİRİŞ

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 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.

Hastanelerde kalite çalışmaları, hastanelerin bu fonksiyonlarının gerçekleştirilmesini sağlayan süreçlerle doğrudan ilişkilidir. Bu süreçler;

teşhis, tedavi ve bakım süreçleri ile bunları destekleyen alt süreçlerden oluşmaktadır. Örneğin; poliklinik süreci, klinik süreci, ameliyathane süreci, acil servis süreci, laboratuvar süreci ele alındığında ve bu süreçlerin her biri tek tek irdelendiğinde, hizmetlerin birbirleri ile aşırı ilintili olduğu görülmektedir. İdari ve destek süreçlerinin ise, tıbbi süreçlere kesintisiz katkı sağlaması gerekmektedir.

Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır. Algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi, genel kalite düzeyini (yüksek, düşük) belirlemektedir. Yüksek kaliteli hizmet sunumu kurumun verimliliğini ve karlılığını olumlu yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000).

Tıp biliminin ilk ve en temel öğelerinden biri “Önce zarar verme” ilkesidir. Bu ilke doğrultusunda kurgulanan sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmaktadır. Ancak sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan hatalar sağlık çalışanı ve hastaların zarar görmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda göz ardı edilmemesi gereken konular hasta ve çalışan güvenliğidir (Kurutkan, 2009).

Institute of medicine (IOM) tarafından 1999 yılında Amerika’da yayınlanan raporlar ile sağlık hizmeti sunumunda; tıbbi hatalar ve kalite 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 yargıları konuşulmaktadır (Demirbaş, 2009).

Sağlık hizmetlerinin her açıdan daha iyi bir noktaya taşınması için her ülke uluslararası tecrübeleri de dikkate alarak kendine özgü uygulamalar geliştirmektedir. Bakanlık olarak 2003 yılında başlatılan çalışmaların bileşenlerinden biri de sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi ve artırılmasıdır. Bundan hareketle Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda hizmet kalitesinin artırılması amacıyla bir dizi çalışma başlatılmış ve bu kapsamda dönemsel olarak kurumlarımızda değerlendirmeye esas bir dizi standart belirlenmiştir. Belirlenen bu standartlar zaman içerisinde gelişerek tüm kurumlarımızda hizmet sunum şartlarında yönelimi belirlemeye başlamıştır. 20.09.2010 tarihli Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinin Ek 1 listesindeki Hizmet Kalite Standartları 21 ana başlıktan ve bu başlıkların alt bölümlerinden oluşmaktadır (www.performans.saglik.gov.tr). Hizmet kalite standartlarının yanında hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin Sağlık Bakanlığı 29 Nisan 2009 tarihinde 27214 sayılı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ yayımlanmıştır.

- Sağlık kurum ve kuruluşları hasta ve çalışan güvenliği kapsamında,
- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
 - Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi,
 - İlaç güvenliğinin sağlanması,
 - Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması,
 - Enfeksiyon risklerinin azaltılması,
 - Hasta düşmelerinin önlenmesi,
 - Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
 - Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi,
 - Çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması,
 - Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması),
 - Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması),
 - Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması,
 - Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması, temel hedefler olarak belirlenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kayseri ilinde yapılan bu çalışma Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Koordinatörlüğü biriminin 2007 yılı 3. dönem ile 2009 yılı 2. dönem hastane değerlendirme sonuçları incelenerek yapılmıştır. 2007 yılına ait Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nın standart Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Formu (Ek 2) ve 2009 yılına ait versiyonu bulunan Hizmet Kalite Standartları (Ek 1) Formu kullanılmıştır. 2007 yılına ait Ek 2 Formda 19 ana başlık altında toplam 150 değerlendirme sorusu incelenmiş olup; evet-hayır ve değerlendirme dışı seçenekleri bulunmuştur, 2009 yılına ait Ek 1 Formda 21 ana başlık altında 384 değerlendirme sorusu; evet- hayır ve değerlendirme dışı seçenekleri incelenmiştir. Her iki değerlendirme formu içerisinde 11 temel konu seçilerek 113 değerlendirme kriterinin 2007 ve 2009 yılları arasında ki gelişim sürecini belirlemek amaçlanmıştır. Değerlendirilecek olan hastanelerin seçiminde Hizmet Kalite Standartları değerlendirmesine tabii tutulması gerekliliği temel belirleyici olmuştur. Entegre Hastaneler ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi değerlendirme dışı bırakılarak, değerlendirmeye 3 merkez ve 5 ilçe devlet hastanesi alınmıştır.

Veriler bilgisayarda SPSS 17.0 programı ile değerlendirilmiştir. İstatistikî analizde bağımlı kategorik değişkenleri değerlendirmek için McNemar testi kullanılmıştır. X^2 değeri $P < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamında değerlendirilen hastanelerin dağılımı Tablo 1. de sunulduğu gibi 8 hastaneden oluşmaktadır. Devlet hastanelerinin tamamı ilçe devlet hastanesidir. Yatak sayısı 0–30 olan hastane sayısı % 37,5 ile en yüksek iken 1000 ve üzeri yatak sayısı bulunan hastane sayısı 1 adettir. Hastanelerin %75’inin kalite belgesi bulunmamaktadır.

Tablo 1. Değerlendirmeye Alınan Hastane Durumu (2009)

Hastane Tipi	Sayı	Yüzde
Eğitim Araştırma	1	12,5
Dal hastanesi	2	25
Devlet hastanesi	5	62,5
Yatak Sayıları	Sayı	Yüzde
0-30	3	37,5
31-50	1	12,5
51-100	1	12,5
101-250	2	25
251-500	0	0
501-1000	0	0
1000-↑	1	12,5
Kalite Belgesi Bulunan	Sayı	Yüzde
Kalite belgesi olan	2	25
Kalite belgesi olmayan	6	75
Toplam	8	100

Kayseri ilinde bulunan ve hizmet kalite standartları değerlendirmesine tabii tutulan hastanelerin poliklinik hizmetleri değerlendirme sonuçları Tablo 2. de verilmiştir. Hasta hakları birimi, emzirme odası, özürllüler için düzenlemeler, hekim seçme hakkı, yeterli hasta kabul görevlisi bulunması kriterleri, her iki dönem için de %100 uygulama başarısı sağlanan konular olmuştur. Diğer tüm kriterlerde 2007’ye göre 2009’da artış görülürken hastane içi yönlendirme kriterinde düşüş gözlenmiştir. % 62,5 gibi bir artış ile laboratuvar sonuçlarının polikliniklerden görüntülenmesi kriteri en fazla düzelme yaşanan hizmet türü olmuştur.

Tablo 2. Poliklinik Hizmetleri Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
Web	4	50	5	62,5	1	P>0,05
Hasta hakları birimi	8	100	8	100	8	P>0,05
Polikliniklerde doktor ünvanı	6	75	6	75	1,7	P>0,05
Kadın doğum polikliniğinde USG bulunması	2	25	5	62,5	2,6	P>0,05
Laboratuvar sonuçlarının poliklinikden alınması	1	12,5	6	75	1	P>0,05
Emzirme odası	8	100	8	100	8	P>0,05
Hastane içi yönlendirme	8	100	6	75	0,5	P>0,05
Özürlüler için düzenlemeler	8	100	8	100	8	P>0,05
Hekim seçme hakkı	8	100	8	100	8	P>0,05
Bariyersiz hasta kabul masası	4	50	4	50	1	P>0,05
Yeterli hasta kabul görevlisi	8	100	8	100	8	P>0,05
Yeterli danışma görevlisi	7	87,5	8	100	1	P>0,05
Yeterli bekleme koltuğu	5	62,5	7	87,5	0,5	P>0,05
Poliklinik bekleme süresini belirleyen	3	37,5	5	62,5	0,5	P>0,05
Poliklinik elektronik sistem	3	37,5	7	87,5	0,12	P>0,05
Her doktora poliklinik odası	5	62,5	7	87,5	0,5	P>0,05

Hastanelerin laboratuvar hizmetleri değerlendirmelerinde en fazla iyileşme laboratuvar güvenlik prosedürü oluşturma kriterinde yaşanmıştır. Laboratuvar sonuçlarının zamanında verilmesine ilişkin düzenlemeler her iki dönem içinde tam puan almıştır. İnternal kalibrasyon çalışmaları, numune red ve kabul kriterlerinin belirlenip uygulanması ve kit verimlilik hesaplarının yapılması yüzdesi düşen kriterlerden olmuştur. Panik değer bildirim uygulamalarında anlamlı derecede artış gözlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Laboratuvar Hizmetleri Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
External kalibrasyon	5	62,5	5	62,5	0,2	P>0,05
İnternal kalibrasyon	6	75	5	62,5	0,14	P>0,05
Numune red ve kabul kriterleri	8	100	7	87,5	4,5	P>0,05
Kit verimlilik	7	87,5	4	50	0,14	P>0,05
Cihaz yönetim dosyası	0	0	5	62,5	0,06	P>0,05
Panik değer bildirim	3	37,5	8	100	0,008	P<0,05
Temizlik ve dezenfeksiyon	8	100	8	100	8	P>0,05
Laboratuvar güvenlik prosedürü	1	12,5	7	87,5	1	P>0,05
Belirlenen sürede sonuç verme	8	100	8	100	8	P>0,05

Hastanelerin tamamı TAEK (Türkiye Atom Enerjisi Kurumu) lisansına sahip radyoloji cihazlarını kullanmaktadır. Çalışan güvenliğini sağlama konusunda dozimetre kullanımı her iki dönemde %100'dür. Hastalara istenen tetkik randevusu ve sonuç verme süreleri de her iki dönemde %100 başarılı bulunmuştur. 2007 de %100 olan kurşun yelek kullanım oranı 2009 yılında %50 seviyesine inmiştir. Tekrar çekim sayılarının belirlenmesi ve düzenleyici faaliyetler oranı da %25'lik bir düşüş yaşamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Görüntüleme Hizmetleri Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
Tekrar çekim faaliyetleri	6	75	4	50	0,6	P>0,05
Taek lisansı	8	100	8	100	8	P>0,05
Dozimetre kullanımı ve takibi	8	100	8	100	8	P>0,05
Kurşun yelek kullanımı	8	100	4	50	0,1	P>0,05
Önerilen sürede randevu verme	8	100	8	100	8	P>0,05
Önerilen sürede sonuç verme	8	100	8	100	8	P>0,05

Hastanelerimizin %62,5'inde ameliyathane hizmetleri verilmektedir. Ameliyathanelerde hepafiltre kullanımı 2007 yılında %40 iken 2009 yılında %80 oranına ulaşmıştır. Ameliyathane bekleme alanları 2007'de %60 iken 2009 yılında %100 olmuştur. UPS (Uninterruptible Power Supply-Kesintisiz güç kaynağı) kullanım oranı da 2009 yılında %100 seviyesine gelmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Ameliyathane Hizmetleri Durumu* (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
Ameliyathane alan belirleme	5	100	5	100	0,14	P>0,05
Hepafiltre kullanımı	2	40	4	80	0,33	P>0,05
UPS Kullanımı	3	60	5	100	3	P>0,05
Bekleme alanı	3	60	5	100	3	P>0,05
Onamlar	5	100	5	100	5	P>0,05

*Toplam 5 hastane ameliyathane hizmetler, değerlendirmesine tabii tutulmuştur. 3 hastane değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 6. Klinik Birimler Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
CPR Malzemesi bulundurma	7	87,5	8	100	6	P>0,05
Kırmızı yeşil reçete*	8	100	8	100	8	P>0,05
Hasta odalarında lavabo bulunma	4	50	5	62,5	0,25	P>0,05
Hasta odalarında tuvalet bulunma	1	12,5	1	12,5	4,5	P>0,05
Hasta başı gaz sistemi	1	12,5	7	87,5	0,03	P<0,05
Hasta başı çağrı sistemi	1	12,5	4	50	0,2	P>0,05
Banyo-wc çağrı sistemi	0	0	4	50	0,12	P>0,05
Refakatçi koltuğu bulundurma	1	12,5	6	75	0,06	P>0,05
Hasta eğitimi	7	87,5	8	100	1	P>0,05
Cihazların kalibrasyonu	8	100	8	100	8	P>0,05

*Kırmızı-yeşil reçeteye mahsus ilaçların kilitli dolaplarda saklanması, kayıt sisteminin bulunması.

Hastanelerin klinik birimleri değerlendirmesinde kırmızı-yeşil reçeteye mahsus ilaçların kilitli dolaplarda muhafaza edilerek kayıtlarının tutulması kriteri her iki dönem için de tam puan almıştır. Hastanelerin kullanmış oldukları cihazların kalibrasyon ve bakımına öteden beri önem verdikleri ortaya çıkmıştır. Klinik birimlerde en fazla yükselen kriter hasta odalarında yatak başı gaz sistemleri olmuştur (P<0,05). Hasta odalarında refakatçi koltuğu bulundurma oranı da 1 hastaneden 6 hastaneye ulaşmıştır. Hasta odalarında tuvalet bulunması kriterinde herhangi değişim yaşanmamıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Acil Servis Hizmetleri Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
Acil servis girişi *	5	62,5	7	87,5	1	P>0,05
Acil yönlendirme levhaları	7	87,5	7	87,5	1	P>0,05
Acil servis gözlem hemşire çağrı sistemi	1	12,5	4	50	0,2	P>0,05
Acil servis yazılı order	3	37,5	6	75	0,2	P>0,05
Konsültan çağrı ve süresi	3	37,5	6	75	0,2	P>0,05
Müşahede süresi takibi	0	0	4	50	0,2	P>0,05
Ambulans ilaç listesi	8	100	8	100	8	P>0,05
Canlandırma teçhizatı	8	100	8	100	8	P>0,05
Ambulans personel eğitimi	8	100	8	100	8	P>0,05
Triaj uygulaması	6	75	8	100	0,5	P>0,05

*Acil servis girişi üzerinin kapalı olması

Hastanelerin acil servislerinde en fazla artış müşahede süresinin takibi ve değerlendirmesi konusu olmuştur. Eğitim ve malzeme başlıklı kriterler her iki dönem de tam puan alan konulardır. Hastanelerdeki triaj uygulaması %100'e ulaşmıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Enfeksiyon Kontrolü ve Sterilizasyon Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
Enfeksiyon programı	6	75	7	87,5	1	P>0,05
Sterilizasyon ünitesi	7	100	7	87,5	1	P>0,05
Sterilizasyon indikatörleri	7*	100	4	57,1	0,14	P>0,05
Sterilizasyon ünitesi alan belirleme	1	12,5	5	71,4	1,2	P>0,05
İzolasyon odası	8	100	5	62,5	0,03	P<0,05
Enfeksiyon hemşiresi	2	25	2	25	0,62	P>0,05
UHESE Enfeksiyon veri girişi	2	25	7	87,5	1,2	P>0,05

* 1 hastane değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Değerlendirme yapılan hastanelerin %87,5'inde enfeksiyon programı olduğu görülmüştür. Sterilizasyon ünitesi olan hastane sayısı 7 dir. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağına (UHESA) veri girişi yaparak enfeksiyon hızı hesaplayan hastane oranı %25'den % 87,5 ulaşmıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Hasta ve Çalışan Güvenliği Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
Sözel order	0	0	7	87,5	0,01	P<0,05
Mavi Kod	0	0	7	87,5	0,01	P<0,05
Kol bandı uygulaması	8	100	8	100	8	P>0,05
Güvenli cerrahi kontrol listesi*	5	100	4	80	4	P>0,05
Hasta düşmelerini engelleme	7	87,5	8	100	1	P>0,05
İğne ucu yaralanmaları	8	100	8	100	8	P>0,05
Personel sağlık taramaları	6	75	7	87,5	1	P>0,05
El hijyeni programı	7	87,5	5	62,5	0,6	P>0,05
El dezenfektanı kullanımı	0	0	8	100	0,008	P<0,05
Çalışan güvenliği programı	8	100	8	100	8	P>0,05
Hasta güvenliği programı	8	100	8	100	8	P>0,05
Bilgi güvenliği	8	100	8	100	8	P>0,05
İlaç güvenliği	3	37,5	8	100	0,06	P>0,05
Güvenli kan transfüzyonu*	1	20	3	60	1,8	P>0,05

*5 hastane değerlendirmeye alınmış olup 3 hastane değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin uygulamaların bir kısmı 2007 standartlarında bulunmamasına rağmen 2009 kontrollerinde hastanelerden istenen kriterler olmuştur. Bunlardan sözel order ve mavi kod uygulaması 0 dan % 87,5 oranına ulaşmıştır ($P<0,05$). Hastanelerde hasta ve çalışan güvenliği programlarının hazır olması, bilgi güvenliğine dikkat edilmesi, iğne ucu yaralanmaları ve kol bandı uygulaması her iki dönem içinde %100 tam puan almıştır. Hasta düşmelerini engelleme, el antiseptiği kullanımı, ilaç güvenliği programı 2007 yılında yetersiz iken 2009 yılında tam puan alan başlıklardır. Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımı ve el hijyeni programı puanı az da olsa düşen kriterler olmuştur (Tablo 9).

Tablo 10. Kurumsal Hizmet Yönetimi Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
Yaka kartı kullanımı	8	100	7	87,5	1	P>0,05
Hizmet içi eğitim uygulamaları	8	100	8	100	8	P>0,05
Hasta görüş ve öneri değerlendirme	8	100	8	100	8	P>0,05
Hasta memnuniyet anketleri	8	100	5	62,5	0,2	P>0,05
Mevzuata uygun komiteler	8	100	7	87,5	1	P>0,05
Çalışan görüş ve öneri değerlendirme	8	100	7	87,5	1	P>0,05

Kurumsal hizmet yönetimi başlıkları 2007 yılında tüm hastanelerde tam puan alırken, 2009 yılında Hasta memnuniyet anketlerinin usule uygun doldurulması, yaka kartı kullanımı, mevzuata uygun kriterlerin oluşturulması ve çalışan görüş öneri değerlendirmelerinde düşüş yaşanmıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Hastane Bilgi Sistemi ve Dosyalama Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
HBYS*	8	100	8	100	8	P>0,05
Yedekleme	8	100	6	75		
MKYS**	8	100	8	100	8	P>0,05
İKYS***	8	100	8	100	8	P>0,05
İl Ambulans Veri Girişi	8	100	8	100	8	P>0,05
Ameliyat Notu Günlük Yazımı****	5	100	5	100	5	P>0,05
İnternette Sonuç Verme	4	50	4	50	0,12	P>0,05
Standart Dosya	1	12,5	5	62,5	0,2	P>0,05

*HBYS:Hastane bilgi yönetim sistemi, **MKYS:Materyal kaynaklı yönetim sistemi, ***İKYS:İnsan kaynakları yönetim sistemi, ****3 hastane değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Hastanelerin HBYS, MKYS, İKYS, ameliyat notlarının günlük yazılması ve il ambulans merkezine veri girişi puanları her iki dönem için de tam puan almıştır. Yedekleme uygulaması 2007’de tam puanken 2009 yılında %75’e düşmüştür. Hastalara internetten sonuç verme oranı %50’nin üzerine çıkamamıştır. Standart dosyaya sahip hastane sayısında %50 oranında artış yaşanmıştır (Tablo11).

Tablo 12. Tesis Yönetimi ve Güvenlik Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009		X ²	P
	S	%	S	%		
24 saat güvenlik görevlisi	4	50	4	50	0,12	P>0,05
Tehlikeli madde bertarafı	1	12,5	8	100	0,01	P<0,05
Morg hizmetleri	7	87,5	8	100	1	P>0,05
Çamaşırhane hizmetleri*	5	62,5	6	85,7	0,5	P>0,05
Mutfak hizmetleri**	5	71,6	5	71,4	5	P>0,05
Depolama alanları	4	50	5	62,5	1	P>0,05
Su deposu	7	87,5	8	100	1	P>0,05
Atık Deposu	7	87,5	8	100	1	P>0,05

*Çamaşırhanesi olan hastane sayısı 2007 de 8 iken 2009 yılında 7 dir.

**Mutfak hizmeti veren 7 hastane değerlendirilmiştir.

Tesis yönetimi ve güvenlik konusunda en fazla artışın tehlikeli madde bertarafında olduğu görülmüştür (P<0,05). 24 saat güvenlik görevlisi bulundurma durumunda herhangi bir değişim yaşanmamıştır (Tablo 12).

TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin bireye ve topluma eldeki en son profesyonel bilginin ışığında ve arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde sunulmasına sağlıkta kalite denir (Aydın, 2009). Sağlık sektöründeki hızlı gelişim ve devamında yaşanan değişim Sağlık Bakanlığı, hastane yöneticileri, sağlık çalışanları, hastaları ve çeşitli sektörleri hareketlendirmektedir. Sağlık kuruluşları ulusal alanda rekabet ederken, uluslararası alanlardan hasta çekmek için çaba sarf etmektedir. Tüm bu uğraşlar sağlık kuruluşlarını kaliteli hizmet sunma anlayışına itmektedir (Aydın, 2009).

Bu anlamda ülkede yaşanan sağlıkta dönüşüm programı kapsamında Sağlık Bakanlığı 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 (www.performans.saglik.gov.tr).

2009 yılı Nisan ayında Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ yayınlanmış ve hizmet kalite standartlarına yeni boyutlar eklenmiştir. Mayıs 2009 tarihinde Hizmet Kalite Standartları oluşturulmuş ve en son 2009 Aralık döneminde değerlendirmeler bu standartlar doğrultusunda yapılmıştır (www.performans.saglik.gov.tr).

Kayseri ilinde toplam 9 hastane Hizmet Kalite Standartları doğrultusunda değerlendirmeye tabii tutulmuş ve 8 tanesi incelemeye alınmıştır. Bu hastanelerin %62,5' i devlet hastanesi dir. 1000 ve üzeri yatak sayısına sahip hastane sayısı 1'dir. Toplam 2 hastanenin kalite yönetim belgesi bulunmaktadır (Tablo 1).

Hastanelerin, hasta hakları birimi, özürülüler için düzenleme, hekim seçme hakkı, önerilen sayıda hasta kabul görevlisi bulundurma ve önerilen sayıda danışma görevlisi bulundurma oranı her iki dönem için de %100'dür (Tablo 2). Bu oranlar Tekingündüz'ün çalışmasında Bingöl ilindeki hastanelerde en fazla %100 iken en düşük oran %77 olarak değerlendirilmiştir (Tekingündüz, 2010).

Hasta hakları birimleri ilgili yönerge doğrultusunda 2005 yılında tüm hastanelerde kurulması gereken birimlerden birisidir (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005). Aynı zamanda Ekim 2007'de Hekim Seçme Yönergesi yayınlanmış ve hastanelerin gereken alt yapıyı oluşturarak, hastaların hekim seçme hakkına olanak sağlamaları istenmiştir (www.saglik.gov.tr). Ön çalışmalar nedeni ile 2007 Aralık döneminde hekim seçme ve hasta hakları uygulamalarının %100 başarı göstermesi beklenen bir sonuçtur.

Hasta kabul biriminde kullanılan masaların %50 'si bariyersiz ve engel teşkil etmeyen özellik taşıırken hasta kabul görevlisi sayısının önerilen sayıda olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Masalarda standart oluşturamamanın temel nedeninin ekonomik, fiziki ve hastalara karşı kontrol güclüğü yaşayabilme endişesinin neden olduğunu düşünülmüştür.

Polikliniklerde bekleme süresinin belirlenmesinde 2009 yılında 2007 yılına oranla %25 oranında bir artış görülmüştür (Tablo 1). Bu kriterin belirlenmesinde hastane yazılım şirketlerinin büyük katkısı vardır. Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı Mart ayı içerisinde başlatmış olduğu Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) kapsamında, Kayseri'nin pilot il kapsamında olması nedeni ile bu maddenin daha fazla hastanede sağlanması beklenmektedir. Poliklinik kapılarında muayene olmak için bekleyen hasta ve yakınlarının sıra beklerken yaşayabilecekleri olumsuzluklardan birisi; sırasını beklemeyen hasta ve ziyaretçilerdir. Poliklinik girişlerinde hastaların sıra takibini görsel olarak yapabilecekleri, adaletli bir sıralama sistemi,

elektronik görüntüleme sistemleridir. Kayseri ilinde hastanelerin %87,5'i bu sistemi kullanmaya başlamıştır. 2007 yılında %37,5 olan bu uygulama hastanelerin kendi döner sermaye sisteminden karşılanarak beklenen seviyelere ulaşmıştır.

Poliklinik kapılarında doktor unvanı yazılı olan hastane oranı her iki dönemde de %75'dir (Tablo 2). Çok sayıda doktorun çalıştığı büyük hastanelerde, her uzmanın standart odasının olmaması, günlük poliklinik odası değiştirmeleri, rotasyonlu çalışmaları, binanın fiziki yetersizliği nedeni ile poliklinik imkânı bulamayan hekimlerin olması beklenen bir durumdur. Bu anlamda Personel Dağılım Cetveli (PDC) belirlemede, hastane idaresi ile birlikte karar alınması ve dağılım cetveline göre hekim bulundurulması, hekim sayısı kadar polikliniğin hazır edilmesi doğru olacaktır. Bu sayede isteyen hasta, istediği hekime almış olduğu poliklinik şartlarında muayene olabilecektir. Doktorlar açısından bakıldığında ise, kendi standardını oluşturmuş olduğu poliklinik odasında çalışabilmek, motivasyonu artırırken, kendi konforu içinde çaba sarf edebilecektir.

Muayene olan hastalar, laboratuvar, röntgen gibi uygulamalar nedeni ile polikliniklere defalarca girip çıkmaktadır. Bu durum poliklinik kapısında sıra bekleyen hastalarda huzursuzluğa neden olurken, muayene olan hastaların da mahremiyeti tehdit edilmektedir. Üstelik başka bir oda ve ya da birimde ultrasonografi yapılacak ise hasta ek olarak ultrason sırası beklemektedir. Bu durum zaman kaybına sebep olmaktadır. Kadın doğum polikliniklerinde sıklıkla yaşanan bu durumu düzenlemek adına her polikliniğe bir ultrasonografi cihazı yerleştirme konusu önerilmiştir. Hastanelerimizin %62,5'i bu kriteri yerine getirmiştir. 2007 yılında %25 olan bu kriter düzenleme sayesinde istenilen seviyelere ulaşmıştır. Diğer hastanelerde radyoloji uzmanı bulunması nedeni ile poliklinik şartlarında ultrasonografi bakılmadığı düşünülmüştür.

Laboratuvar sonuçlarının polikliniklerden görüntülenmesi hasta trafiğini azaltacak ve yanlış sonuçların hastaya verilmesini engelleyecek önlemlerden birisidir. Kayseri'deki hastanelerin %75'i bu şartı taşıırken bu oran 2007 yılında %12,5 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaneler içerisinde hastaların aradıkları bölümleri rahatlıkla bulabilecekleri yönlendirmeler bulunmalıdır. Yönlendirmeler konusunda, özürülere, okuma-yazması olmayanlara özel uygulamalar yapmış olsa da fonksiyonel olması en önemli kriterdir. Göz yormayan, az ve düzgün ifade eden yönlendirmeler kafa karıştırmayacaktır. İlimizdeki hastanelerin % 75'i işlevsel yönlendirme kullanmaktadır. 2007 yılında %100 olan bu kriter ek bina uygulamaları ve işlevsellik yönünden değerlendirildiği zaman yetersiz olduğu görüldüğünden düşürülmüştür.

Emzirme odaları hasta anne ve bebeklerin, emzirme, bebek bakımı ve bebekleri sakinleştirme ihtiyacını karşılayabilecekleri mekânlar olarak düşünülmüş ve tasarlanmıştır. Hastanelerimizin tamamında bebek bakım odaları bulunmaktadır. Bu odalar el hijyeni sağlayabilecek lavabosu, sıvı sabunu, havlusu, bebek bakım masası, emzirme koltuğu ve bebek bakımına ilişkin broşürleri ile ihtiyaç duyan annelere hizmet vermektedir (Tablo 3).

Toplumun hemen her kesiminde özürlü vatandaşlarımız için düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır. Bu konu Avrupa Birliği uyum sürecinde aksiyon kazanmış bir insan hakkıdır. Birçok resmi kurum eski yapı binalara sahip olmasından ötürü özürülüler için düzenleme yoluna gitmiştir. Bu anlamda hastanelerin tamamında düzenlemelerin gerçekleştirdiği görülmüştür (Tablo 3).

Laboratuvar çalışmalarında kaliteyi yakalamak hasta, çalışan güvenliğini sağlamanın yanında mali kayıpların da önüne geçilmesine neden olacaktır. 2007 yılına oranla 2009 yılında belirli konularda iyileşmeler görülmüştür. En anlamlı iyileşme panik değer bildirim uygulamalarında yaşanmıştır. Eksternal ve internal kalibrasyon, laboratuvar sürecinde verilen hizmetin doğruluğunu ve yanılma payını ortaya koymaktadır. Kalibrasyon kriteri yüzdesinde yıllara göre bir değişim yaşanmamıştır. Ancak uygulaması bulunmayan hastanelerin 2010 yılı içerisinde kalibrasyon sistemine geçmeleri doğru olacaktır. Kit ve solüsyonların verimli bir şekilde kullanılıp-kullanılmadığını anlamak adına kit verimlilik çalışmaları yapmak ve düzenleyici faaliyetlerde bulunmak gerekir. Hangi solüsyonun daha fazla kullanıldığı, hangisinin daha fazla fire verdiği ortaya çıkartılarak laboratuvar alımlarına ilişkin planlama yapılabilir. Bu hesaplamayı yapan hastane oranında 2009 yılında % 37,5 oranında düşüş görülmüştür. Hesaplama yapmayan hastanelerin, hesaplamaya ilişkin verileri düzenli tutmadıkları, otomasyon sisteminin yetersizliğinden dolayı yapmadıkları düşünülmüştür. Otomatik ölçümler sayesinde aylık veriler alınarak düzenlemeler yapılabilir. Düzenlemeleri yapabilmek için ilk alımlarda her cihazın cihaz yönetim dosyası bulunması gerekmektedir. Yönetim dosyasında, bakım formları, kalibrasyon takip formu, kalibrasyon çıktıları, internal kontrol sonuçları, firma bakım formları, firma bakım taahhüdü, cihazda çalışılan testler, test prospektüleri, hazırlanması gereken reaktif ve solüsyonların stabilite süreleri, kalibrasyon ve kontrol değerleri, firma aplikasyon ve teknik servis telefonları, cihaz kullanım kılavuzu bulunması önerilmektedir. 2007 yılında hiçbir hastanemizde cihaz yönetim dosyası bulunmaz iken 2009 yılında %62,5 oranında bulunduğu görülmüştür. Hastanelerimizin tamamı önerilen sürelerde laboratuvar sonucu verebilmektedir.

Laboratuvarda güvenlik yönetimi oldukça önemlidir. Güvenlik prosedürü içerisinde elektrik, gaz, soğutucular, kimyasal madde, yanıcı ve patlayıcı maddeler, havalandırma sistemi, korunma, güvenlik gereçleri, uyarı işaretleri, temizlik ve dezenfeksiyon uygulamaları bulunmalıdır. Hastanelerimiz içerisinde güvenlik prosedürü oluşturanların oranı 2007 yılında %12,5'iken 2009 yılında %87,5'dir (Tablo 3).

Hastanelerin görüntüleme hizmetleri, her iki dönem değerlendirmelerinde en yüksek puanı alan birimler olmuştur. Tüm hastaneler Türkiye Atom Enerjisi Kurumu lisansına sahip cihaz kullanmakla birlikte dozimetre kullanım oranı da %100'dür. Bingöl'deki hastanelerin görüntüleme hizmetlerindeki başarı oranı en yüksek %100 iken en düşük %90 olmuştur (Tekingündüz, 2010). Hastalara önerilen sürelerde randevu ve sonuç verilmektedir. Ancak kurşun yelek kullanım oranında 2009 yılında 2007'ye oranla %50 oranında düşüş gözlenmiştir (Tablo 4). Ülkemizde genel anlamda insan hakları, dar anlamda da hasta hakları ihlalleri en çok röntgen uygulamalarında yaşanmaktadır. Röntgen uygulamalarına bağlı zararların anında ortaya çıkmayışı bu ihlalin fark edilmemesine neden olmaktadır. AB ve ABD röntgen uygulamaları konusunda son derece hassas davranmakta ve toplumun radyasyon maruziyetini en aza indirmek için de gerekli tüm önlemleri almaktadır (Şaşkın, 2010).

Röntgen uygulamalarında hak ihlallerine maruz kalanlar sadece hastalar değildir. Radyoloji teknisyenleri de bu karmaşa içinde radyasyona maruz kalmakta kanser ve genetik risklerle iç içe görev yapmaktadır. Ülkemizde meslek grupları içerisinde troid hastalıklarına en çok yakalananlar röntgen teknisyenleridir (Şaşkın, 2010). Korunma amacı ile uygun nitelikte kurşun yelek kullanımı hem hasta yakını, hem de çalışan için önerilmektedir.

Hastanelerimizin %62,5'inde ameliyathane hizmetleri verilmektedir. Ameliyathanelerde hepafiltre kullanımı 2007 yılında %40'iken 2009 yılında %80 oranına ulaşmıştır. Ameliyathane bekleme alanları 2007'de %60 iken 2009 yılında %100 olmuştur. UPS kullanım oranı da 2009 yılında %100 seviyesine ulaşmıştır (Tablo 5). Hastanelerdeki **tüm havalandırma sistemlerinde iki ayrı filtre sisteminin bulunması; bunlardan birincisinin etkinliğinin %30 veya üzerinde, ikincisinin etkinliğinin ise %90 veya üzerinde olması gereklidir.** Bu filtrelere "High Efficiency Particulate Air" (HEPA) filtresi adı verilir. Bu sistemin pahalı olması nedeniyle hastanenin özel bölümlerinde tercih edilmesi uygundur (<http://hastaneler.erciyes.edu.tr>).

Ameliyathanede üç farklı alan (**steril alan, temiz alan, temiz olmayan alan**) olmalıdır. **Steril alan**, ameliyat odaları ve steril aletlerin hazırlandığı

odalardan oluşur. **Temiz alan**, ameliyat odalarına giden koridorlar, preoperatif ve postoperatif hasta takibinin yapıldığı odalar, dinlenme odaları, steril depolardan oluşur. **Temiz olmayan alanlar** ise hasta bekleme odaları, ayılma odaları, tuvaletlerden oluşur. Bu alanların birbirinden ayırımının tam olarak yapılması gereklidir. Personelin bu alanlar arasında geçişi kontrollü olmalıdır (<http://hastaneler.erciyes.edu.tr>).

İlimizdeki hastanelerin tamamında her iki dönem de ameliyathanelerin alan belirlemesi yaptığı görülmüştür (Tablo 5). Ameliyat öncesi bilgilendirilmiş onam formu kullanan hastane sayısı her iki dönem için de %100 olmuştur. Son yıllarda artan malpraktis vakalarının %53'ü cerrahi tedavi sonrası ortaya çıkmıştır (www.gata.edu.tr). Bu nedenlerden dolayı hastayı olabilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirmek hem hasta açısından hem de doktorun sorumluluğunun belirlenmesi noktasında etkili bir kayıt olacaktır.

Hastanelerin klinik birimleri değerlendirmesinde kırmızı-yeşil reçeteye mahsus ilaçların kilitli dolaplarda muhafaza edilerek kayıtlarının tutulması kriteri her iki dönem için de tam puan almıştır. Hastanelerin kullanmış oldukları cihazların kalibrasyon ve bakımına öteden beri önem verdikleri ortaya çıkmıştır. Klinik birimlerde en anlamlı artış hasta odalarında yatak başı gaz sistemleri bulundurma olmuştur. Hasta odalarında refakatçi koltuğu bulundurma sayısı da 1 hastaneden 6 hastaneye ulaşmıştır. Hasta odalarında tuvalet bulunması kriterinde herhangi değişim yaşanmamıştır (Tablo 6). Hasta odalarının fiziki yönden değerlendirmesinin yapıldığı kriterlerde önemli bir değişim yaşanmamıştır. Oda düzenlemesi yapılırken, inşaat planlaması noktasından hareket edilmesi uygun olacaktır. Hasta odalarını nitelikli hale getirmek için yeni projeler üretirken, yatak sayılarında düşüşe neden olunmaktadır. Banyo ve tuvalet imkânını bulamayan hastaneler, hasta odasına lavabo düzenlemesi yoluna gitmiştir. Hasta başı hemşire çağrı sistemleri 2007 yılında 1 hastanede bulunurken 2009 yılında 4 hastaneye ulaşmıştır (Tablo 6).

Acil servislere ulaşım ve birim içerisindeki yönlendirmeler bazen hayati öneme sahiptir. İlimizdeki hastanelerin %87,5'inin yönlendirmelerinin yeterliliği gözlenmiştir (Tablo 7). Acil servis ünitelerinin giriş kapılarının üzerinin kapalı olması hastaları rahatlatıcı bir uygulamadır. Hava yağışından sedyede yatan hastanın etkilenmemesi için koruyucu etkinliği olacaktır. Değerlendirme yapılan hastanelerin %87,5'i bu uygulamayı gerçekleştirmiştir.

Hastanelerin acil servislerinde en fazla artış müşahade süresinin takibi ve değerlendirmesi konusunda olmuştur. 2008 yılında hiç müşahade süresi takibi yapılmaz iken 2009 yılında hastanelerin yarısı uygulamaya başlamıştır.

Müşahede sürelerinin takibi açısından otomasyon sistemi üzerinde müşahede alanı oluşturularak, gözleme alınan hastanın teşhis, tedavi, tetkik ve süreleri belirlenebilecektir. Otomasyon sisteminde uyarı sistemleri kurularak, belirlenen sürenin üzerinde gözlemde tutulan hastaların, neden bekletildiği araştırılabilecektir. Bu uygulama sayesinde büyük ölçekli hastanelerde günlerce acil servis gözetim odasında bekleyen hastalar için düzenleme yapılabilir. Müşahede odalarında bekleyen hastaların yaşadıkları sorunlarla ilgili olarak hemşire çağrı sistemine ihtiyaç duyabilecekleri bir gerçektir. 2007 yılında 1 hastanede bulunan çağrı sistemi 2009 yılında 4 hastanede uygulanmaya başlanmıştır. Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesinde de bu kriterin 2008 yılında karşılanamadığı görülmüştür (Koç, Şentürk, Yorgun, 2009).

Acil servis personelinin eğitimi ve standartlara uygun malzeme başlıklı kriterler her iki dönem değerlendirmesinde tam puan alan konulardır. Hastanelerdeki triaj uygulaması 2009 yılında %100'e ulaşmıştır (Tablo 7). Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi örneğinde de bu kriterin karşılandığı görülmüştür (Koç, Şentürk, Yorgun, 2009). Triaj acil servise başvuran hastaların önceliklerini belirleyerek bekleyemeyecek durumda olanları tespit etmektir. Hastaları geliş sırasına göre değil durumlarının aciliyetine göre kabul etmek gerekmektedir (<http://www.gata.edu.tr>). Acil servislerde tedavi uygulamaları geleneksel yöntemlerde, sözel order üzerinden yapılmaktadır. Hasta güvenliğini sağlama konularından birisi olan doğru hastaya doğru tedavi uygulaması için yazılı order alınması önerilmektedir. Hastanelerimizde yazılı order kullanımı %37,5'den %75'e ulaşmıştır. Acil servise çağırılan konsültan hekimin çağırılma ve ulaşma süresi hasta güvenliği açısından önemli başlıklardan birisidir. Hastanelerdeki bu oran 2009 yılında %75'e ulaşmıştır. Bingöl'deki çalışmada acil servis hizmetlerinin bütününden tam puan alan hastane sayısı 1 iken en düşük puan %38 olmuştur (Tekingündüz, 2010).

19.08.2005 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği hakkındaki genelge doğrultusunda hastanelerin enfeksiyon kontrol programı oluşturulması gerekmektedir. Aynı yönetmeliğin 13. Maddesine göre her 250 yatağa bir enfeksiyon kontrol hemşiresi görevlendirilmesi gerekmektedir (<http://tr.wikipedia.org>). Hastanelerimizin %87,5'inde enfeksiyon kontrol programı oluşturulmuştur (Tablo 8). Bingöl ilinde enfeksiyon kontrolü konusunda tam puan alan 1 hastane bulunurken en az puan %27 olmuştur (Tekingündüz, 2010). Her iki yılda da enfeksiyon hemşiresi bulunan hastane sayısı 2'yi geçememiştir. Sterilizasyon ünitesi olan hastane sayısı 7'dir. Sterilizasyon sisteminin denetimini yapan testlerin çalışılma oranı %100'den %57,1 oranına düşmüştür. Sterilizasyon ünitesinin

eğitilmiş bir ekip tarafından düzenlenmemiş olması, kullanılacak testler konusunda bilgi sahibi olmama veya cihazın gereken testi çalışmaması neden olarak gösterilebilir. Sterilizasyon ünitesi olup alan belirlemesi yapan hastane sayısı 2009 yılında %71,4'e çıkmıştır. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağına (UHESA) veri girişi yaparak hastane enfeksiyon hızı hesaplayan hastane oranı %25'den % 87,5'e ulaşmıştır (Tablo 8). Hastanelerde izolasyon odası uygulaması yapanların oranı %100'den % 62,5'e düşmüştür. İlk değerlendirmelerde talimatın varlığı yeterli görülürken, 2009 kontrollerinde içerik, oda düzeni ve işlevsellik kontrolü yapılması düşüş nedenini açıklamaktadır.

Hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları, hastane kalite değerlendirmelerinde önemli bir yere sahiptir. Nisan 2009'da yayınlanan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ'e göre yeni uygulamalar söz konusu olmuştur. Bu uygulamalar 2007 yılı değerlendirmelerinde sorgulanmaz iken 2009 değerlendirmelerinde sorgulanmıştır. Hasta ve çalışan güvenliği programı bulunan hastane oranı her iki dönem de %87,5'dir (Tablo 9). Sözel order kullanımı ve mavi kod uygulamaları oranı anlamlı bir yükseliş göstererek tüm hastanelerde uygulanmaya başlanmıştır. Mavi Kod sistemleri, bir hastanın solunumsal veya kardiyak arresti durumunda, eldeki çok kısıtlı zamanı hastaya en hızlı ve verimli resusitasyonu sağlamaya yönelik çalışan iletişim sistemleridir. Başarılı mavi kod durumu resusitasyon sonucu için kullanacak uyarı sistemi teknolojisi kadar, hastanedeki mavi kod sorumluları, mavi kod prosedürü, kullanılacak ekipman ve personel eğitimi de önemlidir. Mavi Kod Ekibi hastanede Kardiyo Pulmoner Resusitasyon (CPR) konusunda deneyimli ve eğitilmiş uzman hekim ve hemşirelerden oluşan müdahale ekibidir. Genellikle anestezi uzmanı, kardiyoloji uzmanı ve acil servis hemşiresinden oluşur (<http://tr.wikipedia.org>). Bingöl ilinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama konusunda tam puan alan 1 hastane bulunurken diğer hastanelerin kriterlerin tamamını karşılamadığı görülmüştür (Tekingündüz, 2010).

El antiseptiği kullanım oranı da önemli artış görülen kriterlerdendir. 2007 yılında hiçbir hastanede kullanılmayan dezenfektanlar 2009 yılında tüm hastanelerde kullanılmaya başlanmıştır. Ancak el hijyeni programı bulunan hastane oranı %87,5'den %62,5'e düşmüştür. İncelemeler esnasında konu hakkında yeterli bilgisi bulunmayan hastane personelinin rehberlik etmesi ve cevap veremediği konular olması nedeni ile düşüş yaşandığı düşünülmüştür. Hastanelerin %87,5'inde enfeksiyon kontrol programı olması nedeni ile el hijyeni programının da olması beklenmektedir (Tablo 8). El antiseptiği kullanım oranları, el sabunlama oranı gibi verilerin

oluşturulması gerekmektedir. Aksoy'un çalışmasında sağlık çalışanlarının %72'sinin sabun, %25'inin antibakteriyel sabun, %3'ü alkol bazlı el antiseptiğini kullandığı görülmüştür (Aksoy, 2009).

Hastanelerde ilaç güvenliği uygulamaları %100 başarı ile yürütülmektedir. Sağlık hizmeti verenler, hastalar ve eczacılar arasındaki iletişimin güçlendirilmesi ilaç hataları olasılığını azaltmada önemlidir. Reçete yazma, ilaç verme, hazırlama ve dağıtımdan veya ilacı izlemekten sorumlu sağlık hizmetleri profesyonelleri arasındaki iletişim, tedaviyi optimize etmek açısından çok önemlidir. İlaçların kullanımıyla ilgili iletişimin değerinin anlaşılması ve mükemmel iletişimi destekleyen bir ortamın teşvik edilmesi, ilaç hatalarının meydana gelmesini ve bunların hastaya verdiği zararı azaltabilir (Kurutkan M.N., 2009).

Doğru tedavi uygulamalarını destekleyen diğer bir kriter hastalara kol bandı uygulamasıdır. Kol bandı rengi konusunda 2007 yılı hizmet kalite kriterleri ile hasta güvenliği tebliği arasında farklılıklar görülmüştür. 2009 değerlendirmelerinde hasta güvenliği tebliği esas alınarak hareket edilmiştir. Hastanelerimizin tamamında kol bandı uygulaması yapıldığı görülmüştür (Tablo 9).

Güvenli Cerrahi kontrol listesine uyum konusunda 5 hastane değerlendirmeye tabi tutulmuştur. 2007 yılında tamamında başarı sağlanırken 2009 yılında 4 hastane uygulamayı gerçekleştirmiştir. Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi, anestezi verilmeden önceki 'Giriş', cilt kesisi yapılmadan önceki 'Ara' ve hastanın ameliyathaneden çıkarılmadan önceki 'Çıkış' evresine ait soruların bulunduğu tek sayfalık bir formdan oluşmaktadır (WHO, 2009). Cerrahi hataların engellenmesi için bu uygulamanın doğru yapılması gerekmektedir.

Hasta güvenliği kapsamında değerlendirilen önemli unsurlardan birisi de düşmelerdir. Amerika'da ortak komisyon 1995–2006 yılları arasında 4064 sentinel olayın 224 (%5,5)'ünün düşmelerden meydana geldiğini açıklamıştır (Kurutkan M.N., 2009).

Düşme riskini belirlerken kullanılan en iyi yöntem ölçek oluşturmak ve oluşturulan ölçeğin uygulanmasını sağlamaktır. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğinde yer alan Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Formunda kullanılan ölçek Hendrich 2 düşme skalasıdır (Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği, 2009).

Çalışan güvenliği kapsamında batıcı ve kesici yaralanmaların takibi programını yürüten hastane her iki dönem de %100 olmuştur. Sağlık personelinin sağlık taramalarının takibini yapıldığı hastane sayısı önceki döneme göre %12,5 oranında artış göstererek %87,5'e ulaşmıştır.

Kurumsal hizmet yönetimi başlıkları 2007 yılında tüm hastanelerde tam puan alırken, 2009 yılında hasta memnuniyet anketlerinin usule uygun doldurulması, yaka kartı kullanımı, mevzuata uygun kriterlerin oluşturulması ve çalışan görüş öneri değerlendirmelerinde düşüş yaşanmıştır (Tablo10). Bingöl ilinde bu kriteri karşılayan 2 hastane bulunurken en düşük %81 puan alındığı görülmüştür (Tekingündüz, 2010).

Tesis yönetimi ve güvenlik konusunda en fazla artışın tehlikeli madde bertarafında yaşandığı görülmüştür. 24 saat güvenlik görevlisi bulundurma durumunda herhangi bir değişim yaşanmamıştır. Hastanelerin sadece %50'sinde 24 saat güvenlik görevlisi bulunmamaktadır (Tablo 12). Hastane acil servisleri başta olmak üzere, çalışanlara yönelik şiddet olayları ülkenin birçok hastanesinde meydana gelmektedir. Çalışan güvenliğini sağlamak adına hastanelerin tamamında güvenlik görevlisi bulundurulması gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde yaşanan hızlı kalite yolculuğu hastane yönetimlerini yeni arayışlara sürüklemektedir. Çalışanlar hem kendi güvenliklerini hem de hasta güvenliğini sağlamaya yönelik çabalara katkıda bulunmaktadır. Hatta kaliteli sağlık hizmeti sürecinin lokomotifini çalışanlar oluşturmaktadır. Hastane yöneticileri, kalite birimlerinin kurulma aşamasında, vizyon sahibi, gelişime açık ve eğitim destekli ekiplerden oluşturmalıdır. Dünyada yaşanan gelişmeleri takip ederek, beklenti, girdi ve sonuç değerlendirmeleri yapması istenmelidir. Hastane işletim prensiplerini, hasta ve çalışan memnuniyeti üzerine kuran kuruluşların kazançlı çıkacağı kaçınılmazdır. Ülkemizde Hizmet Kalite Standartları verilerinin kullanıldığı çalışmaların yetersizliği nedeni ile iller arası kıyaslama ve durum değerlendirmesi yapma olasılığı mümkün olamamaktadır.

Kayseri'deki hastanelerde 2007 yılına oranla 2009 yılında iyileşmelerin yaşandığı görülmüştür. En fazla iyileşme poliklinik, ameliyathane, klinikler, acil servisler, hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları, tesis yönetimi ve güvenlik konularında olmuştur.

Hastane Bilgi Sistemi ve Dosyalama Durumu, Enfeksiyon Kontrolü ve Sterilizasyon Durumu, Görüntüleme Hizmetleri Durumu, Laboratuvar Hizmetleri Durumunda önemli bir gelişme görülmemiştir. Kurumsal Hizmet Yönetimi Durumunda ise gerileme olduğu belirlenmiştir.

Bu değerlendirmelerin ışığında hastanelerin:

1. Yönetim kademesinin hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları konusunda eğitim alması,
2. Personelin hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitilmesi,
3. Proje ve yapılanmalarda hastane kalite yönetim birimlerinden destek alınarak standartlara uygun hareket edilmesi,
4. Kalite yönetim birimi çalışanlarının eğitimi için çaba sarf edilmesi,
5. Her hastanenin kendine kalite yol planı hazırlayarak hareket etmesi,
6. Enfeksiyon kontrol hemşireliği eğitimi alması için ilçe hastanelere kontenjan tanınması, hatta öncelik verilmesi,
7. Yeni hastane projelendirmelerinde geleceğe dönük planlar yapılması,
8. Eski hastanelerin tadilatı yapılırken kar ve zarar hesapları ile projelendirilmesi,
9. Personel dağılımı yapılırken hastane yönetimlerinin fikirlerinin alınarak, ihtiyaç duyulan birimlere cevap verilmesi,
10. Hastanelerin hizmet kalite standartlarını yakalamak için yaptıkları harcamaları döner sermayeden karşılamaları genel bir uygulamadır. Ancak döner sermayesi düşük olan ilçe devlet hastanelerinin ödenek yolu ile desteklenerek, eksikliklerinin giderilmesi kaliteli hastane imkanlarının yakalanmasını sağlayacaktır.
11. Sterilizasyon ünitesi olmayan hastanelerin, en yakın sterilizasyon ünitesi ile çalışabilmesi için anlaşma yoluna gitmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- **Aksoy A., (2009).** Sandıklı Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanların El Hijyeni Konusundaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara. (2). 67-75
- **Aydın B., (2009).** Sağlıkta Kalite. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta -Güvenliği Dergisi. 1, (1), 58.
- **Koç D., Şentürk M., Yorgun S., (2009).** Hizmet Kalite Standartları ve Acil Servis Hizmetlerine Katkıları “Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi”. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara. (2). 297-306

- **Demirbaş F., (2009).** Hasta Güvenliği Uygulamalarında Ölçümlenme, Türkiye Modeli “Hasta Güvenliği Endeksi”. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi.1, (1), 20.
- **Hasta Hakları Uygulama Yönergesi. (2005)**
- **Kavuncubası Ş., (2000).** Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara. Siyasal Kitabevi.
- **Kurutkan M.N., (2009).** Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği İçin Genel Bir Değerlendirme. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi. 1, (1), 66.
- **Kurutkan M.N., (2009).** Hasta Güvenliği Çözümleri .Ankara. Sage Yayıncılık.(1). 33-34
- **Kurutkan M.N., (2009).** Ölümcül Hataları Engelleme Programı. Ankara. Sage Yayıncılık.(1). 57-64
- **Tekingündüz S., (2010).** Kamu Hastaneleri Kalite Çalışmalarının Değerlendirilmesi, 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara. (1). sf: 541-548
- **Şaşkın G., (2010).** Radyolojide Hasta ve Çalışan Güvenliği. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon Ve Hasta Güvenliği Dergisi. 1, (5), 72–75.
- **Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği, (2009)**
- **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (1983)**
- **Who Guidelines For Safe Surgery (2009).** 27.08.2010
- <http://hastaneler.erciyes.edu.tr/pdf/hastane%20havalandirmasi.pdf>, 26.08.2010
- <http://hastaneler.erciyes.edu.tr/pdf/ameliyathanelerde%20enfeksiyon%20kontrol%c3%bc.pdf>, 26.08.2010
- <http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/aciltip/esı.pdf>, 27.08.2010
- http://tr.wikipedia.org/wiki/mavi_kod_sistemi, 26.08.2010

- www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=14, 26.08.2010
- www.saglik.gov.tr/tr/genel/dosyagoster.aspx
- www.gata.edu.tr.dahilibilimler/ichastalıkları/files/dersler/358.pdf, 26.08.2010