Selçuk Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğinde Tıbbi Hizmetlerin Kullanım Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Manar ASLAN**
Meryem YAVUZ***

ÖZET


Veriler sayı, yüzde ve ortalama ve standart sapma kullanılarak özetlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare ($\chi^2$) ve çoklu regresyon testleri kullanılmıştır.

*** Öğr. Gör., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi ABD
**** Doç. Dr., Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksek Okulu, Cerrahi Hemşireliği ABD
THE EVALUATION OF THE APPROPRIATENESS OF MEDICAL CARE IN GENERAL SURGERY CLINIC AT SELCUK UNIVERSITY

ABSTRACT

This research is made at Selcuk University, faculty of Meram Medical General Surgery clinic, to study the appropriateness of medical care. For this research, the patients, who were at hospital during 15.03.2004 and 15.04.2004 had the diagnosis of hernia, coelelitiazis and goiter were taken as sample group. A total of hundred patients were taken as sample and 44 of them were coelelitiazis, 39 of them were hernia, and 17 of them were goiter. The ‘unprobability sample method’ is used for this sample of research.

While collecting the data, a data collection form with 17 items, the evaluation of appropriateness protocol with 45 items, a list of reasons for inappropriate care days with 22 items, a service list of the Meram Medical Faculty of Selcuk University, the patient’s data and diagnosis notes were used. When the patient admission was collected identifier information and evaluated appropriate admissions in the first process. In the second process of the patient elapsed time in the clinic was entered medication that were used and evaluated appropriate staydays. It was evaluated that the patient used all of the services through Faculty of Medical Service List in discharge time.
Data were summarized by using numbers, percentages and average standart deviation. To evaluation of the data, chi-square (χ²), multiple regression test were used.

When the usage is evaluated by using UDP, the research results shows that inappropriate admissions rate was %.53 and the %.63 of the staydays was in appropriate. The main reasons of that were, discharged from hospital days are changed because of holidays and weekends, although some patients could be treated on outpatient they were put in hospital and also, because doctors who acts to much protective.

Average length of stay days were decided for goiter patients as 6.41± 4.23, hernia patients 8.44±5.93, coelelitiazis patients 5.68± 4.38, the inappropriate stay days for goiter patients were decided 3.76± 3.29, 5.28±4.80 for hernia’s and 3.41± 4.05 for coelelitiazis.

This study found that inappropriate day is influenced by American Society of Anesthesiologists (ASA) physical condition classification and length of stay, but it isn’t affected by socio-demographic characteristics.

Key Words: Appropriate Utilization, Utilization Review, Utilization Management

I. Giriş


Kullanım yönetimi, hizmet sunulmadan önce her bir vakânın uygulanabilmesi yerine, hasta bakımının degerlendirilmesi yoluyla, hasta bakımıyla ilgili kararların alınması işlemidir (Tischler 1990, Kalant et al. 2000).

Kullanım yönetimi, bakımın uygulanmasına değer biçerek, en ucuz ve en etkili karar vermek için kullanılan bir mekanizmadır. Öncelikle malyetleri azaltma üzerine yoğunlanan kullanım yönetimi, bakımın kalitesini de önemsemektedir (Tischler 1990).

Kullanım yönetimi, kullanım incelemesi ve strateji oluşturma gibi iki aşamada gerçekleşmektedir. Kullanım yönetiminin birincisi aşamasını oluşturan kullanım incelemesi, hastaya yapılan tıbbi tedavinin, hizmetlerin ve diğer işlemlerin önceden belirlenmiş kriterlere göre değerlendirilmesidir. İkinci aşama ise bu değerlendirmeye sonucunda uygul olmayan kullanımı azaltmak için çeşitli stratejiler oluşturulmasınıdır.

Kullanım yönetimi; uygulanmış, tıbbi gerekliği, bakımın yerini ve süresini belirlemekte başvurulan kalite sağlayıcı faaliyetleri içerir. Bunuyla ilgili bilgiler genellikle hasta raporlarında veya hastaya müdahalede bulunan doktor veya hemsireden, aşağıdaki sorulara cevap verilmesi ile elde edilir (Restuccia 1995):

1- Hastadaki belirli ve bulgular özel bir tıbbi girişimi gerektiriyor mu, bu belirli ve bulgulara neden olan hastalığı iyileştirmek için bir işleme ihtiyac var mı?

2- Hastalığı tedavi etmek için hastanın acil bakım ihtiyacı var mı, tedavinin yeri hastanede, bir doktorla birlikte hastanın evinde veya doktorun ofisinde olabilir mi, sağlanan bakım bu hasta için yeterli olabilecek mi?

3- Eğer hastanede kalması gerekiyorsa, bunun süresinin ne kadar olması gerekiyör?

Kullanım incelemesi değerlendirme programında sıkıca 1970’lerin sonları ile 1980’lerin başlarında Boston Üniversitesi’nde geliştirilen Uyguluk Değerlendirme Protokolü (UDP) kullanılmaktadır. UDP’de hastaneye yatışın (admission) ve kalış günlerinin (patient day/day of stay) uygulanlığını değerlendirme nedeni için iki grup kriter bulunmaktadır. Bunlardan yatış kriterleri, hastalığın şiddeti ve hizmetin yoğunluğuna ilişkin iki alt gruba ayrılr. Hasta
Tibbi Hizmetlerin Kullanım Uygulanğının Değerlendirilmesi 155

günlerine ilişkin kriterler ise üç gruptur ve tibbi hizmetler, hemşirelik/yasam
destekleyici hizmetler ve hastanın durumuya ilgili faktörleri içermektedir
(Kaya 1998)

Gerek UDP’yi geliştirenler (Gertman, Restuccia, 1981) ve gerekse diğer
araştırmacılar tarafından yapılan araştırmalar, UDP’nin ABD’de (Strumwasser
et al 1990, Siu et al 1986), İsrail’de (Rishpon et al 1986), İspanya’da (Lorenzo,
Sunol 1995), Türkiye’de (Kaya ve dğ. 1998), İtalya’da (Capolbo et al. 2004),
Meksika’da (Sanchez-Garcia et al. 2008) geçerli ve güvenilir olarak
kullanılabileceğini göstermiştir.

Kullanım incelemesi, önceden belirlenen kriterler ve/veya uzman görüşü
yardımlyla, hastaya ait tıbbi kayıtların incelenmesi işlemidir (Payne 1987,
Kavuncuğlu 2000). Kullanım incelemesi, verilen veya verilmesi planlanan
hizmetlerin gerekliğini, uygulanışının ve miktarının değerlendirilmesidir.
Kullanım incelemesi hastane maliyetlerini inceler ve gerekiz giderlerin
önlenmesine yardımcı olur (Kavuncuğlu 2000). Kullanım incelemesi
hastaneve yatışlarda, gerekliği azaltmak için kullanılan bir araçtır. Kullanım
incelemesi, bir hastanın hastanede geçirdiği süre ve hastanın tedavisi için
gereken kaynakların yalnızca doktor tarafından değil, taraflar olabilecek bir
öncü ve şahs tarafından da incelenerek tespit edilmesi gerektiğini önermektedir
(Schwartz 1999).

Sağlık bakımında verilen hizmetin dört boyutu vardır ve şu şekilde gözden
geçirilebilir (Kaya 1998):

1- Verilen bakım nedir? Bu bakım hastanın tıbbi gereksinimlerini karşılanmış
mıdır?

2- Bakım ne zaman verilmiştir? Hasta operasyona uygun bir sürede
yapılmış mıdır veya operasyonun önce gerekiz yattığı gün var mıdır?

3- Süresi ve sıklığı açısından ne kadar bakım verilmiştir? Hastanede yatış
süresi uygun mudur? Laboratuar testlerini sayısı uygun mudur?

4- Bakım nerede verilmiştir? Hastanın hizmet düzeyinde mi bakıma
gereksinimi vardı yoksa ayakta bakım verilen yerler gibi alternatif bir yerde
tedavi edilebilir miydi?
Kullanım incelemesi, kurumun verdiği hizmet ile hastanın ihtiyaç duyduğu tıbbi bakım arasındaki ilişkiye degerlendirir ve verilen bakımın verimine odaklanır. Ayrıca bakımın yoğunluk ve maliyet açısından uygun düzeyde olup olmadığını gösterir. Tıbbi bakım süreci ile ilgili daha az bilgi verirken, bakımın kalitesi, yapısı, tedavinin sonucu ve tedavi süresi ile ilgili daha kapsamlı bilgi vermektedir. Bu bilgiler sağlık güvenesi sağlamanın özel ve resmi kurumlar ve ayrıca verimliliklerini artırmak isteyen hastaneler için önemli veri kaynaklardır (Ermann 1988).

Kullanım yönetiminin incelemesinde üç yöntenden yararlanılmaktadır. Yatış öncesi inceleme (prospective review), hali hazır inceleme (concurrent review) ve taburcu olduktan sonra inceledir (retrospective review) (Kurtulmuş 1998).

Yatış öncesi inceleme (Prospective review): Yatış öncesi inceleme, belirli bir kişi için önerilen tıbbi hizmetlerin, sadece tıbben gerekli bakımı kapsayan sağlık planlarının kısımlarıyla uyup uymadığını önceden değerlendirilmesidir. Yatış öncesi inceleme programların odak noktası, bakımın sunulduğu yer, bakımın zamanlaması ve süre veya belirli bir işlemın ya da hizmetin gerekli olduğudur (Kaya 2003).


Hali hazır inceleme (Concurrent review): Hastalara hizmet sunulması sırasında yapılan incelemeye hali hazır kullanım incelemesi adı verilmektedir. Hali hazır kullanım incelemesi, genel bir bakış açısıyla nakayların kullanımını kontrol etmek için kullanılan bir kullanım yönetimi stratejisidir (Murray 2001). Hali hazır kullanım incelemesinde, hastaneyeye yatırılan hastanın tıbbi gereksinimleri ve aldığı tıbbi hizmetler periyodik olarak gözden geçirilmektedir. Bu incelemeye, hastanın hastanede tıbbi bakım alma devam edip etmeyeceği kararlaştırılmaktadır ve hastanın hastaneye yatışını takip eden iki gün içinde tamamlanmalıdır (Kavuncubaşı 2000). Hali hazır inceleme, öncelikle kalıș süresinin kontrolü ve yardımcı hizmetlerin kullanımı için yapılır. İnceleme hastanın hastanede kalış temeline dayanır (Wickizer et al.)

Hali hazır kullanım incelemesi tedavi sürecinde ne olduğunu açıklamaya çalışır ve hastanın yatak, ilaç, laboratuvar, hemşirelik hizmetleri kullanımının ne düzeyde olduğunu belirler. En gerçekçi sonuçlar hali hazır kullanım incelemesi ile ortaya konmaktadır.

Hali hazır kullanım incelemesinde yararlanılan tekniklerden en önemli, "Uygunluk Değerlendirme Protokolü" dır. Uygunluk değerlendirme protokolü, hastanın hastaneve yatılıp yatırılmayacağını, yatırılmış ise hastanede yatmaya devam edip etmeyeceğinin kararlaştırılmasında kullanılmaktadır (Kavuncubaşı 2000).

Taburcu olduktan sonraki inceleme (Retrospective review): Taburcu olduktan sonraki kullanım incelemesi genellikle hastaya uygulanılan tedavinin sonucunun ne olduğunu ortaya koymaya ve tibbi denetimi sağlamak çalışır. Taburcu olduktan sonraki incelemede özellikle hasta kayıtları kullanılmaktadır (Kavuncubaşı 2000).


Sağlık Hizmetlerinin Uygun Olmayan Kullanımının Nedenleri

Hekim ya da Hastaneden Kaynaklanan Nedenler

- Ameliyat tarihinin uygun ayarlanmaması,
- Hastanın hastaneve erken yatırılması,
- Tan ve tedavi işleminin çeşitli nedenlerle ertelenmesi,
- Tatil günleri dolaysıyla işlem yapılamaması,
> Tamı veya tedavi işlemlerini yönlendirecek test sonuçları veya konsultasyon beklenmesi,
> Haskanın hasta taburcu işlemlerine ilişkin bir politikasının ve planının bulunmaması,
> Hekimin taburcu emrini zamanında yazamaması,
> Hekimin hastanın tibbi yönetimi ile ilgili olarak tutucu davranması,
> Hekimin başka bir sağlık kuruluşuna transferi gerekli olan hastanın işlemleri ile ilgili gecikmesi
> Haskanın hasta ile ilgili yasal sorunlarının olması,
> Tamı ve tedavi planının bulunmaması,
> Tamı veya tedavi işlemlerinin ayaktan yapılabilir olması,
> Diğer nedenler.

Hasta ve Ailesinden Kaynaklanan Nedenler

> Haskanın ya da ailesinin yapılacak herhangi bir tibbi işlem ile ilgili olarak karar vermede gecikmesi,
> Haskanın hekim tarafından uygulanan tedavi programına uymaması,
> Haskanın ya da ailesinin hastanın hastanede yatmayda devam etmesi konusunda ısrar etmesi,
> Diğer nedenler.

Çevresel Nedenler

> Sağlıksız bir çevreden gelen hastanın, bu olumsuzluk düzeltene ya da alternatif bir sağlık kuruluşu bulunana kadar hastanede tutulması,
Tibbi Hizmetlerin Kullanım Uygulanlığının Değerlendirilmesi 159

- Hastaya evde bakacak kimsenin olmaması,
- Hastanın başka bir sağlık kuruluşuna transferi için finansal ve tibbi onay ya da izin beklemesi,
- Alternatif sağlık kuruluşunun olmaması,
- Hastane dışında hemşirelik bakımını verecek yerlerin olmaması,
- Diğer nedenler (Teke 2000).

Uygun Olmayan Kullanımı Belirledeme Kullanılan Yöntemler

Uygunluğu objektif olarak ölçme, gözlenen bakımın uygun bakım için oluşturulan kriterler ile karşılaştırılmasına bağlıdır. Uygun olmayan kullanım belirledeme kullanılan yöntemler, kapalı kriterlerin kullanıldığı yöntemler, açık kriterlerin kullanıldığı yöntemler ve bu ikisinin bir kombinasyonunun kullanıldığı yöntemler olarak gruplanabilir.

Kapalı Kriterlerin Kullanıldığı Yöntemler


Açık Kriterlerin Kullanıldığı Yöntemler

Açık kriterlerin kullanıldığı yöntemlerde, inceleyicilere belli kriterler verilir ve inceleme süreci ayrıntılı olarak açıklanır. Bu yöntemler, tanıya özel olanlar ve tanıdan bağımsız olanlar olarak gruplanabilir.

- **Tanıya özel yöntemler:** Belirli tanıları ya da semptomları olan hasta grupları için ayırt edici standart kurallar belirlenir. Tanıya özel


Anderson ve diğerleri (1990)'ın Kanada'da yapmış olduğu bir çalışmada hastanelerin yarısında tek başına retrospektif inceleme diğer yarısında da yatış sırası ve sonrasında inceleme yapılmıştır. Retrospektif incelemenin tek başına uygun olmayan kullanımını azaltmada daha az başarılı olduğunu sonucuna varılmıştır. Çalışanların %67'si kullanım yönetimi programlarını desteklemiş, %53'ü hastanın yöneticileriyle tibbi personel arasında pozitif bir katki sağlamış belirtmişlerdir.

UDP'nin sadece elektif cerrahi hizmet alan hastalara uygulanarak, hastanın bu hizmeti ayakta deafil yatakken alması gereken olup olmadığını ve hizmetin zamanında verilip verilmediğini belirlemek üzere iki bölümü olan bir versiyonu da bulunmaktadır (Winickoff et al. 1991 aktaran: Kaya 1998).

Araştırma, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde mevcut tibbi hizmetlerin kullanım uygunluğunu halı hazırlık kullanım incelemesi yöntemiyle incelemek amacıyla yapılmıştır.

II. MATERYAL ve YöNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde mevcut tibbi hizmetlerin kullanım uygunluğunu halı hazırlık kullanım incelemesi yöntemiyle incelemek amacıyla, kesitsel olarak yapılmıştır.
2.2. Araştırma Evreni


2.3. Araştırmaının Örneklemi


2.4. Araştırmaının Sınırlıkları

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği’nde;

- Koleslitizyası, Herni (inguinal, umblikal, ve insizyonel Herni), Guatr tanısı almış,
- 18-65 yaş arasında,
- 15.03.2004 – 15.04.2004 tarihleri arasında klinikte yatan,
- Cerrahi/ tibbi tedavi almış, yetişkin hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Herninin üç çeşitinin araştırma kapsamına alınmasını nedeni üç herni tipinin de benzer yatış sürelerine sahip olması ve klinikte sıkılıkla karşılaşılmadır.
Tanımsına ek olarak başka hastalık eklenmiş olan hastalar standardizasyonu etkileyerek doğru sonuç alınmasını engelleyecəğinden araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

2.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada, Veri Toplama Formu, Uyguluk Değerlendirme Protokolü (UDP), Uygun Olmayan Bakım Günleri İçin Nedenler Listesi, hasta dosyası, klinik tedavi defterleri ve S.Ü.Meram Tıp Fakültesi Hizmet Listesi kullanılmıştır.

2.5.1. Veri Toplama Formu

Araştırma verilerinin toplanması için araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak veri toplama formu hazırlanmıştır.

Veri toplama formu, hastaya ait bilgileri içeren 17 maddenin oluşmaktadır. Hasta ile ilgili tanıtılan bilgilerin incelemesi (8 madde) bölüm, hastanın tanısı, Amerikan Anesteziyologlar Derneği'nin (American Society of Anesthesiologists) belirlemiş olduklarını ve hastanın anestez alma durumundaki risk halini belirten fiziksel durum sınıflamasına (ASA) göre sınıflı, doktoru, tedaviye başlama tarihi gibi bilgilerin incelemesi (4 madde) bölümü, hastanın hastanede kaldıği süre içinde kullandığı hizmetlerin (anestezî malzemeleri ve ilaçlar, konsultasyonlar, testler, yapılan uygulamalar) incelemesi (5 madde) üç bölümden oluşmuştur.

2.5.2. Uyguluk Değerlendirme Protokolü (UDP)


Kaya ve diğerleri (1998) tarafından yapılan araştırmada UDP’nin Türkiye’de görünüm geçerliliği (face validity) ve içerik geçerliliği (content validity) uzman hekimler tarafından değerlendirilmiştir. UDP’yı kullanımda
hemşireler arası güvenilirlik düzeyini belirlemek için araştırmaya sürecince başka iki hastaneden tesadüfi olarak seçilen 335 hasta günü, hemşireler tarafından birbirinden bağımsız olarak incelemiştir. UDP’nin Türkiye’deki convergent geçerliliğini belirlemek için de, tesadüfi olarak seçilen 818 hasta günü uzman hekimler tarafından, UDP’yı kullanmak için, kendi bağımsız klinik yargılara göre değerlendirilmişdir (Kaya ve diğerleri 2002).

**Formun Yatış (Admission) Değerlendirme Bölümü**

Bu bölümde hastaneye yatış gerekli kilablecek durumları ortaya koyan 18 kriter bulunmaktadır. Hastanın tıbbi durumu, bu kriterlerden bir tanesini bile karşılayıp ise hastaneye yatışın uyguna olduğuna karar verilir. Kriterler iki gruba toplanmıştır: klinik hizmetler (7 madde) ve hastanın klinik durumuna (11 madde) ait toplam 18 madde bulunmaktadır.

**Formun Kalış Değerlendirme Bölümü**

Hastaların kalış sürelerinde, hastanede kalmalarını gerektiren bir endikasyon olup olmadığı araştırılan ve 27 kriterden oluşan bölümündür. Hastanın tıbbi durumu, bu kriterlerden bir tanesini bile karşılayıp ise hastanın hastanede kaldıği gün “uygun” olarak değerlendirilir.

Kriterler üç gruba toplanmıştır: tıbbi hizmetler (11 madde), hemşirelik/yasam desteği hizmetleri (7 madde) ve hastanın durumuyla ilgili faktörlere ait (9 madde) toplam 27 kriter bulunmaktadır. İlk iki grup, genellikle sadece akut düzeyde bakımın verildiği hastanelerde sunulan hizmetleri içermektedir. Üçüncü grup, belirli bir günde hiç tıbbi ya da hemşirelik/yasam destekleyici hizmet verilmese bile, hastanın durumunun akut hastane hizmetlerinin hemen hazır bulunması gerektirecek kadar değişken olduğunu gösteren faktörleri içerir (Kaya ve diğ. 2002).

**2.5.3. Uygun Olmayan Bakım Günleri İçin Nedenler Listesi**

Uygun Olmayan Bakım Günleri İçin Nedenler Listesi uygun olmadığı düşünülen günün nedenini bulmak için Restuccia ve Holloway tarafından geliştirilen “Uygun Kullanının Engelleri’nin kısaltılmış bir şeklidir. Bu engeller, uygun olmayan gün den hekimin mi, hastanenin mi, hastanın mi,
yoksa çevresel faktörlerin mi sorumlu olduğunu göre gruplanmıştır (Kaya ve diğer, 2002).

Formun birinci bölümünde hastanın hastaneye yatırılmasına neden olan tedavi ya da işlemin gerçekleştirilmesinde gecikmenin olduğu durumlar için nedenler (7 madde), ikinci bölümde ise hastanın hastaneye yatırılmasındaki tıbbi amacın gerçekleştirilirdiği ya da hastanın akut bakımının daha az verildiği bir yerde bakım alabileceği durumlar için nedenler (15 madde) bulunmaktadır. İkinci bölümün nedenleri hastane ya da doktor nedeniyle (6 madde), hasta ya da aile nedeniyle (5 madde) ve çevresel nedenler (4 madde) olmak üzere üç grup altında toplanmıştır.

Nedenler listesinde her bölüm için “diğer” seçeneği bulunmaktadır. Böylece o gün hastanede yatmayı gerektiren fakat kriterler arasında yer almayan bir hizmet ya da faktör olduğunda, araştırmacının bu faktörü belirtmesine izin verilmiştir.

2.5.4. Hasta Dosyası

Hastanın kullanılmış olduğu konsültasyon, EKG, radyolojik tetkik, kan tahlili, anestezi malzemesi bilgileri hastanın dosyasından yararlanılarak elde edilmiş ve veri toplama formuna kaydedilmişdir.

2.5.5. Klinik Tedavi Defteri

Klinik tedavi defteri klinik hemşireleri tarafından yapılan tüm tedavişerin kaydedildiği defterdir. Defterde o tarihte hangi hastanın hangi tedaviyi aldığı dozuya birlikte belirtilmektedir. Doktorun order kağıdına göre hemşire her gün için yapılacak tedavişer kaydederek yapılan dozları işaretlemekte ve defaviyle ilgili verileri belirtmektedir.

Bu defterde hemşirelerin tüm hastalara uyguladıkları tedavişer ve dozları düzenli bir şekilde kayıt edildiği için tedavişerle ilgili veriler buradan alınmıştır.

2.5.6. S.Ü.Meram Tip Fakültesi Hizmet Listesi

Hastanın hangi hizmetleri aldığının bilgisayarlı sistemde hesapına kaydedilmestyle oluşan S.Ü. Meram Tip Fakültesi Hizmet Listesi’nden
hastanın kullanmış olduğu konsultasyon, EKG, radyolojik tetkik, kan tahliili, anestezi malzemesi bilgileri alınmış ve hasta dosyası ile karşılaştırılmıştır.

2.6. Verilerin Toplanması


Hasta kliniği kabul edildiğinde:
Tanılarla göre ayrılmış ve ek hastalığı olanlar araştırma kapsamından çıkartılmıştır. Daha sonra veri toplama formu doldurulmuş ve sosyodemografik bilgiler alınmıştır.

Yatış uygunluğu UDP’ın yatış değerlendirme bölümünde bulunan 18 kriterle değerlendirilmiştir. Yatış uygunluğu olan hastalarda hangi kritere göre uygunluğun olduğu işaretlenmiştir.

Hastanın klinikte yatış süresi içerisinde;
Hastanın kullanmış olduğu konsultasyon, EKG, radyolojik tetkik, kan tahliili, anestezi malzemesi bilgileri hastanın dosyasından yararlanılarak elde edilmiş ve veri toplama formuna kaydedilmiştir. Bu veriler hastanın kullanmış olduğu hizmetlerin belirlenmesi için toplanmıştır. Ayrıca klinik tedavi defterinden de hastaya yapılan tedavi bilgisi alınmıştır.

Hastanın çalış uygunluğunu belirlemek için UDP’nin çalış değerlendirmesi bölümünde bulunan 27 kriter kullanılmıştır. Çalış uygunluğu olan hastalarda hangi kritere göre uygunluğun olduğu işaretlenmiştir.

Hasta taburcu olduğu gün;


Hastanın aldığı tüm hizmetler S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hizmet Listesi ile tekrar kontrol edilmiş ve alınan hizmetle kaydelen arasında fark olup olmadığını bakılmıştır.

2.7. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi araştırmanın kendisi tarafından bilgisayarda SPSS (Statistic for social sciences) for Windows 11.0 istatistik programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı ve istatistiksel karşılaştırma yöntemleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Elde edilen veriler, sayı, yüzde, ortalama, ± standart sapma, Ki-Kare (χ²) ve gerekşiz kalkı etkileyen faktörleri belirlemek için çoklu regresyon testi ile değerlendirme yapılmıştır.

III. BULGULAR

Hasta dosyası ve klinik tedavi defterindeki hastanın kullandığı olduğu ilaç, malzeme ve hizmet bilgileri, S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hizmet Listesi’ndeki bilgilerle karşılaştırılmış olup, aralarında fark olmadığı görülmüştür.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tanı</th>
<th>Sayı</th>
<th>Ort.±</th>
<th>Min</th>
<th>Max</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Guatr</td>
<td>17</td>
<td>6.41± 4.23</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Herni</td>
<td>39</td>
<td>8.44± 5.93</td>
<td>1</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolelitiyazis</td>
<td>44</td>
<td>5.68± 4.38</td>
<td>1</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>100</td>
<td>6.88± 5.14</td>
<td>1</td>
<td>24</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 3.1’de hastaların tanılarına göre ortalama yatış sürelerinin dağılımına bakıldığında kolelitiyazis tanısı almış hastaların ortalama 5.68± 4.38, herni
tanısını almış hastaların 8.44± 5.93, guat tanısı almış hastaların 6.41± 4.23 gün yaşıt sürelerinin olduğu görülmektedir.

**Tablo 3.2. Hastaların UDP Yatış Kriterlerine Göre Yaşıt Uygunluğunun Dağılımı**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uygunluk</th>
<th>Yatış uygunluğu</th>
<th>Sayı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Uygun</td>
<td></td>
<td>47</td>
<td>47.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Uygun değil</td>
<td></td>
<td>53</td>
<td>53.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 3.2.’de hastaların UDP yaşıt kriterlerine göre uygunluğunun dağılımı incelendiğinde % 47’sinin kriterlere uydugu, % 53’ünün ise kriterlere uymadığı görülmektedir.

Yaşıt uygunluğununda hastaların % 47’sinde UDP’nin klinik hizmet kriterlerinden “intravenöz ilaç/mayı gerektirmi”, “24 saat içerisinde hastane olanaklarıyla ve genel ya da lokal anestezi altında yapılması planlanan cerrahi ya da özel işlemlerin olması”, hastanın klinik durumu kriterlerinden “Kan basınç; sistolik < 90 ya da >200 mmHg veya diastolik < 60 ya da >120 mmHg” gibi kriterlere bağlı olarak uygunluğun olduğu görülmektedir. Yaşıt uygundüğüunda hastaların % 53’ünün durumu UDP’nin yaşıt kriterlerinden herhangi birisine uymadığı için uygunsuz yaşıt olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3.3’de hastaların UDP kalış kriterlerine göre kalış uygunluğunun dağılımı incelendiğinde % 19’unun kriterlere uydugu, % 81’inin kriterlere uymadığı görülmektedir.! Bu duru Hastaların hastane yaşamı günülerin hepsi incelenmiştir.

**Tablo 3.3. Hastaların UDP Kalış Kriterlerine Göre Kalış Uygunluğunun Dağılımı**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uygunluk</th>
<th>Kalış uygunluğu</th>
<th>Sayı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Uygun</td>
<td></td>
<td>19</td>
<td>19.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Uygun değil</td>
<td></td>
<td>81</td>
<td>81.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Kalısh uygunluğunda hastaların tüm kalış süresi günlerinde % 19’unda UDP'nin tibbi hizmetler kriterlerinden “Hastaya cerrahi müdahale yapıldı mı?”, hemşirelik ve yaşam desteği hizmetlerinden “Parenteral tedavi; aralıklı veya devamlı damar içi herhangi bir destek tedavi uygulaması (icериğinde elektrolitler, protein veya ilaçlar bulunan) yapılmış mı?” ve “Vital bulguların en az 4 saat süreyle en az 30 dakika sıklıkla takibi yapılmış mı?” gibi kriterlere bağlı olarak uygulanıp olduğu görülmektedir. Kalış uygunsuzluğunda hastaların % 81’inin durumu UDP’nin kalış kriterlerinden herhangi birisine uymadığı için ugunsuz kalış olarak değerlendirilmiştir.”

Tablo 3.4. Hastaların Gereksiz Kalış Günlerinin Uygun Olmayan Bakım Günleri İçin Nedenler Listesine Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nedenler</th>
<th>Sayı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>İhtiyaç duyulan tanyyla ilgili işlemlerin ve/veya tedavinin ayaktan yapılabilmesi</td>
<td>65</td>
<td>65.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Hastaneye vaktinden önce yatırma</td>
<td>56</td>
<td>56.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Doktor tarafından hastanın tibbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olması</td>
<td>29</td>
<td>29.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Hastanede hafta sonunda da tatillere yapılaman işlemler nedeniyle geçikme</td>
<td>16</td>
<td>16.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 3.4.’de çalışma kapsamına alınan hastaların gereksiz kalış günlerinin nedenleri “Uygun olmayan bakım günleri için nedenler listesi” ile incelendiğinde % 65 ile ihtiyaç duyulan tanyyla ilgili işlemlerin ve/veya tedavinin ayaktan yapılabilmesi nedenlerinin içinde ilk sıra olduğu, % 56 ile hastaneye vaktinden önce yatırmanın, % 29’la da doktor tarafından hastanın tibbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olması nedeniyle hastanede kalma, % 16 ile hastanede hafta sonunda da tatillere yapılaman işlemler nedeniyle geçikmenin geldiği görülmektedir.

Tablo 3.5. Gereksiz Kalış Günü İle Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Regresyon Sonuçları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Değişkenler</th>
<th>Regresyon kat sayısı (b)</th>
<th>St. Hata</th>
<th>t</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a (sabit)</td>
<td>1.134</td>
<td>0.394</td>
<td>2.874</td>
<td>0.005</td>
</tr>
<tr>
<td>Yaş</td>
<td>-0.306</td>
<td>0.121</td>
<td>-2.535</td>
<td>0.013</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinsiyet</td>
<td>-0.130</td>
<td>0.168</td>
<td>-0.773</td>
<td>0.442</td>
</tr>
<tr>
<td>Sosyal güvenlik</td>
<td>0.129</td>
<td>0.083</td>
<td>1.560</td>
<td>0.122</td>
</tr>
<tr>
<td>ASA kriteri</td>
<td>0.557</td>
<td>0.135</td>
<td>4.132</td>
<td>0.000</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tablo 3.6. Gereksiz Kalış Gününü Etkileyen Bağsızlık Değişkenlerin İncelemesi

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anlamlı olan tüm değişkenler</th>
<th>R</th>
<th>R²</th>
<th>F</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>0.406</td>
<td>0.165</td>
<td>4.686</td>
<td>0.002</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 3.5.'de gereksiz kalış günü ile bağımsız değişkenlerin çoklu regresyon sonuçları incelendiğinde gereksiz kalış gününü etkileyen bağımsız değişkenlerin yaş (P= 0.013) ve ASA fiziksel durum sınıflaması (P= 0.000) olduğu görülmektedir (P<0.05). Cinsiyet (P= 0.442) ve sosyal güvencenin (P= 0.122) ise gerekli kalış gününü etkilemediği görülmektedir (P>0.05).

Hastaların tanıtıcı özellikleriyle uygun olmayan kalış günleri incelendiğinde yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşananlar yer gibi özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak ASA fiziksel durum sınıflaması ve hastaların yattıkları yatağına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.

Tablo 3.7. ASA Fiziksel Durum Sınıflamasına Göre Kalış Günlerinin Uygunliğinin Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>ASA</th>
<th>Kalış Uygunluğu</th>
<th>Uygun Sayı</th>
<th>%</th>
<th>Uygun değil Sayı</th>
<th>%</th>
<th>Toplam (n=100) Sayı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ASA I</td>
<td>12</td>
<td>24</td>
<td>29.6</td>
<td>36</td>
<td>100.0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASA II</td>
<td>6</td>
<td>44</td>
<td>54.3</td>
<td>50</td>
<td>100.0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASA III</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
<td>16.1</td>
<td>14</td>
<td>100.0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>19</td>
<td>81</td>
<td>100.0</td>
<td>100</td>
<td>100.0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 3.7'de ASA fiziksel durum sınıflamasına göre kalış günlerinin uygunluğunun dağılımı incelendiğinde ASA I riskine sahip olanların % 29.6’sının, ASA II riskine sahip hastaların % 54.3’unun, ASA III riskine sahip hastaların ise % 16.1’inin kalış günlerinin uygun olmadığını görülmektedir. Yapılan χ² analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (χ²= 7.677, SD= 2, P= 0.022<0.05).
Tablo 3.8. Hastaların Yattıkları Güne Göre Kalış Günlerinin Uygulanışın Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kalınan gün</th>
<th>Uygun Sayı</th>
<th>%</th>
<th>Uygun değil Sayı</th>
<th>%</th>
<th>Toplam (n=100) Sayı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4 gün ve altı</td>
<td>35</td>
<td>94.6</td>
<td>9</td>
<td>14.3</td>
<td>44</td>
<td>44.0</td>
</tr>
<tr>
<td>5 gün ve üstü</td>
<td>2</td>
<td>5.4</td>
<td>54</td>
<td>85.7</td>
<td>56</td>
<td>56.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>37</td>
<td>100.0</td>
<td>63</td>
<td>100.0</td>
<td>100</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 3.8′de hastaların yattıkları güne göre kalış günlerinin uygulanışıın dağılımı incelendiğinde 4 gün ve altında yatış günü olan hastaların %14,3′üne, 5 gün ve üstünde yatış günü olan hastaların %85,7′inin kalış günlerinin uygun olmadığını görülmektedir. Yapılan $\chi^2$ analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($\chi^2= 61,014$, $SD= 1$, $P= 0,000<0.05$).

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. Hastaların Tanılarına Göre Ortalama Yatış Süreleri

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanılarına göre ortalama yatış sürelerine bakıldığında koleritüyazis tanıısı almış hastaların ortalama 5,68± 4,38, herni tanısı almış hastaların 8,44± 5,93, guatr tanısı almış hastaların 6,41± 4,23 gün yatış sürelerinin olduğu görülmüştür (Tablo 3.1)

Mozes ve diğerleri (1987) çalışmalarında kullanım incelemesi ile yatış süresinin 6.3 günden 4.6 güne düştüğünü belirtmişlerdir.

Günübirlik cerrahinin gelişmesiyle birlikte ve nazokomiyal enfeksiyonların önlemesi caboşi içinde klinigin genel taburcuq rutinlerine göre guatr ve koleritüyazis hastaları ortalama 2-3 gün, herni hastaları da herni çeşidine göre 3-4 gün hastanede yatıkmaktadır. Amerikan Tiroid Birliği′ne göre de guatr hastalarının ortalama yatış süresi 1 gündür. Bu durumda araştırma kapsamına alınan hastaların tanılarına göre ortalama yatış sürelerinin ortalama rakamlara göre oldukça fazla olduğu anlaşılmaktadır.
4.2. Hastaların Yaşı Uygunluğunun İncelenmesi

Hastaların UDP yaşı kriterlerine göre uygunluğunun dağılımı incelendiğinde % 47’sinin kriterlere uydugu, % 53’unun ise kriterlere uymadığı görülmüştür (Tablo 3.2).

Mozes ve diğerleri (1987)’nin “ Kontrollü müdahale sayesinde gerekli hastanede kalışında azalma” isimli çalışmasında coğrafik farklılıkların uygun olmayan hastane yatışlarının oranına etkisini incelendiğinde 1132 hasta kaydında % 23 oranında yaşı uygunuzuluğu bulunmuş ve bunun da % 17’sinin acil cerrahi kullanılarak azaltılabileceğini belirtmiştir.

Rishpon ve diğerleri (1989)’un “İsrail’de iki genel hastanedeği gerekli hastane yaşı günleri” isimli çalışmasında genel dahiliye, cerrahi ve jinekoloji bölümlerinde aynı ekip tarafından saptanan uygun olmayan yatışların olduğunu belirtmişlerdir.


Ramos Cuadra ve diğerleri (1995)’nin “Hastanın kalış uygunluğunun tanımlanmasında tibbi kayıtların tam olmasının etkisi” isimli çalışmasında 345
hastanın yatıştı UDP'ye göre incelenmiş ve yatışların uygunluk oranını % 36.2 olarak belirtilmiştir.

Bentes ve diğerleri (1995)'nin “Portekiz'de uygulanan bir kullanım incelemesi programının oluşturulması ve gelişimi” isimli çalışmasında Portekiz'de Jinekoloji servisinde ortalama her 4 yatıstan 1'inin uygun olmadığı belirtilmiştir.

4.3. Hastaların Kağıt Uygulunun Incelemesi

Hastaların UDP kağıt kriterlerine göre uygulanın dağılım incelediğinde % 19'unun kriteriyle uyduğu, % 81'inin kriterlere uymadığı görülmüştür (Tablo 3.3).

Bentes ve diğerleri (1995)'nin çalışmasında ortalama her 2 kağıt gününden 1'inin uygun olmadığı belirtilmiştir.

Cardiff ve diğerleri (1995)'nin “Hastane tabanlı bir kullanım yönetimi programının değerlendirilmesi” isimli çalışmasında yatış oranlarında kullanım incelemesi programlaryla belirgin bir azalma olmadığını ancak bazı hastanelerde gereksiz kağıt süresinin önemli şekilde azaldığını belirlemişlerdir. Yine deney ve kontrol gruplu yapılan bir çalışmada UDP ile deney grubunda gereksiz kağıt günlerinin % 32.6 dan % 14.8'e düştüğü, kontrol grubunda ise % 25.7'den % 19.3'e düştüğü belirlenmiştir.

Lorenzo ve diğerleri (1999)'nin “Avrupa'daki kullanım incelemesine ait tecrübe sonucu ortaya çıkan bir BIOMED projesi” isimli çalışmasında İspanya'da yatışların uygun olmama oranının % 2.1 ile % 44.8 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Uygun olmayan kağıt süresinin de % 15 ile % 43.9 arasında olduğu belirlenmiştir.

Houghton ve diğerleri (1996)'nin “Doğu Londra'daki eğitim hastanelerinin tıbbi bölümlerindeki kayıt ve son 24 saatlikte hastane bakımının uygunluğu” isimli çalışmasında Doğu Londra hastanesinin erişkin dahiliye servisinde yatın hastaların % 31'inin yatışı ve son kağıt günlerinin % 66'sının uygun olmadığı belirlenmiştir.
Merom ve diğerleri (1998)'nin İsrail’dede yaptığı çalışmada 1003 hasta kalsış günü incelemiş ve 182’si (%18.1) uygun olmadığı belirlenmiştir. Uygun olmayan günlerde hastaların % 62.6’sı hastanede yatmaya devam etmesi gerektiğini çünkü bu hastaların % 72’sinin konsültasyon ve tahlil sonuçlarının beklediği belirlenmiştir.İncelenen toplam günlerin % 6.7’sinde kalsış süresinin devamının gerekli olmadığını belirtilmiştir.


Kaya ve diğerleri (2002)’nin “Uygunluk değerlendirme protokolü ile iki hastanedeki hasta günlerinin uygunluğunun değerlendirilmesi” isimli araştırmasında devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde hasta günlerinin uygunluğu karşılaştırılmış ve devlet hastanesinde % 33.9, üniversite hastanesinde ise % 24.6 uygun olmayan hasta günü tespit edilmiştir. Üniversite hastanesinde incelemenin her dört hasta gününden birinin, Devlet hastanesinde ise her üç hasta gününden birinin UDP kriterlerine göre uygun olmadığı belirtilmiştir.


Herng-Chia ve diğerleri (2003)’nin “Günay Tayvan’da uzun süreli yatan hastalar için uygun olmayan hastane kullanımı” isimli çalışmasında 536 uzun süreli yatış incelemiş ve bunlardan 196’sının (%36.6) uygun olmayan kalsış olduğu bulunmuştur.

Paulos ve diğerleri (2007)’nin “Akut bakım ve rehabilitasyonun kesişim noktasının yönetimini kullanın incelemesi destekleyebilir mi?” isimli çalışmasında, Avustralya akut bakım hastanesinde uygun olmayan kalsışların orananın % 88 olduğunu belirtmişlerdir.
4.4. Hastaların Gereksiz Kalış Günlerinin Nedenlerinin İncelenmesi

Hastaların gereksiz kalış günlerinin nedenleri incelemeliğinde % 65 ile ihtiyaç duyulan tanıla ilgili işlemlerin ve/veya tedavinin ayaktan yapılabilmesi nedenleri içinde ilk sıraya olduğu, % 56 ise hastaneve vaktinden önce yatırmanın, % 16 ile hastanede hafta sonunda ya da tatillerde yapılmayan işlemler nedeniyle gecikmenin, % 29’la da doktor tarafından hastanın tıbbi yönetimini fazla koruyucu/ıhtiyaçlı olması nedeniyle hastanede kalmanın geldiği görülmüştür (Tablo 3.4.).


Mozes ve diğerleri (1991)’nin çalışmasında ise gereksiz kalış sebebi olarak tansal işlemler, acil olmayan tedavilerin acil şekilde yapılması, acil serviste yapılması gereken işlemlerin hastane içinde yapılması olarak belirtilmiştir.

Bentes ve diğerleri (1995)’nin Portekiz de Jinekoloji servisinde yaptığı araştırmada uygun olmayan günlerin % 75’inde etken olarak hastaya ait nedenler olduğu belirlenmiştir.

laboratuar sonuçlarının geç çıkması, acil servislerin uygunsuzluğu ve uzun süreli bakım binalarına transferdeki zorluklar olarak belirlemiştir.


Coast ve diğerleri (1995)’nin İngiltere’de “İngiltere’deki hastane kayıtlarına ait bir çalışma: acil hastane yatıslarına alternatifler var mı?” isimli çalışmasında ayaktan tedavi olabileceğken acil bakım veren hastanede tedavi olanların yüzde 19.7 olarak belirtilmiştir. Pratibyhe hekimlerin eğitimi sonucu bu oran % 9.8 ve % 15 arasında azalmaya neden olmuştur.

Angelillo ve diğerleri (2000)’nin çalışmasında hastanın hastane dışında tedavi edilebilecek olması, uygulamayın bakım süresi, hastanın tedavisinde hekimin aşırı ihtiyacı davranışısı uygulamayın kalı şın sebepleri olarak bulunmuştur.


Kaya ve diğerleri (2002)’nin iki hastanede yapmış oldukları çalışmalarda üniversite hastanesinde hasta günü uygulamayın hastaların %24’unun (53 hasta) tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerektiktedir. Bu hastaların 34’ü daha ileri değerlendirmeyi/tedaviyi yön lendirmek için gerekten tansiyon testler, işlemler ya da konstültasyonların sonuçlarının henüz alınmaması olması, 16’sı hastaneye vaktinden önce yatırma, 2’si tanı ya da tedavi ile ilgili bir işlem için programlanmış programdan çıkarılma, 1’i de tanıyla ilgili işlemler programlamada hastanede problem olması nedeniyle, hastaneye yatırılmalarına neden olan tedavi ya da işlemin gerçekleştirilmesini beklemekte olduğunu belirtmektedir. Hasta günü uygulamayın hastaların %76’sının (168 hasta) ise tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerekmemektedir. Bu hastaların % 73.2’sinin (123 hasta) tanıla ilgili
işlemlerin ve/veya tedavilerin ayaktan yapılabileceği, % 25’inin (42 hasta) hekim tarafından tibbi yönetiminin fazla koruyucu olduğunu belirtmişlerdir.

4.5. Hastaların Gereksiz Kalış Günlerini Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İncelenmesi

Yapılan çoklu regresyon analizinde gereksiz kalış gününü etkileyen bağımsız değişkenlerin ASA risk grubu ve hastanın hastanede kaldığı gün sayısı olduğu saptandı (P<0.05) (Tablo 3.7., Tablo 3.8.) Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşantılar yer gibi özelliklerin ise gereksiz yatış gününü etkilemediği belirlendi (P>0.05).

Mozes ve diğerleri (1991)’nin çalışmasında ise uygun olmayan kalış süresini etkileyen faktörlerin yaş, etnik grup, yatılan bölüm, ve tanısal kategori olduğu belirtilmiştir.


Angelillo ve diğerleri (2000)’nin çalışmasında hastaneden uzaklığın fazla olması, dahili bir bölüme yatış, elektif yatış ve hafta sonu yatış uygun olmayan kalışı etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir.

V. SONUÇ

Bu çalışmanın sonuçları 15.03.2004- 15.04.2004 tarihleri arasında Genel Cerrahi kliniğinde gu artır, hermi, kolelitiyazis tanısi almış hastalar, UDP uygulanarak, halı hazırlan kullanım incelemesi ile incelendiğinde uygun olmayan yatışların % 53, uygun olmayan kalışların % 81 olduğunu, uygun olmayan günlerinin nedenlerinin de genellikle ayaktan yapılabilecek işlemlerin hasta yatırılarak yapılaması, hastaneye doktor tarafından vaktinden önce yatırma, taburculu işleyenin hafta sonu ya da tatilere denk gelmesi ve doktorun hastanın tibbi yönetiminde fazla koruyucu/ıhtiyacı olması nedenleriyle olduğunu göstermektedir.
Gereksiz yaşta gününün bağımsız değişkenlerden ASA fiziksel durum sınıflaması ve hastanın hastanede kaldığı gün sayısının etkilediği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar tüm hastane ve klinik işlemlerini temsil etmemektedir.

VI. ÖNERİLER

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği’nde yapılan bu çalışma sonucunda;

✓ Hastanelerde kullanım incelemesi konusunda çalışma gruplarının oluşturulması,

✓ Sağlık personeleine (hemsire, hekim ve diğer personel) kullanım incelemesi ile ilgili bilgi verilmesi,

✓ Kullanım incelemesinde kullanılan Uygunluk Değerlendirme Protokolü’nün hastane genelinde kullanılmasını sağlanması,

✓ Uygunluk Değerlendirme Protokolü’nün kullanımın belirli aralarla sonuçlarının incelemesi,

✓ Kullanım incelemesi sonuçlarına göre kullanım yönetimi ile ilgili stratejilerin oluşturulması,

✓ Daha geniş tabanlı kullanım incelemelerinin yapılması önerilmektedir.
KAYNAKLAR


Hospital and Community Psychiatry 41(10): 1099-102.


