

# Selçuk Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğinde Tıbbi Hizmetlerin Kullanım Uygunluğunun Değerlendirilmesi\*

Manar ASLAN\*\*  
Meryem YAVUZ\*\*\*

## ÖZET

*Araştırma, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde mevcut tıbbi hizmetlerin kullanım uygunluğunu hali hazır kullanım incelemesi yöntemiyle incelemek amacıyla yapılmıştır.*

*Araştırmanın evrenini, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 15.03.2004– 15.04.2004 tarihleri arasında yatan 308 hasta oluşturmuştur. Buna göre sınırlamalara uygun, 44 kolelitiazis, 39 herni (28 inguinal, 8 umbilikal, 3 insizyonel) ve 17 guatr tanısı almış toplam 100 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminde “Olasılıksız Örnekleme Yöntemi” kullanılmıştır.*

*Araştırmada veriler araştırmacı tarafından oluşturulan 17 maddelik Veri Toplama Formu, toplam 45 maddelik Uygunluk Değerlendirme Protokolü (UDP), toplam 22 maddelik Uygun Olmayan Bakım Günleri İçin Nedenler Listesi, Meram Tıp Fakültesi Hizmet Listesi, hasta dosyası ve klinik tedavi defteri kullanılarak toplanmıştır. Hasta kliniğe kabul edildiğinde önce sosyo demografik bilgileri alınmış ve yatış uygunluğu değerlendirilmiştir. Klinikte geçirilen süre içerisinde de hastanın kullanmış olduğu ilaç ve hizmetler kayıt altına alınmış ve kalış uygunluğu değerlendirilmiştir. Taburculuk sırasında da hastanın almış olduğu tüm hizmetlerin yazılı olduğu Meram Tıp Fakültesi Hizmet Listesi kullanılarak değerlendirme yapılmıştır.*

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

\* Bu makale 12.04.2011 tarihinde dergiye gönderilmiş, 09.09.2011 tarihinde yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.

\*\* Öğr. Gör., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi ABD

\*\*\* Doç. Dr., Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksek Okulu, Cerrahi Hemşireliği ABD

*Araştırmada 15.03.2004- 15.04.2004 tarihleri arasında Genel Cerrahi kliniğinde guatr, herni, kolelitiazis tanısı almış hastalar, UDP uygulanarak, hali hazır kullanım incelemesi ile incelendiğinde uygun olmayan yatışların % 53, uygun olmayan kalışların % 81 olduğunu, uygun olmayan günlerinin nedenlerinin de genellikle ayaktan yapılabilecek işlemlerin hasta yatırılarak yapılması, hastaneye doktor tarafından vaktinden önce yatırma, taburculuk işlemlerinin hafta sonu ya da tatillere denk gelmesi ve doktor tarafından hastanın tıbbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olması nedeniyle olduğunu göstermektedir.*

*Ortalama yatış süreleri, guatr hastalarının  $6.41 \pm 4.23$ , herni hastalarının  $8.44 \pm 5.93$ , kolelitiazis hastalarının  $5.68 \pm 4.38$  olduğu belirlenmiştir. Uygun olmayan kalış günlerinin, guatr hastalarında  $3.76 \pm 3.29$ , herni hastalarında  $5.28 \pm 4.80$ , kolelitiazis hastalarında  $3.41 \pm 4.05$  olduğu belirlenmiştir.*

*Gereksiz yatış gününü hastanın hastanede kalış günü ve Amerikan Anestezistler Birliği (ASA) fiziksel durum sınıflamasının etkilediği, sosyo demografik özelliklerin ise etkilemediği belirlenmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Kullanım Uygunluğu, Kullanım İncelemesi, Kullanım Yönetimi

## 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, colelitiazis and goiter were taken as sample group. A total of hundred patients were taken as sample and 44 of them were colelitiazis, 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 ( $\chi^2$ ), 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  $6.41 \pm 4.23$ , hernia patients  $8.44 \pm 5.93$ , coelctiazis patients  $5.68 \pm 4.38$ , the inappropriate stay days for goiter patients were decided  $3.76 \pm 3.29$ ,  $5.28 \pm 4.80$  for hernia's and  $3.41 \pm 4.05$  for coelctiazis.

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

**Key Words:** Appropriate Utilization, Utilization Review, Utilization Management

## I. GİRİŞ

Sağlıkta kaynak kullanımı; elde bulunan kaynakların bakım ya da hizmet üretmek için harcanmasıdır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık kaynaklarının uygun kullanımı, üzerinde önemle durulan konulardan biridir. Sağlık sektöründe toplam kalite ile ilgili çalışmaların başlaması ve yayılması, kaynak kullanımı incelemelerini ön plana çıkarmıştır. Bütün hizmetlerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de kaynak kullanımı ile ilgili çalışmaların ortak noktası kaynakların sınırlı olmasıdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların (kamu-özel sağlık kaynakları) topluma maksimum yarar sağlayacak şekilde planlanarak kullanılması önem taşımaktadır (Top 1999).

Sağlık harcamalarını azaltmada başvuru yöntemlerinden biri kullanım yönetimidir. Kullanım yönetimi sağlık hizmetlerinin verimli ve etkili bir biçimde sunulması için gerçekleştirilen faaliyetler bütünüdür. Kullanım yönetimi kalite denetimi, maliyet denetimi, yönetsel denetim gibi üç faktörün bileşiminden oluşmuştur.

Kullanım yönetimi, hizmet sunulmadan önce her bir vakanın uygunluğunun değerlendirilmesi yoluyla, hasta bakımıyla ilgili kararların alınması işlemidir (Tischler 1990, Kalant et al. 2000).

Kullanım yönetimi, bakımın uygunluğuna değer biçerek, en ucuz ve en etkili kararı vermek için kullanılan bir mekanizmadır. Öncelikle maliyetleri azaltma üzerine yoğunlaşan kullanım yönetimi, bakımın kalitesini de önemsemektedir (Tischler 1990).

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

Kullanım yönetimi; uygunluğu, tıbbi gerekliliği, bakımın yerini ve süresini belirlemede başvurulmuş kalite sağlayıcı faaliyetleri içerir. Bununla ilgili bilgiler genellikle hasta raporlarından veya hastaya müdahalede bulunan doktor veya hemşireden, aşağıdaki sorulara cevap verilmesi ile elde edilir (Restuccia 1995):

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

2- Hastalığı tedavi etmek için hastanın acil bakıma 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 gerekiyor?

Kullanım incelemesi değerlendirmesinde sıklıkla 1970'lerin sonları ile 1980'lerin başlarında Boston Üniversitesi'nde geliştirilen Uygunluk Değerlendirme Protokolü (UDP) kullanılmaktadır. UDP'de hastaneye yatışın (admission) ve kalış günlerinin (patient day/day of stay) uygunluğunu değerlendirmek üzere iki grup kriter bulunmaktadır. Bunlardan yatış kriterleri, hastalığın şiddeti ve hizmetin yoğunluğuna ilişkin iki alt gruba ayrılır. Hasta

günlerine ilişkin kriterler ise üç gruptur ve tıbbi hizmetler, hemşirelik/yaşam destekleyici hizmetler ve hastanın durumuyla 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 diğ. 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 yardımıyla, hastaya ait tıbbi kayıtların incelenmesi işlemidir (Payne 1987, Kavuncubaşı 2000). Kullanım incelemesi, verilen veya verilmesi planlanan hizmetlerin gerekliliğinin, uygunluğunun ve miktarının değerlendirilmesidir. Kullanım incelemesi hastane maliyetlerini inceler ve gereksiz giderlerin önlenmesine yardımcı olur (Kavuncubaşı 2000). Kullanım incelemesi hastaneye yatışlarda, gereksizliği azaltmak için kullanılan bir araçtır. Kullanım incelemesi, bir hastanın hastanede geçirdiği süre ve hastanın tedavisi için gereken kaynakların yalnızca doktor tarafından değil, tarafsız olabilecek bir üçüncü şahıs 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 karşılamış mıdır?
- 2- Bakım ne zaman verilmiştir? Hasta operasyona uygun bir sürede yatırılmış mıdır veya operasyondan önce gereksiz yattığı gün var mıdır?
- 3- Süresi ve sıklığı açısından ne kadar bakım verilmiştir? Hastanede yatış süresi uygun mudur? Laboratuvar testlerini sayısı uygun mudur?
- 4- Bakım nerede verilmiştir? Hastanın hastane 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 ilişkiyi değerlendirir 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 güvencesi sağlayan özel ve resmi kurumlar ve ayrıca verimliliklerini arttırmak isteyen hastaneler için önemli veri kaynaklarıdır (Ermann 1988).

Kullanım yönetiminin incelenmesinde üç yöntemden yararlanılmaktadır. Yatış öncesi inceleme (prospective review), hali hazır inceleme (concurrent review) ve taburcu olduktan sonraki incelemedir (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 koşullarına uyup uymadığının önceden değerlendirilmesidir. Yatış öncesi inceleme programlarının odak noktası, bakımın sunulduğu yer, bakımın zamanlaması ya da süresi veya belirli bir işlemin ya da hizmetin gerekliliğidir (Kaya 2003).

Hastane temelli kullanım yönetimi programlarındaki yatış öncesi inceleme yalnızca gereksiz yatışları azaltmaz aynı zamanda tamamen uygun olmayan yatışları da önlemektedir (Booth et al. 1991). Yatış öncesi inceleme ve halihazır inceleme programları ile 1988'de hastane maliyetlerinin 2.55 milyar dolar azalmasına yardımcı olduğu belirtilmiştir (Scheffler et al. 1991).

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

1996). Hali hazır inceleme programları genellikle yatış süresini tıbbi gereksinim için bir gösterge olarak kullanarak tedaviyi izler ve ödeme için kararlaştırılan son günü belirler.

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

Halihazır kullanım incelemesinde yararlanılan tekniklerden en önemlisi, "Uygunluk Değerlendirme Protokolü" dür. Uygunluk değerlendirme protokolü, hastanın hastaneye yatırılıp 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 uygulanan tedavinin sonucunun ne olduğunu ortaya koymaya ve tıbbi denetimi sağlamaya çalışır. Taburcu olduktan sonraki incelemede özellikle hasta kayıtları kullanılmaktadır (Kavuncubaşı 2000).

Taburcu olduktan sonra yapılan incelemeler örneklem seçimi ve maliyet konularında avantajlıdır, ancak tıbbi kayıtların doğru olması gerekir. Retrospektif veriler daha yüksek oranda uygun olmayan yatış oranını belirlemektedir. Bunun nedeni sınırlı sayıda kriter alınarak çalışmaların yapılmasıdır (Santos- Eggiman et al 1997).

### **Sağlık Hizmetlerinin Uygun Olmayan Kullanımının Nedenleri**

#### **Hekim ya da Hastaneden Kaynaklanan Nedenler**

- Ameliyat tarihinin uygun ayarlanmaması,
- Hastanın hastaneye erken yatırılması,
- Tanı ve tedavi işleminin çeşitli nedenlerle ertelenmesi,
- Tatil günleri dolayısıyla işlem yapılamaması,

- Tanı veya tedavi işlemlerini yönlendirecek test sonuçları veya konsültasyon beklenmesi,
- Hastanenin hasta taburcu işlemlerine ilişkin bir politikasının ve planının bulunmaması,
- Hekimin taburcu emrini zamanında yazamaması,
- Hekimin hastanın tıbbi yönetimi ile ilgili olarak tutucu davranması,
- Hekimin başka bir sağlık kuruluşuna transferi gerekli olan hastanın işlemleri ile ilgili gecikmesi
- Hastanenin hasta ile ilgili yasal sorunlarının olması,
- Tanı ve tedavi planının bulunmaması,
- Tanı veya tedavi işlemlerinin ayaktan yapılabilir olması,
- Diğer nedenler.

#### **Hasta ve Ailesinden Kaynaklanan Nedenler**

- Hastanın ya da ailesinin yapılacak herhangi bir tıbbi işlem ile ilgili olarak karar vermede gecikmesi,
- Hastanın hekim tarafından uygulanan tedavi programına uymaması,
- Hastanın ya da ailesinin hastanın hastanede yatmaya devam etmesi konusunda ısrar etmesi,
- Diğer nedenler.

#### **Çevresel Nedenler**

- Sağlıksız bir çevreden gelen hastanın, bu olumsuzluk düzelene ya da alternatif bir sağlık kuruluşu bulunana kadar hastanede tutulması,

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

#### **Uygun Olmayan Kullanımı Belirlemede Kullanılan Yöntemler**

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

#### **Kapalı Kriterlerin Kullanıldığı Yöntemler**

Kapalı kriterlerin kullanıldığı yöntemlerde, inceleyici hekimdir ve verilen bakımın uygunluğunu belirlemede kendi klinik yargısını kullanır. Uygunluğun bütün yönleri (yer, zamanlama, yoğunluk ve miktar) incelenebilir. Bu yöntemlerin geçerliliği, tamamen inceleyicinin bilgi, beceri ve yargısına dayanır. Bu yöntemler sadece değerlendirmeleri yapan hekimlerin yargıları kadar güvenilir ve geçerlidir. Aynı kayıtları inceleyen iki ya da daha fazla inceleyici arasındaki düşük uyum oranı ve inceleyicinin taraf tutma olasılığı da bu yöntemlerin dezavantajıdır.

#### **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 gruplandırılabilir.

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

yöntemler, açık kriterlere dayanan yöntemlere göre, çok daha kompleks araçlar ve yapısal olarak daha fazla düzenlenmiş inceleme prosedürleri gerektirir. Geliştirilmesi ve güncelleştirilmesinin pahalı olması, uygulanmasının zaman alıcı olması ve tanıdaki hataların yanlış sınıflamaya neden olması, bu yöntemlerin dezavantajlarıdır (Payne 1987 aktaran: Kaya 1998).

- ✓ **Tanıdan bağımsız yöntemler:** Tanıdan bağımsız yöntemlerde bütün hastalar için tek bir kriter listesi bulunur. Son yıllarda kullanımın incelenmesinde Uygunluk Değerlendirme Protokolü-UDP (Appropriateness Evaluation Protocol-AEP) kullanılmaktadır (Restuccia 1995 aktaran: Kaya 1998). UDP yatan hasta bakımının gerekli olup olmadığına karar vermek üzere, hastanın tanı ya da semptomlarına bakılmaksızın uygulanan genel kriterler grubunu içerdiği için, kararların geçerliliği tanının doğruluğuna bağlı değildir. Tanıya özel protokollere göre daha az kriter içerirler, hekim olmayan inceleyciler tarafından uygulanabilirler ve güncelleştirilmeleri daha kolaydır. Bu araçları kullanırken incelenen bilgi, hastanın geçmişi, fiziksel incelemesi, hastalığın süreç notları, hemşire notları, konsültasyon notları ve fizyoterapist, sosyal hizmetler personeli gibi diğer hizmet sunucularının notlarını içeren tıbbi kayıtlardan elde edilir (Payne 1987 aktaran: Kaya 1998).

UDP hastanın yatış ve kalış uygunluğu için düzenlenmiş iki alt gruptan oluşur. Eğer alt gruplardan herhangi birinde yer alan bir yatış kriteri hastanın tıbbi kayıtlarında yer alıyorsa, hastanın hastaneye yatışının uygun olduğu düşünülür. Benzer şekilde, kalış günlerine ilişkin alt gruptaki kriterlerden herhangi biri karşılanıyorsa, hastanın kalışının uygun olduğu kararına varılır. Kriterler yeterince kapsayıcı bulunmadığında inceleycinin bu durumu belirtmesine izin verilir. Bu durumda inceleycinin objektif UDP kriterleri ile varılan uygunluk kararını değiştirmesi ve inceleycinin taraf tutma olasılığını ortaya çıkarabileceğinden kriterlerin etkili olarak kullanılmasını sağlamak için inceleycilerin bu konuda eğitilmesi, denetlenmesi ve izlenmesi gerekir (Restuccia 1995 aktaran: Kaya 1998).

UDP Fransa, Portekiz ve Avrupa'da diğer bir çok ülkede kullanılmaktadır. Fransa'da UDP yerel hizmet sağlayıcıları tarafından, Portekiz'de ise devlet tarafından uygulanmaktadır (Lorenzo et al. 1999).

Ramos-Cuadra ve diğerleri (1995) araştırmalarında tıbbi kayıtların doğru tutulmaması sonucu UDP kriterleri kullanıldığında uygun olmayan hasta günlerini daha fazla olarak saptadıklarını belirtmişlerdir. Santos-Eggiman ve diğerleri (1997)'nin yaptıkları araştırmada önce halihazır inceleme ile kullanım uygunluğunu belirlemişlerdir. Daha sonra aynı araştırmacılar bir yıl sonra retrospektif olarak yeniden inceleme yapmışlardır. Retrospektif inceleme ile uygun olmayan kullanımın daha fazla bulunduğu sonucuna varılmıştır. Hasta hastanede yatarken kullanım incelendiğinde, tıbbi kayıtlara ilave olarak hastanın hekimi, hemşiresi, ailesi veya hastaya sorarak da veri toplanabilir. Retrospektif inceleme ile sadece gelecekteki hastaların gereksiz kullanımı azaltılabilirken, hali hazır inceleme ile yatan hastaların gereksiz kullanımı da azaltılmaktadır (Kaya 1998).

Anderson ve diğerleri (1990)'nın Kanada'da yapmış olduğu bir çalışmada hastanelerin yarısında tek başına retrospektif inceleme diğer yarısında da yatış sırası ve sonrasındaki inceleme yapılmıştır. Retrospektif incelemenin tek başına uygun olmayan kullanımı azaltmada daha az başarılı olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışanların % 67'si kullanım yönetimi programlarını desteklemiş, % 53'ü hastanenin yöneticileriyle tıbbi personel arasında pozitif bir katkı sağladığını belirtmişlerdir.

UDP'nin sadece elektif cerrahi hizmet alan hastalara uygulanan, hastanın bu hizmeti ayakta değil yatarak almasına gerek olup olmadığı 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 tıbbi hizmetlerin kullanım uygunluğunu hali hazır 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 tıbbi hizmetlerin kullanım uygunluğunu hali hazır kullanım incelemesi yöntemiyle incelemek amacıyla, kesitsel olarak yapılmıştır.

## 2.2. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 15.03.2004– 15.04.2004 tarihleri arasında komplike olmayan ve uzun yatışı gerektirmeyen kolelitiazis, herni (inguinal, umblikal, ve insizyonel herni) ve guatr tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Ayrıca belli bir standart içinde karşılaştırma yapmak için bu üç hastalıkta değerlendirme yapmanın uygun olacağı düşünülmüştür. Genel cerrahi kliniğinde 15.03.2004-15.04.2004 tarihleri arasında bu tanıları almış toplam 308 hasta yattığı tespit edilmiştir.

## 2.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi; Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 15.03.2004– 15.04.2004 tarihleri arasında yatan, araştırma sınırlılıklarına uygun, kolelitiazis, herni (inguinal, umblikal ve insizyonel herni) ve guatr tanısı alan 100 hasta araştırma örneklemi oluşturmuştur. Bu süre içinde klinikteki 44 kolelitiazis, 39 herni (28 inguinal, 8 umblikal, 3 insizyonel) ve 17 guatr tanısı almış hasta çalışmanın örnekleme alınmıştır. Araştırmanın örnekleminde “Olasılıksız Örnekleme Yöntemi” kullanılmıştır.

## 2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde;

- ✓ Kolelitiazis, Herni (İnguinal, Umblikal, ve İnsizyonel Herni), Guatr tanısı almış,
- ✓ 18-65 yaş arasında,
- ✓ 15.03.2004 – 15.04.2004 tarihleri arasında klinikte yatan,
- ✓ Cerrahi/ tıbbi tedavi almış, yetişkin hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Herninin üç çeşidinin araştırma kapsamına alınmasının nedeni üç herni tipinin de benzer yatış sürelerine sahip olması ve klinikte sıklıkla karşılaşılmıştır.

Tanısına ek olarak başka hastalık eklenmiş olan hastalar standardizasyonu etkileyerek doğru sonuç alınmasını engelleyeceğinden araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

## **2.5. Veri Toplama Araçları**

Veri toplamada, Veri Toplama Formu, Uygunluk Değerlendirme Protokolü (UDP), Uygun Olmayan Bakım Günleri İçin Nedenler Listesi, hasta dosyası, klinik tedavi defteri 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 maddeden oluşmaktadır. Hasta ile ilgili tanıtıcı bilgilerin incelendiği (8 madde) bölüm, hastanın tanısı, Amerikan Anesteziyologlar Derneği'nin (American Society of Anesthesiologists) belirlemiş oldukları ve hastanın anestezi alma durumundaki risk halini belirten fiziksel durum sınıflamasına (ASA) göre sınıfı, doktoru, tedaviye başlama tarihi gibi bilgilerin incelendiği (4 madde) bölüm, hastanın hastanede kaldığı süre içinde kullandığı hizmetlerin (anestezi malzemeleri ve ilaçları, konsültasyonlar, testler, yapılan uygulamalar) incelendiği (5 madde) üç bölümden oluşmuştur.

### **2.5.2. Uygunluk Değerlendirme Protokolü (UDP)**

Asıl formu İngilizce olan Uygunluk Değerlendirme Protokolü (Appropriateness Evaluation Protocol- AEP) 1970'lerin sonlarında Boston Üniversitesinde, Gertman ve Restuccia tarafından geliştirilmiştir. UDP'nin bütün yönleriyle ilgili olarak 12 yıldan uzun bir süredir Avrupa'da yapılp yayınlanan araştırmalardan sonra, UDP'nin olgunlaşmış bir araç olduğu ve rutin sağlık hizmetleri yönetiminde kullanıma hazır olduğu düşünülmektedir (Kaya ve diğ. 2002).

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'yi kullanmada

hemşireler arası güvenilirlik düzeyini belirlemek için araştırma süresince başka iki hastaneden tesadüfi olarak seçilen 335 hasta günü, hemşireler tarafından birbirinden bağımsız olarak incelenmiştir. UDP'nin Türkiye'deki convergent geçerliliğini belirlemek için de, tesadüfi olarak seçilen 818 hasta günü uzman hekimler tarafından, UDP'yi kullanmaksızın, kendi bağımsız klinik yargılarına göre değerlendirilmiştir (Kaya ve diğerleri 2002).

#### **Formun Yatış (Admission) Değerlendirme Bölümü**

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

#### **Formun Kalış Değerlendirme Bölümü**

Hastaların kalış sürelerinde, hastanede kalmalarını gerektiren bir endikasyon olup olmadığını araştıran ve 27 kriterden oluşan bölümdür. Hastanın tıbbi durumu, bu kriterlerden bir tanesini bile karşılıyor ise hastanın hastanede kaldığı gün "uygun" olarak değerlendirilir.

Kriterler üç grupta toplanmıştır: tıbbi hizmetler (11 madde), hemşirelik/yaşam 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/yaşam destekleyici hizmet verilmese bile, hastanın durumunun akut hastane hizmetlerinin hemen hazır bulunmasını 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 Kullanımın Engelleri"nin kısaltılmış bir şeklidir. Bu engeller, uygun olmayan günden hekimin mi, hastanenin mi, hastanın mı,

yoksa çevresel faktörlerin mi sorumlu olduğuna göre gruplanmıştır (Kaya ve diğ. 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 gerçekleştirildiği 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 kullanmış olduğu konsültasyon, EKG, radyolojik tetkik, kan tahlili, anestezi malzemesi bilgileri hastanın dosyasından yararlanılarak elde edilmiş ve veri toplama formuna kaydedilmiştir.

#### **2.5.5. Klinik Tedavi Defteri**

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

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

#### **2.5.6. S.Ü.Meram Tıp Fakültesi Hizmet Listesi**

Hastanın hangi hizmetleri aldığıın bilgisayarlı sistemde hesabına kaydedilmesiyle oluşan S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hizmet Listesi'nden

hastanın kullanmış olduğu konsültasyon, EKG, radyolojik tetkik, kan tahlili, anestezi malzemesi bilgileri alınmış ve hasta dosyası ile karşılaştırılmıştır.

## **2.6. Verilerin Toplanması**

Veriler; 15.03.2004-15.04.2004 tarihleri arasında Genel Cerrahi Kliniği'nde yatan, 18-65 yaş arası Kolelitiazis, Herni (İnguinal, Umbilikal, ve İnsizyonel Herni), Guatr tanısı almış hastalardan, hasta kliniğe kabul edildiğinde, klinikte yattığı süre içerisinde ve taburcu olduğu günde olmak üzere üç aşamada, araştırmacının kendisi tarafından toplanmıştır.

### **Hasta kliniğe kabul edildiğinde;**

Tanılara göre ayrılmış ve ek hastalığı olanlar araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Daha sonra veri toplama formu doldurulmuş ve sosyodemografik bilgiler alınmıştır.

Yatış uygunluğu UDP'nin yatış değerlendirme bölümünde bulunan 18 kriterle değerlendirilmiştir. Yatış uygunluğu olan hastalarda hangi kriterlere göre uygunluğun olduğu işaretlenmiştir.

### **Hastanın klinikte yattığı süre içerisinde;**

Hastanın kullanmış olduğu konsültasyon, EKG, radyolojik tetkik, kan tahlili, 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 defterlerinden de hastaya yapılan tedavi bilgisi alınmıştır.

Hastanın kalış uygunluğunu belirlemek için UDP'nin kalış değerlendirme bölümünde bulunan 27 kriter kullanılmıştır. Kalış uygunluğu olan hastalarda hangi kriterlere göre uygunluğun olduğu işaretlenmiştir.

Gereksiz kalış günlerinin nedenleri 2 bölümden oluşan Uygun Olmayan Bakım Günleri İçin Nedenler Listesi'ndeki kriterler yoluyla belirlenmiştir. Bir hastanın uygun olmayan kalışı tek bir nedene bağlı olabileceği gibi iki ya da üç nedene de bağlı olabilmektedir.

**Hasta taburcu olduğu gün;**

Hastanın S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hizmet Listesi alınmıştır. Hastaya kullanılan malzemeler ve yapılan intramüsküler ve intravenöz uygulamalar S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hizmet Listesi'nden elde edilmiştir.

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

**2.7. Verilerin Analizi**

Verilerin değerlendirilmesi araştırmacının 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,  $\pm$  standart sapma, Ki- Kare ( $\chi^2$ ) ve gereksiz kalışı etkileyen faktörleri belirlemek için çoklu regresyon testi ile değerlendirme yapılmıştır.

**III. BULGULAR**

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

**Tablo 3.1. Hastaların Tanılarına Göre Ortalama Yatış Sürelerinin Dağılımı**

Tanı	Sayı	Ort $\pm$ ss	Min	Max
Guatr	17	6.41 $\pm$ 4.23	2	17
Herni	39	8.44 $\pm$ 5.93	1	23
Kolelitiyazis	44	5.68 $\pm$ 4.38	1	24
Toplam	100	6.88 $\pm$ 5.14	1	24

Tablo 3.1'de hastaların tanılarına göre ortalama yatış sürelerinin dağılımına bakıldığında kolelitiyazis tanısı almış hastaların ortalama 5.68 $\pm$  4.38, herni

tanısı almış hastaların  $8.44 \pm 5.93$ , guatr tanısı almış hastaların  $6.41 \pm 4.23$  gün yatış sürelerinin olduğu görülmektedir.

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

Uygunluk	Yatış uygunluğu	
	Sayı	%
Uygun	47	47.0
Uygun değil	53	53.0
Toplam	100	100.0

Tablo 3.2.'de hastaların UDP yatış kriterlerine göre uygunluğunun dağılımı incelendiğinde % 47'sinin kriterlere uyduğu, % 53'ünün ise kriterlere uymadığı görülmektedir.

Yatış uygunluğunda hastaların % 47'sinde UDP'nin klinik hizmet kriterlerinden "İntravenöz ilaç/mayı gerekliliği", "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 basıncı; sistolik  $< 90$  ya da  $> 200$  mmHg veya diastolik  $< 60$  ya da  $> 120$  mmHg" gibi kriterlere bağlı olarak uygunluğun olduğu görülmektedir. Yatış uygunsuzluğunda hastaların % 53'ünün durumu UDP'nin yatış kriterlerinden herhangi birisine uymadığı için uygunsuz yatış olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3.3'de hastaların UDP kalış kriterlerine göre kalış uygunluğunun dağılımı incelendiğinde % 19'unun kriterlere uyduğu, % 81'inin kriterlere uymadığı görülmektedir. Burada hastaların hastanede kaldığı günlerin hepsi incelenmiştir.

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

Uygunluk	Kalış uygunluğu	
	Sayı	%
Uygun	19	19.0
Uygun değil	81	81.0
Toplam	100	100.0

Kalış uygunluğunda hastaların tüm kalış süresi günlerinde % 19'unda UDP'nin tıbbi hizmetler kriterlerinden "Hastaya cerrahi müdahale yapıldı mı?", hemşirelik ve yaşam desteği hizmetlerinden "Parenteral tedavi; aralıklı veya devamlı damar içi herhangi bir destek tedavi uygulaması (içeriğinde elektrolitler, protein veya ilaçlar bulunan) yapılmış mı?", "Vital bulguların en az 4 saat süreyle en az 30 dakika sıklıkla takibi yapılmış mı?" gibi kriterlere bağlı olarak uygunluğun olduğu görülmektedir. Kalış uygunsuzluğunda hastaların % 81'inin durumu UDP'nin kalış kriterlerinden herhangi birisine uymadığı için uygunsuz kalış olarak değerlendirilmiştir."

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

Nedenler	Sayı	%
İhtiyaç duyulan tanıyla ilgili işlemlerin ve/veya tedavinin ayaktan yapılabilmesi	65	65.0
Hastaneye vaktinden önce yatırma	56	56.0
Doktor tarafından hastanın tıbbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olması	29	29.0
Hastanede hafta sonunda ya da tatillerde yapılmayan işlemler nedeniyle gecikme	16	16.0

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 tanıyla ilgili işlemlerin ve/veya tedavinin ayaktan yapılabilmesi nedenlerin içinde ilk sırada olduğu, % 56 ile hastaneye vaktinden önce yatırmanın, % 29'la da doktor tarafından hastanın tıbbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olması nedeniyle hastanede kalma, % 16 ile hastanede hafta sonunda ya da tatillerde yapılmayan işlemler nedeniyle gecikmenin geldiği görülmektedir.

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

Değişkenler	Regresyon katsayısı (b)	St. Hata	t	p
a (sabit)	1.134	0.394	2.874	0.005
Yaş	-0.306	0.121	-2.535	<b>0.013</b>
Cinsiyet	-0.130	0.168	-0.773	0.442
Sosyal güvence	0.129	0.083	1.560	0.122
ASA kriteri	0.557	0.135	4.132	<b>0.000</b>

**Tablo 3.6. Gereksiz Kalış Gününü Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İncelenmesi**

Anlamli olan tüm değişkenler	R	R <sup>2</sup>	F	P
	0.406	0.165	4.686	<b>0.002</b>

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 gereksiz kalış gününü etkilemediği görülmektedir (P>0.05).

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

**Tablo 3.7. ASA Fiziksel Durum Sınıflamasına Göre Kalış Günlerinin Uygunluğunun Dağılımı**

ASA	Kalış Uygunluğu		Uygun değil		Toplam (n=100)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
ASA I	12	63.2	24	29.6	36	100.0
ASA II	6	31.5	44	54.3	50	100.0
ASA III	1	5.3	13	16.1	14	100.0
<b>Toplam</b>	<b>19</b>	<b>100.0</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

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'ünün, ASA III riskine sahip hastaların ise % 16.1'inin kalış günlerinin uygun olmadığı görülmektedir. Yapılan  $\chi^2$  analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $\chi^2= 7.677$ , SD= 2, P= 0.022<0.05).

**Tablo 3.8. Hastaların Yattıkları Güne Göre Kalış Günlerinin Uygunluğunun Dağılımı**

Kalınan gün	Kalış Uygunluğu		Uygun değil		Toplam (n=100)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
4 gün ve altı	35	94.6	9	14.3	44	44.0
5 gün ve üstü	2	5.4	54	85.7	56	56.0
<b>Toplam</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3.8'de hastaların yattıkları güne göre kalış günlerinin uygunluğunun dağılımı incelendiğinde 4 gün ve altında yatış günü olan hastaların %14.3'ünün, 5 gün ve üstünde yatış günü olan hastaların %85.7'sinin kalış günlerinin uygun olmadığı 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 kolelitiyazis tanısı almış hastaların ortalama  $5.68 \pm 4.38$ , herni tanısı almış hastaların  $8.44 \pm 5.93$ , guatr tanısı almış hastaların  $6.41 \pm 4.23$  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 önlenmesi çabası içinde kliniğin genel taburculuk rutinlerine göre guatr ve kolelitiyazis hastaları ortalama 2-3 gün, herni hastaları da herni çeşidine göre 3-4 gün hastanede yatmaktadır. 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 Yatış Uygunluğunun İncelenmesi

Hastaların UDP yatış kriterlerine göre uygunluğunun dağılımı incelendiğinde % 47'sinin kriterlere uyduğu, % 53'ünün ise kriterlere uymadığı görülmüştür (Tablo 3.2).

Mozes ve diğerleri (1987)'nin "Kontrollü müdahale sayesinde gereksiz hastanede kalışında azalma" isimli çalışmasında coğrafik farklılıkların uygun olmayan hastane yatışlarının oranına etkisini incelendiğinde 1132 hasta kaydında % 23 oranında yatış uygunsuzluğu bulunmuş ve bunun da % 17'sinin acil cerrahi kullanılarak azaltılabileceği belirtilmiştir.

Rishpon ve diğerleri (1989)'nin "İsrail'de iki genel hastanedeki gereksiz hastane yatış günleri" isimli çalışmasında genel dahiliye, cerrahi ve jinekoloji bölümlerinde aynı ekip tarafından saptanan uygun olmayan yatışların olduğunu belirtmişlerdir.

Booth ve diğerleri (1991)'nin "Bakım günleri ve uygun olmayan yatış arasındaki ilişki: kullanım yönetimi için girdiler" isimli çalışmasında eğer bir hasta hastane içindeki hizmetlere uygun olarak yatırılmadıysa kalış süresinin uygun olmamasının yüksek bir olasılık olacağını belirtmiştir. Benzer şekilde cerrahi yatış yapan hasta o esnada akut düzeyde bakıma ihtiyaç duyuyorsa tüm kalış süresi boyunca aynı seviyede bakıma ihtiyaç duymaya devam eder. Bu sonuçlara göre eğer yatış öncesi gözlem doğru yapılmazsa uygun olmayan yatış ve kalış olasılığı oldukça artmaktadır.

Wickizer (1992)'in "Hastane kullanımı ve harcamalarında kullanım incelemesinin etkileri" isimli araştırmasında, yatış öncesi incelemenin yatışı azalttığını, fakat hali hazırdaki (eş zamanlı) inceleme sadece kalış süresinde ılımlı bir etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Her iki kullanım incelemesi aktivitesinin birleştirilmiş etkisi her 1000 hastanede yatan hastaların sayısını yaklaşık olarak % 12 azaltmaktır. Bu tahmini etki, kullanımın temeline yerleştirilmiştir. Hastanede kalan hastalardaki azalma, hastane dışındakilerin kullanımının artırılması ile dengelenmiştir. Bu, yaklaşık % 5 oranında giderlerde azalmaya neden olmuştur.

Ramos Cuadra ve diğerleri (1995)'nin "Hastanın kalış uygunluğunun tanımlanmasında tıbbi kayıtların tam olmasının etkisi" isimli çalışmasında 345

hastanın yatışı UDP'ye göre incelenmiş ve yatışların uygunsuzluk 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 yatıştan 1'inin uygun olmadığını belirtilmiştir.

#### **4.3. Hastaların Kalış Uygunluğunun incelenmesi**

Hastaların UDP kalış kriterlerine göre uygunluğunun dağılımı incelendiğinde % 19'unun kriterlere uyduğu, % 81'inin kriterlere uymadığı görülmüştür (Tablo 3.3).

Bentes ve diğerleri (1995)'nin çalışmasında ortalama her 2 kalış gününden 1'inin uygun olmadığını belirtmişlerdir.

Cardiff ve diğerleri (1995)'nin "Hastane tabanlı bir kullanım yönetimi programının değerlendirilmesi" isimli çalışmasında yatış oranlarında kullanım incelemesi programlarıyla belirgin bir azalma olmadığını ancak bazı hastanelerde gereksiz kalış süresinin önemli şekilde azaldığını belirlemişlerdir. Yine deney ve kontrol gruplu yapılan bir çalışmada UDP ile deney grubunda gereksiz kalış 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 kalış 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 saatteki hastane bakımlarının uygunluğu" isimli çalışmasında Doğu Londra hastanesinin erişkin dahiliye servisinde yatan hastaların % 31'inin yatışı ve son kalış günlerinin % 66'sının uygun olmadığı belirlenmiştir.

Merom ve diğerleri (1998)'nin İsrail'de yaptığı çalışmada 1003 hasta kalış günü incelenmiş ve 182'si (%18.1) uygun olmadığı belirlenmiştir. Uygun olmayan günlerde hastaların % 62.6'sı hastanede yatmaya devam etmesi gerektiği çünkü bu hastaların % 72'sinin konsültasyon ve tahlil sonuçlarını beklediği belirlenmiştir. İncelenen toplam günlerin % 6.7'sinde kalış süresinin devamının gerekli olmadığını belirtmişlerdir.

Angelillo ve diğerleri (2000)'nin "İtalya'da hastane kullanımının uygunluğu" isimli çalışmasında İtalya'da dahiliye, cerrahi, jinekoloji ve ortopedi/travmatoloji servislerinde 1299 hasta günü incelenmiş ve hasta yatışının % 14.2'sinin, hastane gününün % 37.3'ünün uygun olmadığı belirtilmiştir. Dahiliye bölümü için uygun olmayan yatış miktarı daha çok bulunmuştur.

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 incelenen her dört hasta gününden birinin, Devlet hastanesinde ise her üç hasta gününden birinin UDP kriterlerine göre uygun olmadığını belirtmişlerdir.

Wickizer ve Lessler (2002)'nin "Kullanım yönetimi: konusu, etkileri ve gelecekteki yeri" isimli çalışmasında kullanım incelemesinin durumları onaylamada zaman içerisinde daha sert ve sınırlayıcı hale geldiğini belirlemişlerdir. Dört yıllık süreçte, hastanede kalmaya devam etme psikiyatrik hastalıklar için % 50, fiziksel hastalıklar içinse % 25 azalmıştır.

Herng-Chia ve diğerleri (2003)'nin "Güney Tayvan'da uzun süreli yatan hastalar için uygun olmayan hastane kullanımı" isimli çalışmasında 536 uzun süreli yatış incelenmiş ve bunlardan 196'sinin (%36.6) uygun olmayan kalış olduğu bulunmuştur.

Paulos ve diğerleri (2007)'nin "Akut bakım ve rehabilitasyonun kesişim noktasının yönetimini kullanım incelemesi destekleyebilir mi?" isimli çalışmasında, Avustralya akut bakım hastanesinde uygun olmayan kalışların oranının %88 olduğunu belirtmişlerdir.

#### **4.4. Hastaların Gereksiz Kalış Günlerinin Nedenlerinin İncelenmesi**

Hastaların gereksiz kalış günlerinin nedenleri incelendiğinde % 65 ile ihtiyaç duyulan tanıyla ilgili işlemlerin ve/veya tedavinin ayaktan yapılabilmesi nedenlerin içinde ilk sırada olduğu, % 56 ile hastaneye vaktinden önce yatırmanın, % 16 ile hastanede hafta sonunda ya da tatillerde yapılmayan işlemler nedeniyle gecikmenin, % 29'la da doktor tarafından hastanın tıbbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olması nedeniyle hastanede kalmanın geldiği görülmüştür (Tablo 3.4.).

Booth ve diğerleri (1991)'nin yaptığı çalışmada uygun olmayan kalış nedenlerini cerrahi ve dahili yatış olmak üzere iki durumda incelemişlerdir. Bir cerrahi yatışın uygun olmama nedeninin, işlemlerin hastane dışı tedavi temellerine bağlı olarak uygulanabilirliği olduğunu belirtmişlerdir. Dahili yatışlarındaki uygunsuzluklarınsa üç temel sebebi olduğunu belirtmişlerdir: hastane dışında tedavi uygulanabilecekken yapılmaması, hastanın daha düşük seviyede bakıma ihtiyacı varken yatışının yapılması, hastanın detoksifikasyonda olması. Uygun olmayan kalış süresinin nedenlerini ise geleneksel hasta yönetimi, düşük seviyede bakım yeterliken bakım seviyesinin yüksek tutulması, ve prematür yatışlar olduğunu belirtmişlerdir.

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

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

Fellin ve diğerleri (1995)'nin İtalya'da iki grupta yaptığı "Hastanede kullanımın uygunsuzluğu: İtalyan çalışmalarına genel bir bakış" isimli çalışmasında ilk grup, AIDS'li hastaların kalış uygunluğu, acil servis düzeni, yatış uygunluğu, nazokomiyal enfeksiyonların ve yaşlı hastalarda hemşirelik hizmetlerinin uygunluğunu, ikinci grup yatışların uygunsuzluğu, kalış sürelerinin dahili ve cerrahi servislerdeki uygunsuzluğunu ölçmüştür. Yatış uygunsuzluğu % 25-38 arasında, kalış süresi uygunsuzluğu % 28-49 arasında bulunmuştur. İkinci grup uygun olmayan kalış sürelerinin nedenlerini

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

Lang ve diğerleri (1995)'nin Fransa'da "Kayıtların uygunluğu: bir Fransız araştırması" isimli çalışmasında uygun olmayan yatışın yüksek oranının tek sosyal faktörünün evsizlik olduğu belirtilmiştir. Uygun olmayan yatışların sebebi olarak sağlık bakımının dağıtılmasında sistem problemlerinin olması gösterilmiştir.

Coast ve diğerleri (1995)'nin İngiltere'de "İngiltere'deki hastane kayıtlarına ait bir çalışma: acil hastane yatışlarına alternatifler var mı?" isimli çalışmasında ayakta tedavi olabilecekken acil bakım veren hastanede tedavi olanların yüzdesi % 19.7 olarak belirtilmiştir. Pratisyen hekimlerin eğitimleri sonucu bu oran % 9.8 ve % 15 arasında azalmaya neden olmuştur.

Angelillo ve diğerleri (2000)'nin çalışmasında hastanın hastane dışında tedavi edilebilecek olması, uygun olmayan bakım süresi, hastanın tedavisinde hekimin aşırı ihtiyatlı davranması uygun olmayan kalışın sebepleri olarak bulunmuştur.

Teke (2000)'e göre araştırmalarda gereksiz yatış oranının %70-80'inin hekim ya da hastaneden, %12-25'inin çevresel etmenlerden, %2-5'inin hasta ya da ailesinden kaynaklandığı görülmüştür. Hekim ya da hastane kaynaklı nedenlerin en yaygın olanı erken yatış ya da hastane düzeyinde bir bakıma gereksinim olmama durumudur.

Kaya ve diğerleri (2002)'nin iki hastanede yapmış oldukları çalışmalarında üniversite hastanesinde hasta günü uygun olmayan hastaların %24'ünün (53 hasta) tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerekmektedir. Bu hastaların 34'ü daha ileri değerlendirmeyi/tedaviyi yönlendirmek için gereken tanısal amaçlı testler, işlemler ya da konsültasyonların sonuçlarının henüz alınmamış olması, 16'sı hastaneye vaktinden önce yatırma, 2'si tanı ya da tedavi ile ilgili bir işlem için programlanmışken programdan çıkarılma, 1'i de tanıyla ilgili işlemleri programlamada hastanede problem olması nedeniyle, hastaneye yatırılmalarına neden olan tedavi ya da işlemin gerçekleştirilmesini beklemekte olduğunu belirtmektedir. Hasta günü uygun olmayan hastaların %76'sının (168 hasta) ise tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerekmemektedir. Bu hastaların % 73.2'sinin (123 hasta) tanıyla ilgili

işlemlerin ve/veya tedavilerin ayaktan yapılabileceği, % 25'inin (42 hasta) hekim tarafından tıbbi 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, yaşanan 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.

Ramos-Cuadra ve diğerleri (1995)'nin araştırmasında uygun olmayan kalış süresini etkileyen faktörlerin yaz sezonu, elektif yatış, hastanın daha önce hastaneye yatıp yatmaması, cerrahi ya da dahili- cerrahi servis, hastanede kalış süresinin son 1/3'lük kısmındaki günler 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 guatr, herni, kolelitiazis tanısı almış hastalar, UDP uygulanarak, hali hazır kullanım incelemesi ile incelendiğinde uygun olmayan yatışların % 53, uygun olmayan kalışların % 81 olduğunu, uygun olmayan günlerinin nedenlerinin de genellikle ayaktan yapılabilecek işlemlerin hasta yatırılarak yapılması, hastaneye doktor tarafından vaktinden önce yatırma, taburculuk işlemlerinin hafta sonu ya da tatillere denk gelmesi ve doktorun hastanın tıbbi yönetiminde fazla koruyucu/ihtiyatlı olması nedenleriyle olduğunu göstermektedir.

Gereksiz yatış gününü 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 personeline (hemşire, hekim ve diğer personel) kullanım incelemesi ile ilgili bilgi verilmesi,
- ✓ Kullanım incelemesinde kullanılan Uygunluk Değerlendirme Protokolü'nün hastane genelinde kullanılmasının sağlanması,
- ✓ Uygunluk Değerlendirme Protokolü'nün kullanımının belirli aralarla sonuçlarının incelenmesi,
- ✓ Kullanım incelemesi sonuçlarına göre kullanım yönetimi ile ilgili stratejilerin oluşturulması,
- ✓ Daha geniş tabanlı kullanım incelemelerinin yapılması önerilmektedir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Anderson G, Sheps SB, Cardiff K. (1990) "Hospital- Based Utilization Management: A Cross- Canada Survey". **CMAJ** 143(10): 1025-30.
2. Angelillo IF, Ricciardi G, Nante N, Boccia A, Bianco A, Torre G, Vinci V, De Giusti M. (2000) "Appropriateness of Hospital Utilization in Italy". **Public Health** 114(1): 9-14.
3. Bentes M, Gonsalves ML, Santos M, Pina E. (1995) "Design and Development of A Utilization Review Program in Portugal". **Int. Journal of Quality Health Care** 7(3): 201-12.
4. Booth BM, Ludke RL, Wakefield DS, Kern DC, Du Mond CE. (1991) "Relationship Between Inappropriate Admissions and Days of Care: Implications for Utilization Management". **Hospital and Health Services Administration** 36(3): 421-37.
5. Cardiff K, Anderson G, Sheps S. (1995) "Evaluation of A Hospital- Based Utilization Management Program". **Healthcare Manage Forum** 8(1):38-45.
6. Coast J, Inglis A, Morgan K, Gray S, Kammerling M, Frankel S. (1995) "The Hospital Admissions Study in England: Are There Alternatives to Emergency Hospital Admission?". **J Epidemiol Community Health** 49(2): 194-9.
7. Capalbo G, D'Andrea G, Volpe M, Cambieri A, Cicchetti A, Ricciardi G, Annali Di Igiene. (2004) "Appropriateness evaluation of short hospital admissions using Appropriateness Evaluation Protocol (Italian version): experience of a teaching hospital". **Medicina Preventiva E Di Comunità** 16 (6),759-65
8. Ermann D. (1988) "Hospital Utilization Review: Past Experience, Future Directions". **Journal of Health Politics, Policy and Law** 13(4):683-704.
9. Fellin G, Apolone G, Tampieri A, Bevilacqua L, Meregalli G, Minella C, Liberati A. (1995) "Appropriateness of Hospital Use: An Overview of Italian Studies". **Int. J Qual Health Care**, 7(3): 219-25.

10. Gertman PM, Restuccia JD. (1981) "The Appropriateness Evaluation Protocol: A Technique for Assessing Unnecessary Days of Hospital Care". **Med. Care** 19(8): 855-871.
11. Herng-Chia C., Lih-Wen M., Li-Juan L., Hui-Ming H. (2003) "Inappropriate Hospital Utilization for Long-stay Patients in Southern Taiwan". **The Kaohsiung Journal of Medical Sciences** 19(5), 2259-231
12. Houghton A, Bowling A, Jones I, Clarke K. (1996). "Appropriateness of Admission and The Last 24 Hours of Hospital Care in Medical Wards in An East London Teaching Group Hospital". **Int. J Qual. Health Care** 8(6): 543-53.
13. Kalant, Norman, Berlinguet, Marc, Diytoti, Jean G, Dragatakis, Leonidas, Marcotte, Francois. (2000) "How Walid Are Utilization Review Tools in Assessing Apropritate Use of Acute Care Beds" **Canadian Medical Association Journal** 162(13):
14. Kavuncubaşı Ş. (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi** Pano Ofset, Ankara, 357-370.
15. Kaya S. (1998) "Hastane Kullanımının İncelenmesi ve Yönetimi". **Toplum ve Hekim** 13(4): 310-17.
16. Kaya S, Erdem Y, Doğrusöz S, Halıcı N. (1998)." Reliability of A Hospital Utilization Review Method in Turkey", **International Journal for Quality in Health Care** 10(1):53-58.
17. Kaya S, Eroğlu K, Vural G. (2002). "Uygunluk Değerlendirme Protokolü İle İki Hastanedeki Hasta Günlerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi". **Toplum ve Hekim Dergisi** 17 (3): 229-238.
18. Kaya S. (2003. "Türk Sağlık Sisteminde Kullanım Yönetimi Gerekli midir?". **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 6(2): 27-42.
19. Kurtulmuş S. (1998) **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Çalış Ofset, Ankara, 239-245
20. Lang T, Davido A, Logerot H, Meyer L. (1995) "Appropriateness of Admissions: The French Experience". **Int. J Qual. Health Care** 7(3): 233-8.

21. Lorenzo S, Sunol R. (1995) "An Overview of Spanish Studies on Appropriateness of Hospital Use". **International Journal For Quality in Health Care** 7(3):213-218.
22. Lorenzo S, Beech R, Lang T, Santos- Eggimann B. (1999) "An Experience of Utilization Review in Europe: Sequel to A BIOMED Project" **Int. J Qual. Health Care** 11(1):13-9.
23. Merom D, Shohat T, Harari G, Oren M, Gren MS. (1998) "Factors Associated With Inappropriate Hospitalization Days in Internal Medicine Wards in Israel: A Cross-national Survey". **Int. J Qual. Health Care** 10(2):155-62.
24. Mozes B, Haklin H, Katz A, Schiff E, Modan B. (1987) "Reduction of Redundant Hospital Stay Through Controlled Intervention". **Lancet** 1(8539): 968-9.
25. Mozes B, Schiff E, Modan B. (1991) "Factors Affecting Inappropriate Hospital Stay" **Qual. Asur Health Care** 3(3):211-7.
26. Murray M.E. (2001) "Outcomes Of Concurrent Utilization Review" **Nursing Economics** 19(1):35-7.
27. Payne SMC (1987) "Pew Memorial Trust Policy Synthesis: Identifying and Managing Inappropriate Hospital Utilization: A Policy Synthesis". **Health Services Research** 22(5):709-769.
28. Poulos C.J., Eagar K., Poulos R.G. (2007) "Managing the interface between acute care and rehabilitation - can utilisation review assist?". **Australian Health Review** 31(1), 129-40.
29. Ramos- Cuadra A, Marion- Buen J, Garcia- Martin M, Fernandez- Gracia J, Morata- Cespedes MDC, Martin- Moreno L, Lardelli- Claret P. (1995). Use of The Appropriateness Evaluation Protocol: The Role of Medical Record Quality The Effect of Completeness of Medical Records on The Determination of Appropriateness of Hospital Days, **International Journal for Quality in Health Care** 7(3):267-275.
30. Restuccia JD. (1995) "The Evolution of Hospital Utilization Review Methods in The United States". **International Journal for Quality in Health Care** 7(3):253-260.

31. Rishpon S, Lubach S, Epstein LM. (1986) "Reliability of a Method of Determining The Necessity For Hospitalization Days in İsrail" **Medical Care** 24(3):279-282.
32. Rishpon S, Epstein LM, Rennert H. (1989) "Unnecessary Hospitalization Days: Rates in Two General Hospitals in Israel". **Isr. J Med. Sci.** 25(7): 392-7.
33. Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Mould-Quevedo JF, Garcia-Gonzalez JJ, Contreras-Hernandez I, Espinel-Bermudez MC, Hernandez-Hernandez DM, Garduno-Espinosa J, Garcia-Pena C. (2008) "The hospital appropriateness evaluation protocol in elderly patients: a technique to evaluate admission and hospital stay". **Scandinavian Journal of Caring Sciences** 22 (2): 306-13
34. Santos- Eggimann B, Sidler M, Schopfer D, Blanc T. (1997) "Comparing Results of Concurrent and Retrospective Designs in a Hospital Utilization Review" **International Journal For Quality in Health Care** 9(2):115-120.
35. Scheffler RM, Sullivan SD, Ko TH. (1991) "The İmpact of Blue Cross and Blue Shield Plan Utilization Management Programs 1980-1988". **Inquiry** 28(3): 263-75.
36. Schwartz WB. (1999) **Hastalksız Bir Yaşam Bir Tıp Ütopyası**, Çev: Neşe Nur Domaniç, Say Yayınları, İstanbul, 51-56
37. Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG, Goldberg GA, Bloomfield ES, Newhouse JP, Brook RH. (1986) "Inappropriate Use of Hospitals in a Randomized Trial of Health Insurance Plans". **The New England Journal of Medicine** 315(20):1259-1266.
38. Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ. (1990) "Reliability and Validity of Utilization Review Criteria: Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity- Discharge Criteria". **Medical Care** 28(2): 95-111.
39. Teke A .(2000) "Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde Yatak Kullanım Uygunluğunun Değerlendirilmesi" **Yayınlanmamış Doktora Tezi.**
40. Tischler GL. (1990) "Utilization Management and The Quality of Care".

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

41. Top M. (1999) "Sağlık Kaynakları Kullanımında Verimliliği Sağlamanın Yolu: Sağlık İhtiyaçlarını Belirleme Teknikleri". **Toplum ve Hekim** 14(7): 68-77.
42. Wickizer T.M. (1992) "The Effectsof Utilization Review on Hospital Use and Expenditures: A Covariance Analysis". **Health Services Research** 27(1): 103-121.
43. Wickizer T.M, Lessler D, Travis KM. (1996) "Controlling Inpatient Psychiatric Utilization Through Managed Care". **American Journal of Psychiatry** 153(3): 339-45.
44. Wickizer T.M, Lessler D. (2002) "Utilization Management : Issues, Effects, and Future Prospects, Annu. Rev.". **Public Health** 23:233-54.
45. Winickoff RN, Restuccia JD, Fincke BG, and the AEP Study Group. (1991) "Concurrent Application of The Appropriateness Evaluation Protocol to Acute Admissions in Department of Veterans Affairs Medical Centers". **Medical Care** 29(8): AS64-AS76.

*Çalışma poster bildiri olarak 3. Uluslararası- 10. Ulusal Hemşirelik Kongresinde 7-10 Eylül 2005 tarihleri arasında sunulmuştur.*