

Klinik Kalite Performans Ölçümü: Bir Üniversite Hastanesi Örneği

[Clinical Quality Performance Measurement: An Example of a University Hospital]

ÖZET

AMAÇ: Çalışmamızda, klinik kalite ölçüm yaklaşımları açısından, 9 adet performans ölçüm seti kullanılarak, hastaların aldığı sağlık hizmeti ile almaları gereken sağlık hizmeti arasında belirgin bir farklılığın olup olmadığı karşılaştırmalı olarak araştırıldı.

YÖNTEM: Çalışma, 01 Ocak-30 Ağustos 2012 tarihleri arasında, retrospektif, tek merkezli bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Hasta kayıtları rastgele örnekleme yöntemi ile belirlendi. Çalışmamızda, The Joint Commission (TJC) tarafından geliştirilen Cerrahi Bakım, Kalp Krizi Bakımı, Çocuk Astım Bakımı, Pnömoni Bakımı, Kalp Yetmezliği Bakımı, Venöz Tromboembolizm (VTE) Bakımı, Felç Bakımı, Yatan Hasta Psikiyatrik Bakımı ve Perinatal Bakım olmak üzere 9 adet performans ölçüm seti kullanıldı. Elde edilen bulgular ile TJC bulguları karşılaştırmalı olarak analiz edildi.

BULGULAR: Kullanılan tüm performans ölçüm setlerinin karma uyum oranı % 55,33 olarak tespit edilmiş olup, cerrahi bakım paketi ortalaması % 43,5 olarak bulundu. Bununla birlikte, pnömoni takip paketinin Türkiye için uygun bir ölçüm seti olmadığı belirlendi. Kalp krizi paketinin TJC ortalamasına çok yakın olduğu gözlemlendi. En az uyumun olduğu paket ise Felç paketi % 20,08 olarak gerçekleşti. Perinatal bakım ortalaması (% 48,6) açısından Türkiye Ortalaması TJC'nin 0.5 puan üzerinde gerçekleşirken, % 90 barajını ise sadece kalp krizi paketi (%97,9) geçti.

SONUÇ: Çalışmamızın sonucunda, TJC'nin "Accountability Measures-Hesap Verebilirlik Ölçütleri" yaklaşımının Türkiye Şartlarına uygun olduğu ve kullanılabileceği değerlendirilmiştir. Özellikle başlangıç için ideal paketlerin, Cerrahi bakım paketi, Kalp krizi, perinatal ve Venöz tromboembolizm paketleri olduğu; Pnömoni paketi için ise Türkiye'de uygulanabilirliği açısından yeni bileşenlere ihtiyacı duyulduğu değerlendirilmiştir. Ölçüm setlerinin Türkiye'de yaygın olarak kullanılmasının sağlık sektöründe kaliteyi arttırmada önemli bir rol oynayabileceği kanısına varılmıştır.

SUMMARY

AIM:In our study, in terms of clinical quality measurement approach, we aimed to focus on whether there was a considerable difference between the treatment received and the treatment required to be taken by patients by using nine packages.

METHODS: The research was conducted as retrospective study, which was carried out in a university hospital with 300 beds between January 01 and August 30, 2012. Patient records were determined by a random sampling method. The 9 performance measurement sets developed by were used as a tool of data collection, which consisted of heart attack care, intensive care, Children's asthma care, pneumonia care, heart failure care, venous thromboembolism care, stroke care, perinatal care, and inpatient psychiatric care. The findings were analyzed in comparison with the findings of The Joint Commission

RESULTS: The mixed compatibility rate of all packages was determined to be 55,33%. Only the pneumonia package package was determined to be incompatible with Turkey. The heart attack package was found to be very close to the average of the findings of The Joint Commission. Paralysis of the package was at least compliance package, which was found to be 20.08%. The average of pre-natal care (48,6 %) was found 0.5 point higher than the average of The Joint Commission. The only a heart attack package (%97,9) passed the threshold of 90 %.

CONCLUSION: We determined that The Accountability Measures of the Joint Commission could be applied in the present conditions of Turkey. Only the Pneumonia package needs new requirements to be specified for Turkey. There is no need for a compatibility studies as for the others. Surgical care, heart attack, perinatal and venous thromboembolism packages are the ideal packages for Turkey.

**M. Nurullah Kurutkan¹,
Esra Usta²,
Fatih Orhan³,
Özcan Altınel⁴**

¹Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü

²Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu

³GATA Sağlık Astsubay Meslek Yüksek Okulu

⁴Diyarbakır Asker Hastanesi

Anahtar Kelimeler:

Kalite, Klinik Kalite, Performans Değerlendirme, Hesap Verebilirlik

Key Words:

Quality, Clinical Quality, Performance Evaluation, Accountability Measures

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

Fatih Orhan,
GATA Sağlık Astsubay
Meslek Yüksek Okulu
forhan@gata.edu.tr

Gönderme Tarihi/Date of Submission: 23.02.2014 , **Kabul Tarihi/Date of Acceptance:** 04.04.2014 **DOI:** 10.5455/pmb 1-1392975183

GİRİŞ

Kalite kavramının tanımı, 1980'li yıllardan beri gündemde olan ve birçok tanımı yapılmakla birlikte, özünde ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılayabilmesi olarak yapılabilir (1). Fiziksel olarak bir ürünün elde edilmediği, soyutluğun,

heterojenliğin, değişkenliğin ve üretim ile tüketimin eş zamanlı olduğu hizmet sektöründe kalitenin değerlendirilmesi zorlaşmaktadır (2).

İnsanların sağlıkları ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak verilen, profesyonellik isteyen, hata kabul etmeyen ve ertelenemez olan

sağlık hizmetinde kalite, eşit dağılım gösteren, güvenli, etkili, efektif, zamanında ve hasta odaklı hizmet amaçlarını gerçekleştirmeyi hedeflemektedir (3, 4, 5). Bu bağlamda sağlık hizmetinde kalite, teknik ve sanatsal boyutlarıyla tanımlanmaktadır. Sanatsal boyut müşteri (hasta) istek ve beklentilerinin karşılanmasını içerirken, teknik boyut sunulan tedavi ve bakımın bilimsel norm ve standartlara uygunluğunu içermektedir (6, 7). Bununla birlikte, hastanede kalite artışı, hayatların kurtarılmasına, daha sağlıklı bir hayata ve aynı zamanda sağlık bakım maliyetlerinin düşmesine katkıda bulunabilecektir (8, 9).

Bu çalışmada, Klinik Kalite Ölçüm (KKÖ) yaklaşımları bağlamında, 9 tedavi paketinin uyum oranlarını ortaya koymak, hastanenin hesap verebilirlik kapasitesini tedavi paketleri açısından inşa etmek, sağlıkta kalite konusunda uzman kuruluşların yayınlamış olduğu klinik kalite ölçütlerinin bilinirliğini arttırmak ve klinik kalite ölçümü sayesinde geri ödeme sistemi aldığı sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirebilmek ana hedefler arasındadır.

Global bakış açısından, ön plana çıkmış KKÖ yaklaşımları bulunmaktadır. Her bir KKÖ yaklaşımı, Türk yazını için incelenmesi gereken temel metinlerdir.

Metodolojik açıdan Türkiye Hastaneleri için geliştirilmiş sistematik yaklaşımlardan kurumsal olanı Sağlık Bakanlığına aittir. Sağlık Bakanlığı Klinik Kaliteyi, “Kanıtı dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (15).

Bu çalışmada temel yaklaşım olarak Joint Commission’un Accountability Measures (Hesap Verebilirlik Ölçütleri) yaklaşımı kullanılmıştır (13-14). Yaklaşımı geliştiren kurum ise, Sağlık Bakım Organizasyonlarında Akreditasyon Birleşik Komisyonu (The Joint Commission-TJC) 25 yıldan bu yana, performans ölçümü ile ilgilenmektedir ve bu konuda lider haline gelmiştir (10, 11).

Türkiye’de hastanelerin kalite performanslarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş olan Hizmet Kalite Standartları bulunmaktadır. Ancak bu standart klinik bakım kalite performansını ölçmeye yönelik geliştirilmiş bir araç değildir (12).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma 300 yatak kapasiteli bir üniversite hastanesinde, 01 Ocak-30 Ağustos 2012 tarihleri arasında her bir modül için yaklaşık 30 hasta kaydı incelenerek gerçekleştirildi. Hasta kayıtları rastgele örnekleme yöntemi ile belirlendi.

Veri toplama aracı olarak TJC tarafından geliştirilen Kalp Krizi Bakımı, Cerrahi Bakım, Çocuk Astım Bakımı, Pnömoni Bakımı, Kalp Yetmezliği Bakımı, Venöz Tromboembolizm (VTE) Bakımı, Felç Bakımı, Yatan Hasta Psikiyatrik Bakımı ve Perinatal Bakım olmak üzere 9 adet performans ölçüm seti kullanıldı. İzlenebilir, izlenebilir olmayan, test ve çıktı ölçütlerinin tamamı çalışma kapsamına dâhil edildi (8). Performans ölçüm setleri ve elde edilen veriler, bulgular bölümünde gösterildi (Tablo 2).

Kalp krizi bakımı ölçüm seti bileşenlerinden biri olan “30 dakika içinde fibrinolitik terapi” konusunda ilgili uzman görüşü alındı. Bununla birlikte, çalışan kurumda bu tür bir uygulama yapılmadığı için ölçüt çalışma kapsamına dışında bırakıldı.

Pnömoni bakım ölçüm seti içinde bulunması gereken ölçütler ile ilgili olarak 3 uzmanla (Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığında görevli bir profesör, bir doçent ve bir yardımcı doçent) görüşüldü ve paketin Türkiye koşullarına uygun olmadığı tespiti yapıldı. TJC tarafından geliştirilen pakette yer alan pnömokok ve influenza aşılarının geri ödeme sistemine dâhil olmaması ve göğüs hastalıkları uzmanlarının aşı konusunu tavsiye edilebilir bulması nedeni ile Pnömoni Paketinde değişikliğe gidildi. Bu bağlamda üç bileşeni içeren yeni bir set oluşturuldu (Tablo 1). Ancak hasta kayıtları her iki paket açısından da değerlendirmeye tabi tutuldu (Tablo 2).

Tablo 1. Yeni Pnömoni Bakımı Ölçüm Seti

Yeni Pnömoni Bakımı Ölçüm Seti	Balgam kültürü alınması
	Kan kültürü alınması
	Antibiyotik verilmesi

Performans ölçümü için gerekli olan veriler en az 30 hastadan elde edildi. Veriler toplanırken hastaların tedavi etkinliğini etkileyen farklı birçok sağlık koşullarına ve faktörlere sahip oldukları, ayrıca hastaların kendileri için düzenlenen bir bakım planını reddedebileceği ya da izleyebileceği dikkate alındı.

Tablo 2. TJC Kalite Performans Ölçüm Seti Sonuçları (01 Ocak-31 Ağustos 2012)(%)

Kalp Krizi Bakımı Ölçüm Seti	
Kalp krizi bakım karması	97,9
Gelişte aspirin verilmesi	100
Çıkışta aspirin verilmesi	100
Çıkışta ACEI (Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü) ya da ARB (Anjiotensin reseptör blokeri)	96,6
Çıkışta Beta-Bloker ilaç verilmesi	93,3
30 dakika içinde Fibrinolitik terapi (Kurum Politikası Değil)*	N/A(uygun değil)
90 dakika içinde PCI (Perkütanöz koroner anjiyoplasti) terapi	100
Cerrahi Bakım Ölçüm Seti	
Cerrahi bakım karması	43,5
İlk cerrahi müdahaleden bir saat önce antibiyotik	65
Uygun profilaktik antibiyotik	70
Antibiyotiği 24 saat içinde durdurma	5
Post-operatif kardiyak hastaya sabah 6'da kan şekeri ölçümü	57,1
Vücut tüylerinin uygun uzaklaştırılması	0
Beta bloker kullanan hastalara operasyon öncesi verilmesi	66,6
Venöz tromboembolik ilaç reçetelemek	30
Venöz tromboembolik ilaç almak	55
Çocuk Astım Bakımı Ölçüm Seti	
Çocuk astım bakımı karması	87,5
Hastanede yatan astımlıları rahatlatmak	100
Hastanede yatan astımlılar için sistemik kortikostereoid verilmesi	62,5
Bakım için evin düzenlenmesinin planlanması	100
Pnömoni Bakımı Ölçüm Seti	
Pnömoni bakım karması	32,4
Pnömonokok aşısının yapılması	0
Acil serviste kan kültürünün alınması	26,6
Bağıışıklığı yeterli hastalara antibiyotik verilmesi	100
İnfluenza aşısının yapılması	3,3
Yeni Pnömoni Bakımı Ölçüm Seti	
Yeni Pnömoni bakım karması	52,2
Balgam kültürü	26,6
Kan kültürü	30
Antibiyotik verilmesi	100
Kalp Yetmezliği Bakımı Ölçüm Seti	
Kalp yetmezliği bakım karması	74,1
Sol ventrikül sistolik fonksiyonunun değerlendirilmesi	100
Taburculuk talimatının verilmesi	100
Sigara bırakma tavsiyesi	3,3
Çıkışta ACEI ya da ARB	93,3
Venöz Tromboembolizm (VTE) Bakım Ölçüm Seti	
Venöz tromboembolizm bakım karması	28,6
VTE profilaksi verilmesi	80
Yoğun bakım ünitesinde venöz tromboembolik profilaksi verilmesi	100
Antikoagulan ile VTE hastasının tedavisinin örtüşmesi	0
Fraksiyone olmayan heparin alan hastalarda platelet takibi	26,6
Taburculukta warfarin tedavisi talimatının verilmesi	3,3

Tablo 2. Devamı

Felç Bakımı Ölçüm Seti	
Felç bakımı karması	20,8
Venöz tromboembolitik profilaksinin verilmesi	23,3
Antitrombotik tedavi ile taburculuk	83,3
Atrial fibrilasyon/çarpıntı için antikoagulan tedavi verilmesi	23,3
Trombolitik tedavinin verilmesi	0
Hastanede kalınan 2. günün sonunda antitrombolitik tedavinin verilmesi	16,6
Statin grubu ilaçların taburcu edilirken reçete edilmesi	20
Felç için taburculuk eğitimi	0
Rehabilitasyon için değerlendirme	0
Yatan Hasta Psikiyatrik Bakım Ölçüm Seti	
Yatan hasta psikiyatrik bakım karması	51,3
Kabul taraması	0
Çoklu antipsikotik medikal tedavinin verilmesi	56,6
Çoklu antipsikotik medikal tedavi için gerekelelendirme	0,05
Devam eden bakım planı	100
Devam eden bakım planı geçişi	100
Fiziksel sınırlama (her 1000 hasta saati başına saatler)**	Uygulanmıyor
Tecrit (her 1000 hasta saati başına saatler)**	Uygulanmıyor
Perinatal Bakım Ölçüm Seti	
Perinatal bakım karması	48,6
Elektif doğum	30
Sezeryan ameliyatı	83,3
Antenatal steroid verilmesi	20
Yenidoğan dolaşım sistemi enfeksiyonlarının görülmesi	26,6
Yalnızca anne sütü ile beslenme	83,3

* Kalp krizi bakımı ölçüm seti bileşenlerinden olan "30 dakika içinde Fibrinolitik terapi" konusunda uzman görüşü (Kardiyoloji Anabilim dalı başkanlığından iki doçent doktordan) alındı. Avrupa Kalp Cemiyetinin kılavuzunda yer alan aşağıdaki bilgi nedeniyle kurum bu uygulamayı yapmadığı için ölçüt çalışma kapsamına alınmadı. Avrupa Kalp Cemiyeti: "Kalp krizinin klinik bulgularına sahip hastalarda erken dönemde kontrendikasyon yoksa mekanik (Koroner stent) veya farmakolojik (fibrinolitik) damarın açılma işlemi başlatılmalıdır. Mekanik olarak yapılan açılma işlemine PKG denilmektedir. Deneyimli 7 gün 24 saat hizmet veren hastanelerde PKG uygulanan hastalarda ölüm oranı daha düşüktür. Ayrıca PKG ile fibrinolitik'in olumsuz kanama risklerinden kaçınılmış, damarlar daha iyi açıldığı için yeniden tıkanmanın daha az olduğu, kalp krizi sonrası kalan sol karıncık işlevinin daha iyi olduğu ve klinik solunumun daha iyi olduğu gösterilmiştir" (16).

** Fiziksel sınırlama ve tecrit konusunda Psikiyatri Anabilim dalı başkanlığında çalışan iki doçent doktor hocamızdan aldığımız bilgilere göre, fiziksel sınırlamanın ana bilim dalı başkanlığı açıldığından bu yana uygulanmadığı ve alternatif olarak kimyasallarla sınırlamanın yapıldığı ifade edilmiştir. Olmayan uygulamadan dolayı eksik ve puan vermemenin adil olmayacağı düşüncesi ile bu bileşen kapsam dışı tutulmuştur. Tecrit süreci gerektiren her türlü hasta grubunun sevk edildiği belirlenmiştir. Bu nedenle kapsam tecrit bileşeni kapsam dışı bırakılmıştır.

TJC performans ölçümlerinden elde edilen verilerin analizi tek bir ölçüt ve karma ölçütlerin değerlendirilmesi şeklinde yapılmaktadır. Bir hastane tek bir ölçüt ve karma ölçütte %95 performans eşiğini geçtiğinde başarılı olarak değerlendirilmektedir. %95 skoru bir hastanenin her 100 uygulamasından 95'inde kanıta dayalı uygulama sağladığı anlamına gelmektedir. Tek bir ölçütün değerlendirilmesinde; hastanenin ölçütleri kaç kez karşıladığının, hastanenin ölçütlerini karşılamak için karşılaştığı uygun tüm durumlara bölünmesi ile elde edilmektedir. Karma ölçütlerde bakım setinin kendi içinde karma başarısı

ve genel olarak izlenen bakım setlerinin toplam karması değerlendirilmektedir. Karma ölçütlerin değerlendirilmesi, ölçütleri tek bir yüzde oranı ile birleştiren ve kaç kez kanıta dayalı bakımın tavsiye edilme sayılarının toplamının bu bakımın sunulması için sağlanan uygun durumlara bölünmesi ile elde edilmektedir (8).

Kalp yetmezliği bakımı tek bir izlenebilir ölçütten oluştuğu için karma ölçütü bulunmamakta, bileşen genel karma başarıya eklenmektedir. Yatan hasta psikiyatrik bakım ölçüm setinde ise çoklu medikal tedavi, fiziksel sınırlama ve tecrit gibi

düşük oranların daha iyi performansı göstermesi nedeniyle bu ölçütlerde düşük oranlar tercih edilmektedir.

Çalışmamız da tek ya da karma ölçütlerde %95 oranı başarılı olarak kabul edildi ve her ölçüm seti için güvenilirlik çalışması yapıldı.

BULGULAR

Araştırma yapılan hastaneye ait performans ölçüm seti verileri Tablo 2’de verilmiştir.

Kalp krizi ölçüm seti kalp krizi tanısı konulan 30 hasta dosyası incelenerek gerçekleştirildi. Karma başarı oranı % 97,9 olarak bulundu. Ölçüm seti bileşenlerinden “30 dakika içinde fibrinolitik terapi” kurum politikasına uygun olmadığı için karma başarı oranına dahil edilmedi. Ölçütler arasında “gelişte aspirin verilmesi ve çıkışta aspirin verilmesi” bileşenlerinde %100 başarı sağlandığı görüldü.

Cerrahi bakım ölçüm seti, kolon cerrahisi geçiren hasta dosyaları incelenerek gerçekleştirildi. Cerrahi bakım karması %43,5 olarak bulundu. Ölçütler arasında en yüksek başarı, uygun antibiyotik profilaksisinin kullanılmasında (%70) elde edilirken, “vücut tüylerinin uygun uzaklaştırılması” ölçütünde hiç başarı elde edilemediği belirlendi.

Çocuk astım ölçüm seti kapsamında hasta dosyaları incelenerek, çocuk astım bakım karması %87,5 olarak belirlendi. Çocuk astım bakımına yönelik pakette en az uyum “hastanede yatan astımlılar için sistemik kortikostereoid verilmesi” çıktısında görüldü.

Pnömoni bakım ölçüm seti kapsamında 30 hasta dosyası incelendi. TJC pnömoni bakım ölçüm setine göre karma başarı %32,4; yeni pnömoni ölçüm setine göre karma başarı %52,2 olarak bulundu. Özellikle “balgam kültürü” ve “kan kültürü” maddelerinde uygulanma oranlarının düşük olduğu saptandı.

Kalp yetmezliği ölçüm seti kapsamında 30 hasta dosyası incelendi. Ancak incelemede hem izlenebilir hem de izlenebilir olmayan ölçütlere yer verildi. Kalp yetmezliği bakımı karma sonucu %74,1 olarak bulundu. Kalp yetmezliği bakımına yönelik uygulamalarda özellikle “sigara bırakma tavsiyesi” maddesinde başarı oranının düşük olduğu belirlendi.

VTE bakımı ölçüm seti kapsamında, 30 hasta dosyası incelendi. VTE bakım karması %28,6 olarak belirlendi. Ölçütler arasında “yoğun bakım ünitesinde venöz tromboembolitik profilaksi

verilmesi” maddesinde %100 başarı elde edilirken, “antikoagulan ile VTE hastasının tedavisinin örtüşmesi” maddesinde hiç başarı elde edilemediği belirlendi.

Felç bakımı ölçüm seti kapsamında 30 hasta dosyası incelendi. Felç bakım karması %20,8 olarak belirlendi. Felç bakımına yönelik uygulamalardan “trombolitik tedavinin verilmesi, felç için taburculuk eğitimi ve rehabilitasyon için değerlendirme” ölçütlerinde hiç başarı elde edilemediği saptandı.

Yatan hasta psikiyatrik bakım ölçüm setinde ölçüm seti kapsamında 30 hasta dosyası incelendi. Yatan hasta psikiyatrik bakım ölçüm seti başarı oranı %51,3 olarak belirlendi. Ölçütler arasında “fiziksel sınırlama ve tecrit” kurumda uygulanmadığı için karma başarı oranına dâhil edilmedi. Psikiyatrik bakıma yönelik uygulamalar arasında “kabul taraması” ölçütünde hiç başarı elde edilemediği belirlendi.

Perinatal bakım ölçütü için 30 hasta dosyası incelendi. Perinatal bakım ölçütü karma başarı oranı %48,6 olarak bulundu. Ölçütler arasında en düşük bakım uygulamasının %20 oranı ile “antenatal steroid verilmesi” olduğu saptandı.

TJC VERİLERİYLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZ

Kalite performans ölçütlerinin bir üniversite hastanesinde uygulama örneğinden elde edilen bulgular sonucunda ölçüm setleri arasında yalnızca kalp krizi bakımı ölçüm setinde karma başarıda %95 eşik değerini geçtiği ve 2010 yılı TJC verilerine göre Amerikan hastanelerinde bu oranın %98,4 olduğu görüldü (8). Kalp krizi uygulamalarında kanıta dayalı uygulamalar ile hastalara bakım verildiği ve bu alanda geliştirmeye gerek uygulamaların olmadığı kanısına varıldı.

Cerrahi bakım ölçüm setinde karma başarı oranının %43,5 olduğu, bu oranın Amerikan hastanelerinde ise %96,4 olduğu, aradaki farkın “vücut tüylerinin uygun şekilde uzaklaştırılması ve profilaktik olarak verilen antibiyotiğin 24 saat içinde durdurulması” bileşenlerinden kaynaklandığı saptandı (8). Bu konuda hastalara tedavi ve bakım veren sağlık çalışanlarına düşen görev, jilette vücut tüylerinin uzaklaştırılması işleminden vazgeçmeleridir. Cerrahi bakımda kanıta dayalı bakım süreçlerinin gerçekleştirilmesi konusunda hastanenin gelişime ihtiyacı olduğu belirlendi. Ayrıca gereksiz yere antibiyotik kullanımının hasta başına düşen maliyeti yükselttiği düşünüldüğünde bu konuda sağlık

çalışanlarının eğitim yolu ile desteklenmesinin faydalı olacağı düşünüldü.

Çocuk astım bakımı ölçüm seti verileri incelendiğinde, karma başarı oranının %95 sınırını geçemeyerek %87,5'da kaldığı, Amerikan hastanelerinde ise bu oranının %92,3 olduğu belirlendi (8). Çocuk astım bakımına yönelik pakette en az uyum "hastanede yatan astımlılar için sistemik kortikostereoid verilmesi" çıktısında görülmüştür. Bu bileşen için bir eylem planı düzenlenmesinin gerekliliği kanısına varıldı.

Pnömoni bakım ölçüm setine göre karma başarının %32,4 olarak bulunduğu, bu oranın Amerikan hastanelerine (%95,2) göre çok düşük olduğu belirlendi (8). Ancak ölçüm seti bileşenlerinin Türkiye koşullarına tam olarak uymamasından dolayı oluşturulan yeni pnömoni ölçüm setinde karma başarı oranı %52,2 olarak belirlendi. Pnömoni bakım uygulamalarına yönelik karma başarı oranının düşük olduğu ve geliştirilmesinin gerekli olduğu sonucuna varıldı. Özellikle balgam kültürü ve kan kültürü gerektiren durumların iyi tespit edilemediği gözlemlendi.

Kalp yetmezliği ölçüm setinde hem izlenebilir, hem de izlenebilir olmayan ölçütlere yer verildi ve karma sonuç %74,1 olarak bulundu. 2010 yılı TJC verilerine göre Amerikan hastanelerinde kalp yetmezliği bakım karma sonucu ise %95,5 olarak görülmektedir (8). Kalp yetmezliği bakımına yönelik uygulamalarda, özellikle sigara bırakma tavsiyesinin şifahi olmaktan çıkarılıp, kurumsal eğitim sürecine dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu sayede izlenebilir ve izlenebilir olmayan ölçütlerden oluşan paketin karma başarı oranı artırılmış olacaktır.

VTE bakım karmasının 2010 yılı TJC verilerine göre Amerikan Hastaneleri'nde %82,7 olduğu, bu çalışmada ise %41,9 olduğu ve aradaki farkın yüksek olduğu belirlendi (8). Hastanede karma başarı oranının düşük olduğu ve bakımına yönelik uygulamalarda gelişime ihtiyaç olduğu belirlenmiştir. İyileştirilmesi gereken bileşenler ise; antikoagülan ile VTE hastasının tedavisinin örtüşmesi ile taburculukta warfarin tedavisi talimatının verilmesi bileşenleridir. Yan etkisi olabilecek uygulamalardan olan warfarin tedavisi konusunda hastalara verilecek olan taburculuk eğitiminin önemi hakkında sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesinin faydalı olacağı kanısına varıldı.

Bileşenlerinin tamamı izlenebilir ölçütlerden oluşan felç bakım ölçüm setinde ise karma başarı oranı %20,8 olarak bulundu ve Amerikan

hastanelerine (%92,8) göre bu oranın önemli derecede düşük olduğu belirlendi. Bu sonuç doğrultusunda hastanede bakımına yönelik uygulamalarda gelişime ihtiyaç olduğu ve bileşenler yönünden uygulanan tedavi ve hasta eğitimi konusunda eksikliklerin olduğu, bu durumda sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi ve eğitimi ile giderilebileceği kanısına varıldı.

Yatan hasta psikiyatrik bakım ölçüm setinde tecrit ve fiziksel sınırlama kurumda uygulanmadığı için diğer beş bileşen açısından değerlendirme yapıldı ve karma başarı oranı %51,3 olarak bulundu. Amerikan hastanelerinde ise bu oranın %87,6 olduğu görülmektedir (8). Hastanede karma başarı oranını düşüren bileşenin, kabul taraması ve çoklu antipsikotik medikal tedavi için gerekçelendirme olduğu görüldü. Bu bileşenler konusunda tedavi ve bakım verenlerin kayıt tutma konusunda bilinçlendirilmesi gerektiği düşünüldü.

Test ölçüm aşamasından olan perinatal bakım ölçüm seti karma başarı oranı Amerikan hastanelerinde %48,1 olarak bulunurken, bu çalışmada karma başarı oranı %48,6 olarak bulundu (8). Bu pakette hastanemizin Amerikan hastaneleri ortalamasını geçmiş olması sevindirici bir durumdur.

Bu çalışmadan elde edilen karma başarı oranları ile Amerikan hastaneleri karma başarı oranları ve geliştirilmesi gereken başarı oranı karşılaştırma tablosu Tablo 3'te verilmiştir.

Genel karma başarı tablosu incelendiğinde, araştırma kapsamındaki hastanenin, perinatal bakım ölçüm setinde Amerikan hastaneleri ortalamasından daha iyi seviyede olduğu; kalp krizi bakımı ölçüm setinde de %95 başarı sınırını geçtiği görülmüştür. Diğer bütün paketlerde %95 sınırı geçilememiş ve Amerikan hastanelerinden daha düşük seviyede olduğu görülmüştür. En çok iyileştirme yapılması gereken ölçüm seti felç bakımı uygulamasıdır. Sonra sırasıyla pnömöni bakımı, VTE bakımı, cerrahi bakım ve yatan hasta psikiyatrik bakım uygulamaları gelmektedir. Genel itibarıyla uygulamaların başarı oranını düşüren nedenler; şifahi olarak hastaya söylenilen tavsiyelerin hasta kayıtlarında bulunmaması, çalışanların bu konuyu önemsememesi, hastane kaynaklı enfeksiyonların engellenmesine yönelik yapılması gereken uygulamaların sıkı takip edilmemesi, yatan hastaların taburculuk eğitimlerinde yetersizlikler ve kanıta dayalı uygulamalar açısından yeniliklerin takip edilmemesi şeklinde sıralanabilir.

Tablo 3. Genel Karma Başarı Tablosu

Sıra No	Ölçüm Setleri	Akredite Hastaneler başarı oranı %	Bu çalışma %	Geliştirilmesi Gereken Başarı Oranı Fırsat tablosu
1	Cerrahi bakım	96,4	43,5	52,9
2	Kalp krizi bakımı	98,4	97,9	0,05
3	Kalp yetmezliği bakımı	95,5	74,1	21,4
4	Çocuk astım bakımı	92,3	87,5	4,8
5	Pnömoni bakımı	95,2	32,4	62,8
6	Yeni pnömöni bakımı	YOK	52,2	UYUMLU DEĞİL
7	VTE bakımı	82,7	41,9	40,8
8	Felç bakımı	92,8	20,8	72
9	Yatan hasta psikiyatrik bakım	87,6	51,3	36,3
10	Perinatal bakım	48,1	48,6	+ 0,5 Oranında Daha Önde
JCI Tüm Paketler Karma Başarı oranı		87,66	55,33	

SONUÇ

Eksiksiz, noksansız veya kusursuz çalışma düzeyi olarak tanımlanan güvenilirlik anlayışının sağlık hizmetlerine uyarlanması sonucu sağlık hizmetlerinde kalite düzeyi artmış olacaktır. Paketlerin genel uyum oranlarına bakıldığında, uyumun eksiksiz, noksansız ve kusursuz olmadığı görülmektedir. Milyonda 3-4 hatalı veya eksik çalışma manasına gelen altı sigma yaklaşımı açısından eksiklerin, kusurların ve noksan olan kısımların çok büyük bir kısmında iyileştirmeye ihtiyaç bulunmaktadır. İlk dönemler açısından % 95 ve üzeri olan uyum oranları klinik kalite sürecinin sigma düzeyini yükseltecektir. Literatüre katkı açısından klinik kalite süreçlerinin altı sigma yaklaşımı bağlamında güvenilirlik düzeyinin belirlenmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

Joint Commission'un "Accountability Measures" yaklaşımının Türkiye şartlarında çok rahatlıkla uygulanabileceği ancak Pnömoni paketi için yeni bileşenlerin belirlenmesine ihtiyaç bulunduğu, diğer paketlerin ise uygulanabilir olduğu değerlendirilmektedir. 300 yatak kapasiteli bir kurum için tavsiye edilen ideal başlangıç paketleri; cerrahi bakım paketi, kalp krizi, perinatal ve venöz tromboembolizm paketleridir. Bu başlangıç paketlerinin uygulanması sonucunda özellikle cerrahi kliniklerde kalitenin artabileceği düşünülmektedir. Kurumlar kendi ihtiyaçlarını gözeterek diğer paketlerden de yararlanabilir.

Çalışmamızla ilgili literatür araştırmasında, bu paketlerin Türkiye şartlarında uygulanabilirliği konusunda herhangi bir yayına rastlanılmamıştır.

Dolayısı ile bu tür bir çalışma Türkiye'de ilk defa ele alınmış olup, daha fazla hasta ve çok merkezli çalışmaların Türkiye'de sağlık sektöründe klinik kaliteyi üst düzeylere çıkarabileceği değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gummerson E. Service Managment: An Evaluation And The Future. International Journal of Service Industry Managment. 1994, 5 (1): 77-96.
2. İncesu E, Yorulmaz M. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi. 5.Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. Ekim, 2011.
3. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs. 27 (3): 2008: 759-769.
4. Aydın S. Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik. 17.Kalite Kongresi, 24-26 Kasım, 2008.
5. Institute for Healthcare Improvement. Improving the Reliability of Health Care. Innovation Series, 2004.
6. Devedbakan N. Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2006:8 (1): 120-149.
7. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2000.
8. The Joint Commission. Improving America's Hospitals The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety. 2011.
9. The Joint Commission. Improving America's Hospitals The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety. 2012.

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014:13(3)

10. Chassin MR, Loeb JM, Schmalz SP and Wachter RM. Accountability Measures-Using Measurement to Promote Quality Improvement. The New England Journal of Medicine. 2010: 363(7): 683-688.
11. Press I. The Measure of Quality. Q Manage Health Care. 2004: 13 (4): 202-209.
12. T.C.Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Hastane Hizmet Kalite Standartları Rehberi. Pozitif Matbaa, Ankara: 2011.
13. Cohen, Adam B., et al. Quality Measures For Neurologists Financial And Practice Implications. Neurology: Clinical Practice 3.1. 2013: 44-51.
14. Bergman J, Robert H.B and Mark S. L. A Call to ActionImproving Value by Emphasizing Patient-Centered Care at the End of Life Patient-Centered Care at the End of Life. JAMA Surgery. 148.3. 2013: 215-216.
15. <http://www.saglik.gov.tr/KlinikKalite/belge/1-17646/tanimlar.html>(Erişim:10 Eylül 2013)
16. Türk Kardiyoloji Derneği. TKD Akut Miyokard İnfarktüsünde Trombolitik Tedavi Kılavuzu. İstanbul, 1996.