

5. ULUSLARARASI SAĞLIKTA KALİTE, AKREDİTASYON VE HASTA GÜVENLİĞİ KONGRESİ

13-16 Nisan 2011, AKKA Hotel-Beldibi / ANTALYA / TÜRKİYE

www.qps-antalya.org

13 NİSAN 2011 ----- ÇARŞAMBA

13:00 KAYIT VE OTELE YERLEŞME

18:00 – 19:00 RESMİ AÇILIŞ, HOŞGELDİNİZ KOKTEYLİ VE AKŞAM YEMEĞİ

14 NİSAN 2011 ----- PERŞEMBE

09:00– 09:30 **ACILIS KONUŞMALAR!** Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Hulusi ŞENTÜRK, Türk Standartları Enstitüsü, Başkanı, TÜRKİYE

Prof. Dr. Seval AĞGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE

09:30 – 10:30 **Konferans** [21.YÜZYILDA SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMADA TEMEL TAŞ: "KLİNİK HİZMETLERDE RİSK YÖNETİMİ"](#)

Konuşmacılar

Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Prof. Dr. Seval AĞGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE

10:30 – 11:00 **Kahve Arası**

PARALEL OTURUMLAR I

SALON - I

[KLİNİK HİZMETLERDE MULTI-DİSİPLİNER RİSK YÖNETİMİ PROGRAMLARI](#)

Oturum

Prof. Dr. Al-Assaf, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Konuşmacılar

Dr. Arild Aambø, NAKMI, Norveç Azınlıklar Sağlık Araştırmaları Demeği, Ullevaal Üniversite Hastanesi, NORVEÇ

Dr. Ursula Karl-Trummer, MSc, Sağlık ve Göç Merkezi, Danube Üniversitesi, Krems, AVUSTURYA

Dr. El-Mhamdi Sana, Department of Preventive Medicine, University Hospital of Monastir, TUNUSIA

SALON - II

[RİSKLERİN MALİYET ANALİZLERİ](#)

Oturum

Prof. Dr. Ata Nevzat Yalçın, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, TÜRKİYE

Başkanı

Konuşmacılar

Prof. Dr. Ata Nevzat Yalçın, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, TÜRKİYE

Yrd. Doç. Dr. Yaşar Odacıoğlu, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, ESKİŞEHİR

Dr. Levent Atay, Medikal Direktör Yardımcısı, Memorial Ataşehir Hastanesi, İSTANBUL, TÜRKİYE

Uz. Dr. Fatih Önsüz, İl Sağlık Müdürlüğü, Sakarya, TÜRKİYE

SALON - III

[KLİNİK RİSK İYİLEŞTİRME YÖNTEMLERİ](#)

Moderatör

Prof. Dr. Fikriye Uras, Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, İstanbul, TÜRKİYE

Konuşmacılar

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ HEDEFLERİNE YÖNELİK UYGULAMALAR (BSK METROPARK HASTANESİ ÖRNEĞİNDE YAPILAN MİKRO ÇALIŞMA)

ALKAYA Özlem; BSK Metropark Hastanesi, Adana, Türkiye

SERVERGAZİ DEVLET HASTANESİNDE "SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI VE KORUNMASINA İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ"E UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

1.Gürbüz Akçay, 2. Hatice Erbeyin, 3. Ahmet Baloğlu, 4. İsmail Dönertaş, 5. Meral Gürhan, 6. Yazuzhan Baloğlu, 7. Saliha Koçoğlu, 8. Osman Okumuş, 9. Şaban Filiz
Servergazi Devlet Hastanesi, Türkiye

KLİNİK BAKIM HARİTALARININ MULTİDİSİPLİNER HASTA BAKIMININ GELİŞTİRİLMESİNDEKİ ROLÜ

ÖZTÜRK Nihan, ŞİPKA Ali Galip, KURT Emine
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi / İstanbul / Türkiye

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ SÜREÇLERİNDE HATA TÜRLERİ VE ETKİLERİ ANALİZİ (HTEA) ÇALIŞMASI

ŞİPKA, Ali Galip, ÜNSAL, Mehmet, KURT Emine, KESKİN, Ali Ümit,
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi / İstanbul / Türkiye

SALON - IV

[KLİNİK RİSK YÖNETİMİNDE HASTA ALGILAMALARI](#)

Moderatör

Uzm. Dr. Süha Şen, Enfeksiyon hastalıkları Uzmanı ve Başhekim yardımcısı Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, TÜRKİYE

Konuşmacılar

YATAN HASTALARDA VİTAMİNLER VE BİTKİSEL ÜRÜNLERİN KULLANIM SIKLIĞI, İLAÇ ETKİLEŞİMLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ YÖNÜNDE ÖNEMİ

Gümüş Zekeriya, Sağlam Zeynep,
Ordu Devlet Hastanesi, Ordu/Türkiye

GENEL CERRAHİ SERVİSİNDE HASTA VE HEMŞİRELER TARAFINDAN HEMŞİRELİK BAKIM KALİTESİNİN ALGILANMASI

Kurşun Şerife, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Konya-Türkiye
Kanan Nevin, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul- Türkiye

KALP VE DAMAR CERRAHİSİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN TIBBİ HATALARLA İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE BU GÖRÜŞLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Gündoğdu Seval, Bakır İhsan, Mendeş Hatun
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HASTA HAKLARI BİRİMİNDE GÖRÜŞÜLEN KONULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. KURT DURMUŞ Meral, 2. **ÇOBAN Didem**, 3. ÖZKAN Serpil, 4. BORA Fatih, 5. ÇİFTLİK Emine Elvan, 6. KESGİN Vildan, 7. YİĞİT Özgür
Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GEVHER NESİBE HASTANESİNDE HASTA VEYA YAKINLARININ MEMNUNİYET VE ŞİKAYETLERİNİN BİRE BİR GÖRÜŞME YÖNTEMİ İLE BELİRLENMESİ

1-**Tülin Filik**, 2-Demet Ünalın, 3-Hatice Uysal, 4-Özcan Özyurt, 5-Ali Ölçmen Kara
1 Müdür Yrd., 2 Doç.Dr., 3 Başhemşire Yrd., 4 Başmüdür, 5 Sosyal Çalışmacı
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri, Türkiye

12:30 – 14:00 **Öğlen Yemeği**

14:00 – 15:30 **PARALEL OTURUMLAR II**

SALON - I **ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ve HASTANELERDE RİSK ANALİZLERİ VE AFET PLANLARI**

Oturum Başkanı

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar

Dr. Mehmet Akif Güleç, Ankara İli Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Müdür Yardımcısı, **TÜRKİYE**
Emine Tahhan, Ankara İli Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Müdür Yardımcısı, **TÜRKİYE**

SALON - II **KLİNİK LABORATUARLARDA RİSK ANALİZLERİ, HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI**

Oturum Başkanı

Prof. Dr. Fikriye Uras, Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, İstanbul, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar

Prof. Dr. Fikriye Uras, Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, İstanbul, **TÜRKİYE**

Doç. Dr. Sebahat Özdem, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biokimya Öğretim Üyesi, Merkez laboratuvarları Sorumlu Yardımcısı, Antalya, **TÜRKİYE**

Prof.Dr. Dilara Ögünç, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ABD Öğretim Üyesi, Merkez Laboratuvarları Sorumlu Yardımcısı, Antalya, **TÜRKİYE**

SALON - III **RİSK MALİYETİ**

Moderatör

Prof. Dr. Ata Nevzat Yalçın, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNDE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMASI

1. Bal Ahmet, 2. **Memiş Resmîye**, 3. Yıldız Adnan, 4. Çaliş Aynur, 5. Yılmaz Hatice, 6. Korkmaz Günay,
Prof. Dr. A.İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

GİRESUN AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ'NDE PROTEZ HİZMETLERİNDE HATA DEĞERLENDİRMESİ VE İYİLEŞTİRİLMESİ:

YILMAZ, Hülya,

Giresun Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi / Giresun / Türkiye

GİRESUN PROF.DR. A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ, GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİNDE TEKRARLI ÇEKİMLERİN ÖNLEMESİ

1. Bal Ahmet, 2. **Korkmaz Günay**, 3. Çaliş Aynur, 4. Memiş Resmîye, 5. Yıldız Adnan, 6. Yılmaz Hatice,
Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

AKREDİTASYON STANDARTLARI KAPSAMINDA BİR TAŞERON HİZMETİN İZLEMİ VE DENETİMİ BAYINDIR HASTANESİ ÖRNEĞİ

Ayfer BAHTIYAR, Doç. Dr. Tefik TEZCANER, Dr. Hakan AKAN, Hilal ŞEKERCİ
Bayındır Hastanesi, Ankara, Türkiye

SAĞLIKLI VE GÜVENLİ HASTANE ORTAMI İÇİN RİSK ANALİZİ- ÖRNEK ÇALIŞMA

Güler ÇAKMAK,

Kalite Direktörü, Medicalpark Hastaneler Grubu/ İstanbul/Türkiye

SALON - IV **KLİNİK RİSK YÖNETİMİNDE BİLGİ SİSTEMLERİNİN ROLÜ**

Moderatör

Yrd. Doç. Dr. Yaşar Odacıoğlu, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, ESKİŞEHİR, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar

RADYOLOJİ GÖRÜNTÜLERİNİN ELEKTRONİK ORTAMA TAŞINMASI BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE PACS KURULUM ÖRNEĞİ

Yard. Doç. Dr. Yaşar ODACIOĞLU,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi- ESKİŞEHİR

KALİTE YÖNETİMİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASI; BİLGİ SİSTEMLERİ

BAŞARAN Cem-1, AYDOĞDU Hikmet-1, BÖLÜKBAŞ Cemile-2, BAŞTUĞ Aynur-3, BAĞCI Osman-3, AYDEMİR Salih Cüneyt3

1. Medicana Hospitals Bahçelievler, İstanbul / Türkiye
2. Medicana International İstanbul, İstanbul / Türkiye
3. Medicana Hospitals / Türkiye

TIBBİ KAYITLAR VE HASTA GÜVENLİĞİ

ÇELİKKOL Uğur1-, GÜNDOĞDU Fatma-1, BAŞTUĞ Aynur-2, BAĞCI Osman-2, OSMANOĞLU Gökhan-1, AYDEMİR Salih Cüneyt-2

1. Medicana International Ankara / Ankara / Türkiye
2. Medicana Hospitals / Türkiye

KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİNDE BİLGİ GÜVENLİĞİ VE GÜNCELLİĞİ

BAŞTUĞ Aynur-1, TENER Burcu-2, BAŞARAN Cem-3, ÇELİKKOL Uğur-4, BÖLÜKBAŞ Cemile-5, BAĞCI Osman-1, AYDEMİR Salih Cüneyt-1

1. Medicana Sağlık Grubu, Türkiye
2. Support Yazılım, İstanbul /Türkiye
3. Medicana Hospitals Bahçelievler, İstanbul / Türkiye
4. Medicana International Ankara, Ankara /Türkiye
5. Medicana International İstanbul, İstanbul / Türkiye

15:30 - 16:00	Kahve Arası	
16:00 - 17:00	SALON- I KONFERANS	KLİNİK HİZMETLERDE RİSKLERİN AZALTILMASI İLE SAĞLIK ÇALIŞANLARINI NASIL KORUYABİLİRİZ? İŞ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMI;
	<u>Oturum Başkanı</u>	Prof. Dr. Seval AĞÜN , Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü , TÜRKİYE
	<u>Ana Konuşmacı</u>	Dr. Rana Güven , T.C. Çalışma Bakanlığı, TÜRKİYE

15 NİSAN 2011 ---- CUMA

09:00 – 10:00	SALON I - KONFERANS	SAĞLIKTA RİSK YÖNETİMİNDE RİSK YÖNETİM YÖNTEMLERİNİN KULLANILMASI, YÖNTEMLER, ARAÇLAR VE SONUÇLAR; İTALYA, REGGIO EMİLİA ÖRNEĞİ
	<u>Oturum Başkanı</u>	Prof. Dr. Al-Assaf , Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD
	<u>Konuşmacı</u>	Dr. Antonio Chiarenza, PhD , Coordinator,WHO-HPH task force on MCCH, Regional HPH Network Of Emilia-Romagna Direzione Generale , Ausl Of Reggio Emilia , İTALYA
10:00 - 10:30	Kahve Arası	
10:30 – 12:30	PARALEL OTURUMLAR III	
	SALON - I	SAĞLIK KURULUŞLARINDA KLİNİK RİSK YÖNETİMİ NASIL SAĞLANIR VE İYİLEŞTİRİLİR?
	<u>Oturum Başkanı</u>	Dr. Amin Nimer, CEO , Mouwasat Hospitals Group, Dammam, SUUDİ ARABİSTAN
	<u>Konuşmacılar</u>	Dr. Dina Baroudi , Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları . M.S.Baharahil Hastanesi , Mekke , SUUDİ ARABİSTAN
		Dr. El-Mhamdi Sana , Department of Preventive Medicine, University Hospital of Monastr, TUNUSIA
		Dr. Moza ALISHAQ, PhD, MNS, MSc, RN, BSN , Risk Yönetimi Bölüm Başkan Yardımcısı, Hamad Tıp Kompleksi, Kalite Yönetimi Departmanı, KATAR
		Dr. Shaheer Al Qahtani , Imam Abdulrahman Bin Faisal Hospital- Dammam, National Guard Health Affairs, SUUDİ ARABİSTAN
	SALON - II	AKREDİTASYON VE RİSK YÖNETİMİ
	<u>Moderatör</u>	Güler Çakmak , Kalite Geliştirme ve Hasta İlişkileri Direktörü, Medikal Park, İSTANBUL, Türkiye
	<u>Konuşmacılar</u>	HASTANE KALİTE YÖNETİCİSİ AYNI ZAMANDA HASTANE GENEL MÜDÜRÜ OLMALIDIR (STANDARTLAR KİTABININ GENEL MÜDÜR YÖNETİM EL KİTABI OLARAK KULLANIMI) TURAN , MUSTAFA TANSEL (MD , PhD) , BSK Metropark Hastanesi / ADANA / TÜRKİYE
		NEREDEN BAŞLAMALI ? YENİ AÇILACAK BİR HASTANEDE JCI AKREDİTASYON ÇALIŞMALARINA NEREDEN BAŞLAMALI VE NASIL BİR İŞ PLANI OLMALI TURAN , MUSTAFA TANSEL (MD , PhD) ,BSK Metropark Hastanesi / ADANA / TÜRKİYE
		NEREDEN BAŞLAMALI ?İŞLEYEN BİR HASTANEDE JCI AKREDİTASYON ÇALIŞMALARINA NEREDEN BAŞLAMALI VE NASIL BİR İŞ PLANI OLMALI TURAN , MUSTAFA TANSEL (MD , PhD) ,BSK Metropark Hastanesi / ADANA / TÜRKİYE
		HASTANELERDE KADIN ÇALIŞANLARIN KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN BİREYSEL PERFORMANS VE KURUMSAL KALİTE ÇALIŞMALARINA ETKİLERİ KÜÇÜKİLHAN Mustafa ,Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Türkiye
		SAĞLIK TURİZMİNDE JCI AKREDİTASYONUN ÖNEMİ YURT Seçil , BSKMetropark Hastanesi , Adana , Türkiye GÜMÜŞGERDANLI Ayşe , BSKMetropark Hastanesi , Adana , Türkiye
		ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ISO9001:2008 KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ ve DICLE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ UYGULAMALARI Yrd.Doç.Dr. İsmail YILDIZ(1) , Murat BİÇİMLİ(2) 1 Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, DİYARBAKIR 2 Dicle Üniversiteleri Hastaneleri, Kalite ve Strateji Geliştirme Koordinatörlüğü, DİYARBAKIR
	SALON - III	BİNA VE TESİS GÜVENLİĞİ
	<u>Moderatör</u>	Prof. Dr. Yekta Ülgen , Boğaziçi Üniversitesi, Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü, TÜRKİYE
	<u>Konuşmacılar</u>	AÇIL DURUMLARA SÜREKLİ HAZIR KALABİLMEK İÇİN TATBİKAT Özden Baylam Anadolu Sağlık Merkezi / Kocaeli / Türkiye
		GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNİN ETİLEN OKSİT İLE STERİLİZASYON GÜVENLİĞİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA 1. Ahmet Bal, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye 2. Aynur Çalış , Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Giresun/Türkiye
		TANISAL RADYOLOJİ UYGULAMALARINDA HASTA VE ÇALIŞANLARIN RADYASYON FARKINDALIĞI Levent SONĞUR(1) , Kamer AKYOL AYTÜRK(2) Van Devlet Hastanesi, Sağlık Fizikçisi (1), Kalite Temsilcisi (2), Van Türkiye
		HASTA GÜVENLİĞİNDE; MEDİKAL CİHAZ KULLANIM GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI DERYAHANOĞLU, Onur KESKİN, Ali Ümit , YILDIZ, Alper Yeditepe Üniversitesi Hastanesi / İstanbul / Türkiye

12:30 – 13:30 Öğlen Yemeği

13:30 – 15:00 PARALEL OTURUMLAR IV

SALON - I [KLİNİKTE RİSK YÖNETİMİ PERSPEKTİFİNDEN HASTA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI](#)

Oturum Başkanı Prof. Dr. Al-Assaf, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Konuşmacılar Dr. Dina Baroudi, Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları M.S. Baharahil Hastanesi, Mekke, **SUUDİ ARABİSTAN**

Dr. Abdullah Eddall, Başhekim, M.S. Baharahil Hastanesi, Mekke, **SUUDİ ARABİSTAN**

Dr.Eman Darwish, Director Performance Improvement Department, Mouwasat Hospitals Group, Dammam, **SUUDİ ARABİSTAN**

Yrd. Doç. Dr. Nasir Warfa, Wolfson Enstitüsü, Barts Ve Londra Tıp Ve Diş Hekimliği Fakültesi, Queen Mary Üniversitesi, Londra, **İNGİLTERE**

SALON - II [TESİS VE BİNA GÜVENLİĞİ](#)

Oturum Başkanı Prof. Dr. Yekta Ülgen, Boğaziçi Üniversitesi, Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar Prof. Dr. Yekta Ülgen, Boğaziçi Üniversitesi, Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü, **TÜRKİYE**

Dr. Gürbüz Akçay, Baştabip, Servergazi Devlet Hastanesi, **TÜRKİYE**

Uzm. Kaya Kars, TSE, Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü, Antalya, **TÜRKİYE**

Uzm. Hidayet Şahin, TSE, baş tetkik görevlisi, Antalya, **TÜRKİYE**

SALON - III [TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRELİK BAKIM KALİTESİNİN ÖNEMİ](#)

Modaratör Op.Dr. S. Cüneyt Aydemir, Medicana Sağlık Grubu, Kalite Koordinatörü, Göğüs Cerrahi Uzmanı, İstanbul, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar **BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATALAR VE HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN ALGILAMALARI**

Uğur Esra*, **Çiftçi Ersoy Özlem****, Semiz Aydın Seçil**, Akbal Elif**

* Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

** Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, İstanbul, Türkiye

BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Meryem ALICI, Şengül GÜNGÖR, Gölçük Asker Hastanesi, KOCAELİ, TÜRKİYE

BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24'ÜN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Kursun Şerife, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Konya-Türkiye

Kanan Nevin, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul- Türkiye

HASTA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN ANALJEZİK KULLANIMINDA HASTA BİLGİLENDİRME

FAYDALI Saide, Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Aksaray, Türkiye

BAYRAKTAR, Nurhan, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

HEMŞİRELERİN DÜŞME RAPORLANMASINA İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLARI

1.KEŞGİN Vildan, 2.ÇİFTLİK Emine Elvan,3.ÖZKAN Serpil, **4.KURT DURMUŞ Meral**, 5.ÇOBAN Didem,6.YİĞİT Özgür
Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMI RİSKLERİ İLE İLGİLİ ALGILARI VE BU ALGILARI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Gündoğdu Seval, Mendeş Hatun,

İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

SALON - IV [KLİNİK RİSK YÖNETİMİ UYGULAMALARI](#)

Modaratör Dr. Erhan Önal, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, İl Sağlık Müdür Yardımcısı, Ankara, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar **HEMODİYALİZ ÜNİTESİNDE HATA TÜRLERİ VE ETKİLER (FMEA)**

BÖLÜKBAŞ Cemile1, GÜR Ahmet1, KAÇAR Gülay1, DEMİRBAŞ Yeliz1, YAVUZ Nihal1, AYDEMİR Salih Cüneyt2

1. Medicana International İstanbul, İstanbul Türkiye

2. Medicana Sağlık Grubu, Türkiye

GİRESUN PROF. DR.A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ YOĞUN BAKIM ENFEKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Bal Ahmet, **2. Demir Meral**, 3. Eevli Keziban,

Prof. Dr.A.İlhan Özdemir Devlet Hastanesi , Giresun/Türkiye

ACİL LABORATUVARI KRİTİK TEST DEĞERLERİNİN BİLDİRİM SİSTEMİ YÖNÜNDEN ANALİZİ:

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

1.Bal Ahmet, **2.Yılmaz Hatice**, 3. Çalış Aynur,4.Korkmaz Günay,5.Memiş Resmiye, 6.Yıldız Adnan, 7. Menevşe Süleyman F.

Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

HEMŞİRELERİN İLAÇ UYGULAMA HATALARINI ÖNLEMEDE SEKİZ-DOĞRU

FAYDALI Saide,

Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Aksaray, Türkiye

OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ: MEDICALPARK HASTANELER GRUBU (MPHG) ÖRNEĞİ

ÇAKMAK Güler,

Medicalpark Hastaneler Grubu/ İstanbul, Türkiye

İLAÇ GÜVENLİĞİ KONUSUNDA EĞİTİM VERİLMESİ VE VAKA BİLDİRİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aysun ÇİÇEK KIYICIOĞLU,

Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul,Türkiye

15:00 – 15:15 Kahve Arası

15:15 – 16:30

PARALEL OTURUMLAR III

SALON I - I [KLİNİK HİZMETLERDE RİSK İYİLEŞTİRME TEKNİKLERİ](#)

Oturum Başkanı **Dr. Aisha Hassan Mutwali**, Başkan, King Abdulaziz Hastanesi Ve Kanser Merkezi,Cidde, **SUUDİ ARABİSTAN KRALLIĞI**

Konuşmacılar **Dr. El-Mhamdi Sana**, Koruyucu Hekimlik Departmanı, Monastr Üniversite Hastanesi, **TUNUS**
Dr. Manal Mohammed Shira, King Saud Tıp Kompleksi, Sağlık bakanlığı, Riyad, **SUUDİ ARABİSTAN KRALLIĞI**

Dr. Moza ALISHAQ, PhD, MNS, MSc, RN, BSN, Risk Yönetimi Bölüm Başkan Yardımcısı, Hamad Tıp Kompleksi, Kalite Yönetimi Departmanı, **KATAR**

Dr. Aisha Hassan Mutwali, Başkan, King Abdulaziz Hastanesi Ve Kanser Merkezi,Cidde, **SUUDİ ARABİSTAN KRALLIĞI**

SALON - II [FARMOKOEPİDEMİYOLOJİ, İSTENMEYEN İLAÇ ETKİLERİNİN VE İLAÇ KULLANIMINDA KLİNİK RİSKLERİN AZALTILMASINDA İZLENECEK YOLLAR](#)

Oturum Başkanı **Prof. Dr. Mustafa Kemal Balci**, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji B.D. Öğretim Üyesi, ANTALYA, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar **Prof. Dr. Semra Şardaş**, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, **TÜRKİYE**

Prof. Dr. Çoşkun Usta, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim dalı, ANTALYA, **TÜRKİYE**

Prof. Dr. Hakan Ergun Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji Anabilim, Ankara, **TÜRKİYE**

SALON - III [KLİNİK RİSK YÖNETİMİNDE HASTANE KAYNAKLI ENFEKSİYONLARIN ROLÜ, STERİLİZASYON VE DEZENFEKSİYON](#)

Modaratör **Prof. Dr. Seval AKGÜN**, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar **Prof. Dr. Faruk Aydın** : Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ABD, **TÜRKİYE**

Uzm. Dr. Süha Şen, Enfeksiyon hastalıkları Uzmanı ve Başhekim yardımcısıTürkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, **TÜRKİYE**

SALON IV [RİSK YÖNETİMİ VE TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİ](#)

Modaratör **Demet Hayali Yıldırım** İzmir Sağlık Müdürlüğü, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar **SAĞLIKTA RİSK YÖNETİMİ**
Demet HAYALİ YILDIRIM, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir, Türkiye

SÜREKLİ İYİLEŞTİRMEDE İNDİKATÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ
BAĞCI Osman1, POLAT Semra1, AYDOĞDU Hikmet2, BÖLÜKBAŞ Cemile3, ÇELİKKOL Uğur4, BAŞTUĞ Aynur1, AYDEMİR Salih Cüneyt1
1. Medicana Hastaneler Grubu, Türkiye
2. Medicana Bahçelievler Hastanesi, İstanbul Türkiye
3. Medicana International İstanbul Hastanesi, İstanbul Türkiye
4. Medicana International Ankara Hastanesi, Ankara Türkiye

BURDUR İLİ YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDAKİ HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
Yıldırım Cüneyt, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye
Kılınc Ahmet Selçuk, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye
Badıllıoğlu Okan, Bucak Toplum Sağlığı Merkezi, Burdur, Türkiye
Çetin Turan, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye
Erçoban Nida, Burdur Devlet Hastanesi, Burdur, Türkiye

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ HASTA BAKIMINDA TIBBİ HATALARIN ÖNLEMESİ
1. Bal Ahmet,2. Çalış Aynur,3.Yılmaz Hatice, 4.Korkmaz Günay, 5.Memiş Resmiye, 6.Yıldız Adnan, 7.Menevşe Süleyman F.
Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

KURUMSAL RİSK YÖNETİMİNDE, SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ RİSK YÖNETİM MODELİ UYGULAMASI
Emrullah İNCESU1,Mehmet YORULMAZ2 ,M.Hakan ALTUNTAŞ3
1.Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Temsilcisi, Konya
2.Konya İl Sağlık Müdürlüğü İl Kalite Koordinatörlüğü, Konya
3. Konya Seydişehir Devlet Hastanesi , Konya

HASTANELERDE RİSK DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARI
Dr. Hacı Bayram ZENGİN / Malatya İl Sağlık Müdürü, Malatya, Türkiye
Op.Dr.Erol DEMİRTAŞ / Başhekim / Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesi, Malatya, Türkiye
Dr. Hasan Tuncer / Malatya İl Sağlık Müdür Yardımcısı, Malatya, Türkiye
Hilal MORDOĞAN / Malatya İl Sağlık Müdürlüğü, Kalite Uzmanı , Malatya, Türkiye
Suat ÇOBAN / Malatya İl Sağlık Müdür Yardımcısı , Malatya, Türkiye
Saime BÜBER / Kalite Birim Sorumlusu , Malatya, Türkiye
Mehmet SOYLU / Yeşilyurt Devlet Hastanesi, Malatya, Türkiye
Nurhan Özkan AYDIN / Malatya Ağız ve Diş sağlığı Merkezi / Kalite Koordinatörü, Malatya, Türkiye

16:30 - 17:15

SALON I - KONFERANS [Klinik Risk Yönetiminde İnternet Teknolojileri, Bilgi ve Becerilerinin Rolü](#)

Oturum Başkanı **Prof. Dr. Seval AKGÜN**, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, **TÜRKİYE**

Ana Konuşmacı **Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA**, Bratislava Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim Bölüm Başkanı, **SLOVAKYA**

20:00

Kongre Gala Yemeği

- 09:00-10:00 **Konferans:** [Klinik Tanı Ve Tedavi Rehberlerinin Risk Yönetimindeki Rolü](#)
- Oturum Başkanı** Prof. Dr. Al-Assaf, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD
- Ana Konuşmacı** Prof. Dr. Martin RUSNAK, Dekan, Trnava Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, **Slovakya**, INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/ **AVUSTURYA**
- 10:00 – 10:30 **Kahve Arası**
- 10:30 - 12:00 **PARALEL OTURUMLAR V**
- SALON - I** [KLİNİK RİSK YÖNETİMİNDE ENFEKSİYON KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ](#)
- Oturum Başkanı** Dr. Ercan Bal, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanı, **TÜRKİYE**
- Konuşmacılar** Prof. Dr. Levent Doğanç, Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Bayındır Hastaneleri, Ankara, **TÜRKİYE**
- Şengül GÜNGÖR, Gölçük Askeri Hastanesi, KOCAELİ, **TÜRKİYE**
- Ayşegül Altınkeser, T.S.K.Etimesgut Askeri Hastanesi, Ankara, **TÜRKİYE**
- SALON - II** [HİZMETİÇİ EĞİTİMLER, İŞ DURUMU VE KLİNİK RİSK YÖNETİMİ İLİŞKİSİ](#)
- Oturum Başkanı** Uzm. Dr. Süha Şen, Enfeksiyon hastalıkları Uzmanı ve Başhekim yardımcısı Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, **TÜRKİYE**
- Konuşmacılar** **BİLECİK İLİNDE AİLE HEKİMLERİNİN İŞ MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN PERFORMANSLARINA ETKİSİ**
Hemşire Sevgül YILMAZ, Sağlık Memuru Hatice ÇELİK,
Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü, İl Performans Kalite Birim Sorumlusu, Bilecik
- ANALJEZİKLERİN KALİTELİ KULLANIMINA İLİŞKİN VERİLEN EĞİTİMİN HEMŞİRELERİN BİLGİ VE UYGULAMALARINA ETKİSİ**
FAYDALI, Saide, Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Aksaray, Türkiye
BAYRAKTAR, Nurhan, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye
- AYDIN DEVLET HASTANESİ ÇALIŞANLARININ HİZMET İÇİ EĞİTİME YÖNELİK DÜŞÜNCE VE BEKLENTİLERİ**
Hatice Bircan, Sibel Şeker, **Meryem Karabulut**
Aydın Devlet Hastanesi, Aydın, Türkiye
- HEKİM VE HEMŞİRELERDE KURUM BAĞLILIĞININ İŞTEN AYRILMA ÜZERİNE ETKİSİ**
1. ÖZKAN Serpil, 2. KURT DURMUŞ Meral, 3. ÇİFTLİK Emine Elvan, 4. ÇOBAN Didem, 5. KESGİN Vildan, 6. YİĞİT Özgür
Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- İNSÜLİN TEDAVİSİ ALAN DİYABETLİ HASTALARDA DİYABET EĞİTİM HEMŞİRESİNİN VERDİĞİ EĞİTİMLERİN İNCELENMESİ**
BAL Ahmet, **KURT Nebiha**, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi -Giresun-TÜRKİYE
- SALON - III** [RİSK YÖNETİMİNDE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM](#)
- Oturum Başkanı** Dr. Gürbüz Akçay, Baştabip, Servergazi Devlet Hastanesi, **TÜRKİYE**
- Konuşmacılar** **BİR EĞİTİM HATANESİNDEN POLİKLİNİK HİZMETİ ALAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYİ**
Yalcinkaya Serpil*, Yıldırım Aysegül**, Sağbas Ozlem***
*Sağlık Bakanlığı , Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İSTANBUL
**Marmara Univ. Sağlık Bilimleri Fak.SağlıkYon. B.Sağlık Ekonomisi A.B.D, İSTANBUL
***Sağlık Bakanlığı , Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL
- GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNDE, TEDARİKÇİLERİN DEĞERLENDİRMESİ**
Bal Ahmet, **Yılmaz Hatice**, Çalış Aynur,
Prof. Dr. A.İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye
- BİLGİ GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMLERİ SERTİFİKASYON VE UYUMLULUĞUN SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ ÖNEMİ**
Kaya, Lami
Alfred Üniversitesi, Türkiye Kampüsü, Bakırköy-İstanbul, Türkiye
- 12:15 – 13:00 **Kongre Kapanışı** Prof. Dr. Al-Assaf, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD
- Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü , **TÜRKİYE**

POSTER SUNUMLAR

- HAZIRMİYİZ?**
KÜÇÜK Ayfer*, İNANGİL Demet**, ALTINKESER Ayşegül***, BATUR Kifayet****, YASDIKÇIOĞLU Kamuran****, EKBUL Mehmet*****
TSK Etimesgut Asker Hastanesi/ Ankara/ TÜRKİYE
- Poster (1)
- HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA HASTA GÜVENLİĞİNİN YERİ VE HEMŞİRLERİN BU KONUDAKİ GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**
İNANGİL Demet*, ALTINKESER Ayşegül**, BATUR Kifayet***, YASDIKÇIOĞLU Kamuran****, GÖKBERBER Gülçin*****
TSK Etimesgut Asker Hastanesi/ Ankara/ TÜRKİYE
- Poster (2)
- HASTA GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN BİR DURUM**
EKİMOZ, AĞRI VE HEMATOM NEDENLERİ VE ALINAN TEDBİRLER
İNANGİL Demet*, ALTINKESER Ayşegül**, BATUR Kifayet***, YASDIKÇIOĞLU Kamuran****, GÖKBERBER Gülçin*****
TSK Etimesgut Asker Hastanesi/ Ankara/ TÜRKİYE
- Poster (3)
- YATAN HASTA KLİNİKLERİNİN VE POLİKLİNİK ALANLARININ KARDİYO-PULMONER RESÜSİTASYONA HAZIROLUŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**
GÜNDOĞDU Fatma1, AKBAŞ Latife1, KARAKÇI Nursen1, ÖZTÜRK Nebahat1, ÇELİKKOL Uğur1, ŞEKERCİ Sumru1
1. Medicana İnternational Ankara, Ankara / Türkiye
- Poster (4)
- AMELİYAT ÖNCESİ HASTALARIN BİLGİ GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**
GÖKBERBER Gülçin*, İNANGİL Demet**, ALTINKESER Ayşegül***, BATUR Kifayet****, KÜÇÜK Ayfer*****
TSK Etimesgut Asker Hastanesi/ Ankara/ TÜRKİYE
- Poster (5)
- HEMŞİRELERİN KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE YARALANMALAYA YÖNELİK ALINAN TEDBİRLER**
BATUR Kifayet*, ALTINKESER Ayşegül**, İNANGİL Demet***, YASDIKÇIOĞLU Kamuran****, KÜÇÜK Ayfer*****
T.S.K. Etimesgut Asker Hastanesi / Ankara/ TÜRKİYE
- Poster (6)
- MAVİ KOD: BİR HASTANE ÖRNEĞİ**
1. ÖZKAN Serpil 2. KURT DURMUŞ Meral 3. ÇİFTLİK Emine Elvan 4. ÇOBAN Didem 5. DİNÇ Hamza , 6. ÖZYUVACI Emine Nur 7. YİĞİT Özgür Sağlık
Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- Poster (7)
- İSTANBUL'DA ÇALIŞAN KALİTE DEĞERLENDİRİCİLERİNİN ALGILADIKLARI STRES DÜZEYLERİNİN BOYUTLARI**
Dr. İlyas BOZKURT1 , Hemş. Hülya UZUNOĞLU2, Uz. Dr. İbrahim TOPÇU3, **Uz. Hemş. Binnur ERDEM4**,
(1) İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Müdür Yardımcısı, İl Performans ve Kalite Koordinatörü,
(3) İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Müdür Yardımcısı, İbrahim Topçu ,
(4) İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Birimi Sorumlusu, Uz. Hemş. Binnur Erdem
(2) İstanbul Sağlık Müdürlüğü, İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, Kalite Koordinatörü
- Poster (8)
- 2006-2010 YILLARI ARASINDA ELBİSTAN DEVLET HASTANESİ HASTA HAKLARI BİRİMİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**
• **ÖZDEMİR Ahmet Hakan***, • Elbistan Devlet Hastanesi/Kahramanmaraş/TÜRKİYE
- Poster (9)

KONUŞMACI ÖZGEÇMİŞLERİ

Prof.Dr. A.F
AL-ASSAF



Kongre Başkanı

- Prof. Dr. A. F. Al-ASSAF
- Oklahoma Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Merkezi / Uluslararası Sağlık Bölümü Dekan yardımcısı

Dr. Al-Assaf halk sağlığı uzmanı ve kalite yönetimi danışmanıdır. Oklahoma Üniversitesi Sağlık Bilimleri Merkezi Uluslararası Sağlık bölümü dekan yardımcısı, Presbiteryen Sağlık Vakfı bölüm başkanı ve Halk Sağlığı Fakültesi Sağlık Yönetimi ve Politikaları bölümü öğretim üyesidir.

Amerikan Hava Kuvvetleri, USAID, Amerikan Uluslar Arası Gelişme Dairesi, Amerika Hastane Şirketleri, pek çok meslek birlikleri, Dünya Bankası, UNDP, UNICEF, Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Dünya Sağlık Birliği sürekli danışmanlıklarını yapmaktadır. Ortadoğu, Kuzey Amerika, Kuzey Afrika, Güney Doku ve orta Asya ile Doğu Avrupa'da pek çok ülkede çeşitli organizasyonlara sağlık hizmetlerinde kalite ve koruyucu hekimlik danışmanlığı vermiştir. Dr. Al Assaf bugüne kadar çalışmalarından dolayı 50 ödül almıştır.

Araştırmacı ve konuşmacı olarak, 10 kitap yayınlamış, 5 kitapta bölüm yazmış, ulusal ve uluslararası dergilerde 120 bilimsel ve mesleki yazısı yayınlanmış, ulusal ve uluslararası pek çok organizasyonda ve gruplara yönelik 200'ün üzerinde konuşma yapmış, seminer vermiş ve workshop yönetmiştir..

Prof.Dr. H. Seval AKGÜN



Kongre Eş Başkanı

- Prof. Dr. Seval Akgün
- Kalite Koordinatörü, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları
- Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi / Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Misafir Profesör Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu

Halk Sağlığı Profesörü olan Dr. Seval Akgün, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Oklahoma Üniversitesi Halk Sağlığı Okulunda eğitimci/öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. Epidemiyoloji, veri yönetimi, sağlık hizmetlerinde ve eğitimde kalite ve akreditasyon, hasta güvenliği, hastalık yükü, toplum beslenmesi gibi pek çok alanda 20 yıldan fazla deneyime sahip olan Dr. Akgün aynı zamanda sağlık hizmetlerinde kalite alanında uzun yıllardır teorisyen ve uygulayıcı olarak çalışmaktadır. Prof. Akgün'ün yürüttüğü uluslararası işbirliği ve teknik destek çalışmaları, Sağlıkta Kalite ve Halk Sağlığı alanlarında bütüncül yaklaşımını yansıtmakta olup halk sağlığı ve sağlıkta kalite alanlarında pek çok genç araştırmacıyı eğitmiş, motive etmiş ve desteklemiştir. Halen Başkent Üniversitesine bağlı tüm sağlık kuruluşları ve eğitim kurulları Kalite Koordinatörü olarak görev yapmaktadır. Bu görev kapsamında Dr. Akgün, Başkent Üniversitesine bağlı kuruluşlara (14 kuruluş) kalite sistemleri kurmakta ekibiyle birlikte bu sistemleri izleyip denetlemektedir. Tıbbi hizmetlerde sürekli kalite iyileştirme, akreditasyon, hasta güvenliği ve toplam kalite yönetiminin değişik konularında ulusal ve uluslararası düzeyde konferans ve / veya ders vermek üzere davetli konuşmacı olarak katılan Akgün ayrıca Orta Doğu ve Akdeniz ülkelerinde Orta Asya Cumhuriyetlerinde ve Avrupa'da, Avrupa Birliği, Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF ve Dünya Bankası destekli sağlık reformları ve alternatif hizmet sunum modellerinin değerlendirilmesi, performans değerlendirme, hastane denetlemeleri, hasta çıktılarının değerlendirilmesi, göçmen sağlığı, hastalık yükü ve benzeri birçok projede proje yöneticisi ve/veya danışman olarak görev yapmıştır.

Dr. Akgün aynı zamanda Hindistan, Azerbaycan, Suudi Arabistan, Ürdün, Kuveyt, Almanya ve bazı diğer ülkelerde sağlık profesyonellerine yönelik sistem geliştirme, sürekli kalite iyileştirme prensip-model ve teknikleri, sağlık hizmetlerinde akreditasyon, halk sağlığı, epidemiyoloji, araştırma yöntemleri, ve biyoistatistik konularında eğitim vermektedir. Dr. Akgün'ün projelerinden bazıları; Azerbaycan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ülke genelinde kalite sistemi oluşturulması daha sonraki aşama da Azerbaycan Sağlık Reformu çerçevesinde Sağlık Bakanlığı kuruluşlarına lisansifikasyon ve akreditasyon sistemi kurulması ve Türkiye ulusal hastalık yükü çalışmasıdır.

Prof. Dr. Seval Akgün, bu özelliklerinin yanı sıra şu deneyimlere de sahiptir: Niceliksel araştırma tasarımı, uygulama ve analiz, Hastalık yükü metodolojisi, AB proje izlemi, İhtiyaç değerlendirme çalışmaları(özel gruplarda sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmet talebi vb), Sağlık kuruluşu denetim sertifikası, Toplam kalite yönetimi konularında eğitici: ISO 9001 2000 versiyonu gibi SKI modellerinin sağlık ve eğitim kurumlarında kurulması ve yerleştirilmesi; EFQM modülü ve JCI akreditasyon standartları konusunda uzman, ISO 22000 Gıda güvenliği yönetimi sistemi, OHSAS 18001 İş sağlığı ve güvenliği, Sağlıkta Akreditasyon sistemi değerlendirmeleri, Hasta ve çalışan güvenliği, iç ve dış müşteri memnuniyet araştırmaları metodolojisi, sağlık personeli için problem çözme teknikleri, Prof. Dr. Akgün'ün yayınlamış 6 kitabı ve 250 den fazla ulusal ve uluslararası makalesi mevcuttur.

HULUSİ ŞENTÜRK

- Hulusi ŞENTÜRK
- T.S.E Türk standartları Enstitüsü Başkanı, Ankara, Türkiye

Dr. Arild Aambø



- Dr. Arild Aambø
- OSLO Üniversitesi Hastanesi, NORVEÇ

2004 yılından itibaren Norveç, Azınlık Sağlığı Araştırma Merkezi'nin (NAKMI) yöneticilik görevinde bulunan Dr. Aambø, sağlık güvene çalışanları ile kronik hastaların ilişkisi üzerine niteliksel bir çalışma olan "sosyal güvenlik kuruluşunda iletişim yeterliliği", çok kültürlü alanda anlamlı sağlığı geliştirme yöntemleri geliştirmeyi amaçlayan bir proje olan "temel sağlık hizmetleri çalıştay" nda kurucu ve yönetici olarak, ayrıca Norveç Azınlık Sağlığı Araştırma Merkezi'nin müdür yardımcısı olarak sağlığı geliştirme ve tedavi hizmetleri ulusal stratejileri alanında çalışmıştır. 1987-1996 yılları arasında örgütlerde psikolog ve fizyoterapist olarak görev yapan Dr. Aambø 2000 yılı IFTA Dünya Kongresi, 2002 Klinik ve Deneysel Hipnoz Dünya Kongresi ile 2008 Nordic Aile Terapisi Konferansı'nda bilimsel komite üyesi olarak yer almıştır. 1975 yılında Tıp'ta onur derecesi alan Dr. Aambø Oslo Üniversitesi'nde Tıp Fakültesinde eğitimcilik yapmış, Norveç ve dış ülkelerde (Moskova, Sofya, Singaur, Brezilya) çözüm odaklı terapi ve hipnoz ders ve çalışmaları düzenlemiştir.

Dr. Ursula Karl-
Trummer, MSc



- Dr. Ursula Karl-Trummer, MSc,
- Sağlık ve Göç Merkezi, Danube Üniversitesi, Krems, AVUSTURYA

1967 avusturya doğumlu olan Dr ursula Karl- Trummer siyaset bilimi ve sosyoloji eğitimi aldı. Doktora tezini „Yeni paradigmlar ve geleneksel rol modeller“ ve „Hasta sagligina olanak saglayan, engel teskil eden faktörler“ alanında yapan Dr Karl Trummer Kurumsal gelişim ve danisma alanında yüksek lisans yapmıştır.

1993-1996 yılları arasında Viyana uygulamalı sosyoloji Enstitüsünde görev alan genc bilimci Dr ursula, 1995-1996 yılları arasında almanya Erlangen Nürnberg Üniversitesi sosyoloji ve sosyal antropoloji bölümünde görev aldı

2008-2011 yılları arasında Donube(tuna) üniversitesi, Krems Avusturya sağlık ve göç merkezinin yönetimini üstlendi.

1996 dan bu yana Trummer& Novak- Zezula OG (SME) idari yöneticiliğini üstlenen Dr Ursula, sürdürülebilir sağlık sistemi ve örgütsel gelişimi alanında araştırmacı ve danışman olarak görev aldı.

Cesitli Üniversitelerde öğretim görevlisi, avrupa komisyonu uzmanı, Almanya eğitim ve bilim bakanlığı ve norveç araştırma konseyi danışmanı olarak görev aldı.

Sağlık ve göç, sağlık sisteminin örgütsel ve sürdürülebilir gelişimi ve transdisipliner araştırmalar, basitçe araştırma alanları içerisindedir.

Dr. El-Mhamdi Sana

- Dr. El-Mhamdi Sana,
- Department of Preventive Medicine, University Hospital of Monastir, TUNUSIA

Dr. Antonio Chiarenza

- Dr. Antonio Chiarenza, PhD,
- Coordinator,WHO-HPH task force on MCCH, Regional HPH Network Of Emilia-Romagna Direzione Generale ,
- Ausl Of Reggio Emilia , İTALYA

Dogum yeri ve Tarihi: 08/021954, Reggio Emilia İtalya

Medeni Hal: Evli

Eğitim:

1990 İtalya Bologna Üniversitesi Siyaset bilimi mezunu

2001 İngiltere Leicester Üniversitesi Sosyoloji bölümünde doktora

2009 İtalya Modena and Reggio Üniversitesi Sağlık araştırmaları tanıtım ve denetim alanında yüksek lisans

Mevcut Pozisyon

Antonio Chiarenzanın araştırma alanı;

Sosyoloji alanında doktora çalışmasını takiben, araştırma ve yenilik alanında sorumlu olduğu İtalya'daki Reggio Emilia yerel sağlık otoritesine katıldığından beri sağlık iyileştirilmesi, göçmen sağlığı ve toplum sağlığı odaklı olmuştur. Reggio Emilia ve Modena ortaklığı ile Reggio Emilia AUSL için araştırma faaliyetlerini örgütsel düzeyde sağlamaktadır.

Mevcut ve Son Finanse Edilen Projeleri

• 2002-2005 yılları arasında AB İtalya „Göçmen dostu Hastaneleri“ koordinatörlüğü

• 2002 (halen) İtalya AB projesi kordinatörlüğü

• 2005 „Bölgesel sağlık teşvik hastaneleri ağı merkezi“ kordine sorumlu (halen)

• 2007-2009 AB İtalya projesi koordinatörü- CHAPAPS-ENCARE DG SANCO

• 2008(halen) AB İtalya projesi „nowHereland“ kordinatörü- Avrupadaki belgesiz göçmenler için hizmetlerin iyileştirilmesi

Prof.Dr. Martin RUSNAK



- **Professor Martin Rusnak, MD, PhD**
- **Viyana, Uluslararası Nörotravma Araştırma Derneği Mütevelli Heyeti Başkanı**

Halk Sağlığı Profesörü olan Martin Rusnak, 1999'dan beri Viyana'da bulunan Uluslararası Nörotravma Araştırma Derneği Mütevelli Heyeti başkanlığını sürdürmektedir. Slovak Cumhuriyeti Trnava Üniversitesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Okulu, Halk Sağlığı bölümü başkanı olan Prof. Rusnak'ın deneyim sahibi olduğu bazı alanlar; Ulusal ve uluslar arası alanda beyin travmalarında, travma sistemleri hizmet kalitesi ve kanıt dayalı yaklaşımlar; Özellikle halk sağlığı, azınlık grupların sağlığı, poliklinik ve yataklı servis hizmetlerinde kanıt dayalı tıp temelinde hizmet sunumunda kalite iyileştirme konularında sağlık politikası oluşturulması, izlem ve değerlendirme, uygulama, kalite güvencesi; Hastane, yerel ve ulusal sağlık enformasyon sistemleri, internet sistemleri ve web sayfası oluşturulması; Kanıt dayalı tıp uygulamaları, klinik rehber ve protokollerin geliştirilmesi, çıktıların değerlendirilmesi ve sürekli kalite yönetimi olarak sıralanabilir.

Prof.Dr. Viera RUSNAKOVA



- **Professor Viera Rusnakova, MD, PhD**

Halk Sağlığı Profesörü olan Viera Rusnakova, Slovakya Bratislava'da Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim bölüm başkanı olarak görev yapmaktadır. Slovakya Trnava Üniversitesi Halk Sağlığı bölümünde Halk Sağlığı profesörü ve Sağlık Yönetimi Fakültesi yönetim kurulu başkanıdır. 1980lerin başından bu yana klinikte IT (bilgi teknolojileri) uygulamaları ve medikal informatik (veri toplama, analiz, sağlık enformasyon sistemlerinde trendler) konularında aktif kullanıcı ve program geliştirici olarak çalışmaktadır.

Dr. Dina BAROUDI



- **Dr. Dina BAROUDI, M.S.**
- **M.S. Baharahil Hastanesi , Mekke ,SUUDİ ARABİSTAN**

Dina Baroudi, Anestezi Uzmanlığını Hannover'dan almış olup, Amerikan Kalite derneği tarafından hastane akreditasyonu konusunda sertifikaya sahiptir. Halen Mekke M.S. Basaralil Hastanesinde Anesteziyoloji departmanı, Kalite ve Hasta Güvenliği bölüm sorumlusu olan Dr. Dina, hasta güvenliği uygulamalarına aktif olarak katılmaktadır. 2003 yılından beri Amerikan Kalite Derneği ve ISQU a üyesi olan Dr. Dina ulusal ve uluslar arası alanda anestezi ve hasta güvenliği konusunda pek çok çalışmaya bizzat katılmıştır. Pek çok yayını arasında özellikle ağrı yönetimi ve anestezi güvenliği ile ilgili olanları Amerika Anestezi Derneği tarafından da kabul görmüştür. Evli ve 2 çocuk sahibi olan Dr. Dina'nın kendi adını taşıyan bir de torunu vardır.

Dr. Shader Al Qahtani

- **Dr. Shafer Al Qahtani,**
- **Imam Abdulrahman Bin Faisal Hospital- Dammam, National Guard Health Affairs, SUUDİ ARABİSTAN**

Dr. Abdullah Eddall,



- **Dr. Abdullah Eddall,**
- **Başhekim, M.S. Baharahil Hastanesi, Mekke, SUUDİ ARABİSTAN**

Dr. Nasir Warfa, PhD,

- **Dr. Nasir Warfa, PhD,**
- **Wolfson Enstitüsü, Barts Ve Londra Tıp Ve Diş Hekimliği Fakültesi, Queen Mary Üniversitesi, Londra, İngiltere**

2006 yılında Kent Üniversitesi, Sosyal Politikalar, Sosyal Araştırmalar ve Sosyoloji fakültesinden Ruh sağlığı konusunda doktora derecesini alan Nasir Warfa, 2009 yılından beri Queen Mary Üniversitesinde öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır. Pek çok uluslar arası dergide yayını bulunan Dr. Nasir'in görevli olduğu kuruluşlar ve görev süreleri aşağıda sunulmaktadır.

Nisan 2009-2012	Dünya Kültürel Psikiatri Birliği gazetesini yardımcı editör
Haziran 2007-2010	Günümüzde İlaç ve Alkol Editöryal Board üyesi
Mayıs 2007-2010	Avrupada Göçmen Sağlığı Konusunda Yönetim Kurulu üyesi (HOME)
Ağustos 2006-2009	Tıp ve Diş hekimliği Fakültesi, Akademik Board üyesi, QMUL.
Kasım 2006-2009	Uluslararası Somali Çalışmaları, editorial board üyesi
Ekim 2005- 2006	İngiltere Uluslararası Refüjiler Entegrasyonu Forumu eski üyesi
Kasım 2003-to date	Mezuniyet Sonrası Eğitim kursu komite üyesi, QMUL.

Dr. Aisha Hassan MUTWALI

- **Dr. Aisha Hassan Mutwali,**
- **Başkan, King Abdulaziz Hastanesi Ve Kanser Merkezi,Cidde, SUUDİ ARABİSTAN KRALLIĞI**

Medeni hal:Evli

Pozisyon:OB Gyn Kademli Hekim

SORUMLULUKLAR:

Ob Gyn Kademli Hekim

Enfeksiyon Kontrol Baskanı&Tıbbi Atık Bölümü

KAH&OC İslami Konularda Kadın Bölümü Baskanı

OB Gyn Stajyer&Aile Hekimliği eğitim Danismanı

İlk Kadın Yardım kurulu Yönetim Kurulu Üyesi

„Evde Sağlık Bakımı için Ulusal Yardım Enstitüsü“ Teessüri Üyesi

Prensese Adiliah Bint Abdullah Al Saud Denetimi

WAMY İslami Doktorlar için Sağlık Komitesi Üyesi

Al Ber Yardım Komitesi, Cidde part-time üyesi

IROSA da Bayan Komitesi Part-time Üyesi

Bayan İslami Çağrı Üyesi&AL Duyarlı Toplum Rehberliği

Hamra&Corniche bölümü

Al Shagaieg Enstitüsü üyesi

Zamzam Enstitüsü'nde Kooperatif Üye

Kuran Ezberleme Uluslararası Heyeti Koperatif Üyesi

Evde Sağlık Müdürü

Enfeksiyon Kontrol Kursu, El yıkama Kampanyası, HIV Uluslararası gün, ve Uluslararası TB farkındalık günleri, ve Hastane Çalışanları için Enfeksiyon Kontrol Oryantasyon Programı organizatörü (ingilizce, arapça

Farklı Uluslararası, ulusal ve lokal dersler ve Sempozyumlarına Katılım B Sertifikası

Al Qaser Al Einy facultesinde Lisans, 1982 Kahire Üniversitesi ve Doğru Doğum Tarihi Medikal Raporu

Staj yılı bitirme Sertifikası

Londra Ebelik Üniversitesi Enstitüsü ile işbirliği bakanlığı tarafından MCD Riyad Ebelik&Jinekoloji Diploma Nüshası

Al Hamra Sağlık Takdir Belgesi

"Jinekolojik Laparoskopisi cerrahisi Avrupa diploması" hazırlığında Part I Temel Jinekolojik laparoskopisi dersi

Suudi Obstetrik Jinekoloji Derneği Üyesi

Obstetrik & jinekoloji derneği Uzmanı

Temel Ultrasonografi uzmanı

BIS sağlayan Kisi

Enfeksiyon Kontrol Sertifikası

Enfeksiyon Kontrolü Diploması ve

OB-Gyn Enfeksiyon hastalıkları üzerine Yüksek Lisans

Dr. Moza ALISHAQ, PhD,
MNS, MSc, RN, BSN



- Dr. Moza ALISHAQ, PhD, MNS, MSc, RN, BSN,
- Risk Yönetimi Bölüm Başkan Yardımcısı, Hamad Tıp Kompleksi, Kalite Yönetimi Departmanı, KATAR

Dr. Moza Al-Ishaq Amerika Birleşik Devletlerinde hasta güvenliği, insan hataları ve kök neden analizi ağırlıklı PhD sahibi nadir eğitimcilerden ve ortadoğu bölgesinde konunun önderlerindedir. 2009 yılında Indiana Üniversitesinde doktorasını tamamladıktan sonra hasta güvenliği, sağlık bakımında risk yönetimi ve kök-neden analizleri konusunda pek çok eğitim vermiştir. Dr. Moza aynı zamanda sağlık hizmetlerinde risk yönetimi konularında sağlık çalışanlarına eğitimlerde vermektedir. Dr. Moza Klinik hizmetlerde enfeksiyon kontrolünde yıllarca koordinatör düzeyinde görev yapmıştır. Bu konuda da pek çok sağlık çalışanını motive etmiş ve onların yetişmelerini sağlamıştır. 2009 yılında PhD kazanan öğrenci olarak Eğitimde Mükemmellik Gününde Platin Madalyaya sahibi olmuş, H.H. Sheikh Tamin Bin Hamad Al-Thani ödülünü kazanmıştır. Dr. Moza Amerikada kolej eğitimi sırasında da Akademik Mükemmellik yüksek standartları, Toplum Liderleri ve Pozitif Performans programlarında en etkin öğrenci olarak seçilmiştir. Hali hazırda Hamad Tıp Kurumunda risk yönetimi ve hasta güvenliği programlarında yönetim kurulu asistanı olarak görev yapmaktadır. APIC ve ASHRM üyesidir. Aynı zamanda uluslararası hasta güvenliği hedefleri ve risk yönetimi birleşik komitesinde başkan olarak görev yapmaktadır.

Dr. Eman Ahmed
Darwish



- Eman Ahmed Darwish
- Ürdün -Mouwasat Hospital, Dammam

Eğitim, Aktivite & deneyim

- MAB- İş ve Yönetim masteri-Hastane Yönetimi, 2007
- Sağlık Kuruluşu Denetimci Sertifikası, 2007
- Amerikan Sağlık Hizmetleri Kalite Enstitüsü (FAIHQ) üyesi, 2006
- Amerikan Sürekli Tıp Eğitimi Akademisi Üyesi, 2005
- Klinik eczacı, 1994
- Ulusal ve uluslararası konferanslarda konuşmacı
- Mouwasat tıp kuruluşlarında performans iyileştirici
- Sağlık kuruluşları denetçisi-olarak çalışmaktadır

Prof. Dr. Ata Nevzat
YALÇIN,

- Prof. Dr. Ata Nevzat YALÇIN,
- Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
- Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, TÜRKİYE

Ad,soyadı: Ata Nevzat YALÇIN

Ünvan: Tıp Doktoru (MD)

Ünvan: Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Profesör

Doğum yeri ve tarihi: 10, Kasım,1960, Ankara

Görev yeri: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Antalya, Türkiye.

Eğitim:

- ◆ 1972-1979: Orta Eğitim (Samsun Maarif Koleji).
- ◆ 1979-1985: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara .
- ◆ 1985-1988: Sağlık Ocağı, Çerkeş, Çankırı (zorunlu hizmet).
- ◆ 1988-1992: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Araştırma Görevlisi, Sivas.
- ◆ 1992-1996: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Uzman, Sivas.
- ◆ 1996-2002: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Doçent, Denizli.
- ◆ 2002-2011: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Profesör, Antalya.

Nisan 2011 itibariyle 29 kitap bölümü (3'ü çeviri), 130 makale (43'ü uluslararası indekslerde, 24'ü SCI kapsamında), 86 bildiri olmak üzere toplam 245 eserim bulunmaktadır. İki kitap editörlüğüm mevcuttur. Ulusal ve uluslararası dergilerde hakem olarak görev almaktayım. Hastane enfeksiyonları, farmakoekonomi, antibiyotikler başlıca ilgi alanlarımdır.

Prof.Dr.Faruk AYDIN

- Prof.Dr.Faruk AYDIN
- Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, Türkiye

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde lisans eğitiminden sonra Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1992 yılında Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını almıştır. Uzmanlığından itibaren Enfeksiyon Kontrol Komitesinde görev almış, sterilizasyon-dezenfeksiyon alt grubunun başkanlığını halen yürütmektedir. 2002 yılında sterilizasyon hizmetlerinin toplu olarak sunulduğu KTÜ Farabi Hastanesi Merkezi Sterilizasyon Ünitesini (MSÜ) kurmuştur. 2003 itibariyle DAS derneğinde sterilizasyon-dezenfeksiyon konularında davetli konuşmacı olarak etkinliklerini sürdürmektedir. 2005-2010 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde laboratuvarlar, satın alma ve teknik hizmetler koordinatörü başhekim yardımcısı olarak görev yaptı. Halen KTÜ Tıp Fakültesi Mezuniyet sonrası eğitimden sorumlu dekan yardımcısı, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı, MSÜ ve Kan Merkezinin sorumlu öğretim üyeliğini yapmaktadır.

Prof.Dr.Fikriye URAS



- Prof. Dr. FİKRİYE URAS
- Klinik Biyokimya Uzmanları Derneği Başkanı
- Marmara Üniversitesi/İstanbul

Tıpta uzmanlık (klinik biyokimya) ve biyokimya doktora derecelerine sahip olan Prof. Dr. Fikriye Uras, 1982-1996 yıllarında Haseki (Eğitim ve Araştırma) Hastanesinde çok sayıda tıpta uzmanlık öğrencisini eğiterek biyokimya uzmanı yetiştirmiş ve hastanenin merkez Biyokimya Laboratuvarını yönetmiştir. Haseki Hastanesindeki görevini sürdürürken, Biyokimya Doktora eğitimini Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde 1991 yılında tamamlayan Fikriye Uras, 1995-1996 yılları arasında eski Alman Hastanesinde başlayan renovasyon çalışmaları sırasında, Universal Hospitals Group Alman Hastanesinin Laboratuvar Direktörü olarak tıbbi laboratuvarı kurmuştur. 1996 yılında, Haseki Hastanesindeki Biyokimya ve Klinik Biyokimya Şefliği görevinden ayrılarak, Türkiye'de ilk defa eczacılık fakültelerinde klinik biyokimya dersleri vermek üzere, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalına geçmiştir. Bu görevine ek olarak, 1996-2011 yılları arasında International Hospital Laboratuvarında önce danışman sonra yöneticilik yapmıştır. Bu süre içinde laboratuvar ve hastane uluslararası üç ayrı kuruluş tarafından akredite edilmiştir (ISO 15189, HQS ve JCI).

Bazı uluslararası ve ulusal tıp dergilerinde hakemlik görevi sürdürmekte olan Fikriye Uras'ın akademik araştırma alanı K vitamini bağımlı proteinlerdir. Diğer ilgi alanı ise tıbbi laboratuvarların standardizasyon, akreditasyon ve kalite yönetimidir. Tromboz Hemostaz ve Anjiyoloji Derneği ve Klinik Biyokimya Uzmanları Derneğinin (KBUD) kurucu üyesidir. Bir ulusal klinik biyokimya kongresine başkanlık etmiş, üçüncü 2. başkanlığı ve organizasyon komitesi üyeliğini yapmıştır. KBUD'a başkanlık yaptığı 2006-2008 yılları arasında İstanbul, Kıbrıs ve Diyarbakır'da üç ulusal "Tıbbi Laboratuvarlarda Kalite ve Akreditasyon Sempozyumu"na başkanlık yapmıştır. 15-18 Nisan 2008'de İstanbul'da düzenlediği ve başkanlığını yaptığı "The First International Symposium on Quality and Accreditation in Laboratory Medicine" isimli uluslararası sempozyum, 18 ülkenin standardizasyon ve akreditasyonla ilgili kalite ve yasal durumlarının tartışıldığı bir platform olmuştur. Bu sempozyum sebebiyle Clinical Biochemistry dergisi özel bir sayı hazırlamış ve Fikriye Uras bu sayının misafir editörlüğünü yapmıştır. Kendisi Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığına kurulan, Klinik Laboratuvar Bilimsel Danışma Kurulu (KLBDK) üyesidir. Bu kurulun temel görevi, ulusal kalite standartları ve yasal düzenleme önerilerini hazırlamaktır.

Prof.Dr.Mustafa Kemal
BALCI



- Prof.Dr.Mustafa Kemal BALCI
- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Uzmanlık Alanları: İç Hastalıkları, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları

Lisans; Tıp Doktorluğu -Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi-1984

DOKTORA(UZMANLIK); İç Hastalıkları Uzmanlığı-Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi-1992

Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanlığı-Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi-1994

DOÇENTLİK; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi-İç Hastalıkları/Endokrinoloji -1997

PROFESÖRLÜK; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi-İç Hastalıkları/Endokrinoloji-2003

Halen; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Öğretim Üyesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Prof.Dr. Yekta ÜLGEN

- **Prof. Dr. Yekta Ülgen,**
- **Boğaziçi Üniversitesi, Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü, TÜRKİYE**

Yekta Ülgen 1951 İstanbul doğumlu olup; 1974 yılında Boğaziçi Üniversitesi Elektrik-Elektronik Mühendisliği Bölümünden mezun olmuştur. Lisansüstü eğitiminde İngiltere'de Salford Üniversitesinde devam ederek 1976 yılında yüksek lisans ve 1978 yılında doktora derecelerine hak kazanmıştır. Eğitim ve araştırma faaliyetleri yanı sıra, 1999 yılından bu yana sağlık kuruluşlarına JCI Akreditasyon çalışmalarına yönelik danışmanlık yapmakta ve eğitimler vermektedir; Türk Kızılayın yeniden yapılanmasında teknoloji yönetimi ve risk yönetimi konularında danışman olarak katkıda bulunmuştur. Yoğun Bakım ve ameliyathane hemşirelerini tıbbi cihaz kazaları ve cihazların güvenli kullanımı konularında eğitimler vermektedir.

Prof. Dr. Semra Şardaş



- **Prof. Dr. Semra Şardaş**
- **Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Toksikoloji Anabilim Dalı Başkanı, İstanbul, Türkiye**

Akademik kariyerine 1982 yılında Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Birimi'nde doktora ünvanını alarak başlamıştır. Daha sonra Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı'nda, 1986 yılında Doçentliğe ve 1993 yılında Profesörlüğe yükselmiştir. Aynı üniversitede Anabilim Dalı Başkanı ve Fakülte Dekanı görevlerinde de bulunmuştur. Haziran 2006 tarihinde ise halen çalışmakta olduğu Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ne geçmiştir. Prof. Şardaş'ın araştırma alanları ilaç metabolizması, ilaç advers etkileri, farmakogenetik, DNA hasarı ve onarımı, genotoksitesidir. 30 yılı aşkın akademik kariyeri sırasında uluslararası indekslere kayıtlı dergilerde yayımlanmış çok sayıda araştırması ve sayısı katlanarak artan sitasyonu bulunmaktadır. Uluslararası deneyimi ve işbirliği kapsamında, 1986 yılında TÜBİTAK Bursu ile gittiği Londra Üniversitesi, St.Mary's Hastanesi Farmakoloji Departmanında bir yıl boyunca ilaç metabolizmasındaki genetik farklılıklar üzerine araştırmacı olarak çalışmıştır. Doktora sonrasında ise, İngiltere Newcastle Upon Tyne Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji Departmanı'nda iki yıl boyunca British Council ve TÜBİTAK desteği ile ortak proje ve araştırmalar yapmıştır. Prof. Şardaş Farmakovijilans Derneği İstanbul şubesinin başkanıdır ve Türk Toksikoloji Derneği'nin kurucu üyeleri arasındadır. Ayrıca, uzun yıllar boyunca Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Merkezi Etik kurul ve ilaç ruhsatlandırma gibi farklı birimlerinde bilimsel komisyon üyesi olarak hizmet vermiştir. Halen İlaç Güvenliği İzleme ve Değerlendirme Şubesi bilimsel komisyon başkanlığı ve Farmakoloji -Teknoloji komisyonu üyeliği görevlerini sürdürmektedir. Yakın geçmişte ise Marmara Üniversitesi Farmakogenetik ve İlaç Güvenliği birimini kurmuştur. Bilimsel hizmetlerinin yanı sıra ulusal ve uluslararası kongre organizasyonu, yönetim kurulu üyeliği, dergi editörlüğü konularında geniş tecrübesi bulunmaktadır. 2008 yılında merkezi İtalya'da bulunan Uluslararası Collegium Ramazzini tarafından halk sağlığına yönelik bilimsel araştırma ve yayınları nedeniyle yönetimine dahil edilmiş ve ödüllendirilmiştir.

Prof. Dr. Hakan Ergün



- **Prof. Dr. Hakan Ergün**
- **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Ab.D.**

1993 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden Tıp Doktoru olarak mezun olup aynı yıl başladığı Tıbbi Farmakoloji uzmanlık eğitimini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Ab.D.'da 1997 yılında tamamladı. 2001 yılında Doçent, 2008 yılında Profesör oldu. 1995-1996 yılları arasında konuk araştırmacı olarak (DAAD bursiyeri) Hannover Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Farmakoloji Enstitüsü, Hannover, Almanya, 2001-2003 yılları arasında Wayne State University, Children's Hospital of Michigan, Division for Clinical Pharmacology & Toxicology'de araştırmalarını sürdürdü.

Prof. Dr. Levent DOĞANCI



- **Prof. Dr. Levent DOĞANCI,**
- **Bayındır Hastaneleri , Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara, TÜRKİYE**

Doğumu: 21 Mart 1957
Lise: Ankara Atatürk Lisesi/ Wade Hampton High School
Üniversite: Ankara Üniversitesi
Uzmanlık alanı: Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Uzmanlık eğitimi aldığı kurum: Gülhane Askeri Tıp Akademisi (1984-1988)
Doçent olduğu yıl: 1993
Profesör olduğu yıl: 2000
Görev ve ünvanları: NATO/SHAPE (Tıp Doktoru); GATA (Mikrobiyoloji ve Klinik Mik. Anabilim Dalı Başkanı, YBK Üyesi, Prof.Dz.Tabip Kd.Alb); OMÜ Tıp Fakültesi (Enfeksiyon Hastalıkları Öğretim üyesi, Prof. Dr.), Bayındır Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları.
İlgilendiği konular: Tropikal Hastalıklar, Hemorajik Ateşler, Hepatit B, Kemikliği Transplantasyon Enfeksiyonları, Paraziter Hastalıklar, Seyahat Kliniği)
Uluslararası dergilerde yayımlanmış makale sayısı: 72
Uluslararası dergilerde aldığı atf sayısı: Yaklaşık 100
Hakemlik yaptığı dergi sayısı (Ulusal/Uluslararası): 6
Düzenlediği toplantı ve kongreler (Ulusal/Uluslararası): Türk Mikrobiyoloji Kongresi 2003
Yazdığı kitap ve kitap bölümleri sayısı (Ulusal/Uluslararası): 7

Prof.Dr. Dilara Ögünç,

- **Prof. Dr. Dilara Ögünç,**
- **Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ABD Öğretim Üyesi, Merkez Laboratuvarı Sorumlu Yardımcısı, Antalya, TÜRKİYE,**

Dilara Ögünç, 1987 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1995 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji ABD'da uzmanlığını tamamladı. 1995-1997 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji ABD'da Öğretim Görevlisi, 1997-2004 yılları arasında Yardımcı Doçent olarak görev yaptı. 2004 yılında Doç. Dr. ,2010 yılında Prof Dr ünvanını aldı. Halen Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji ABD'da öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.

Doç. Dr. Sebahat ÖZDEM



- **Doç. Dr. Sebahat ÖZDEM**
- **Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi Biyokimya Öğretim Üyesi, Merkez Laboratuvarları Sorumlusu Yardımcısı, Antalya, Türkiye**

1991 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1991-1992 tarihleri arasında Burdur iline bağlı Tefenni ilçesinde mecburi hizmet görevini yaptı. 1997 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya ABD'da uzmanlığını tamamladı. 1998'de Manavgat Devlet Hastanesinde, 1998-2003 yılları arasında ise Antalya'da özel bir kuruluştaki Biyokimya Uzmanı olarak çalıştı. 2003 yılı sonunda Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Merkez Laboratuvarında Biyokimya uzmanı olarak çalışmaya başladı. 2006 yılında Doç. Dr. ünvanını aldı. 2009 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya ABD öğretim üyesi kadrosuna geçti. Halen bu ABD'da öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.

Yrd.Doç.DR. Yaşar ODACIOĞLU



- **Yrd. Doç. Dr. Yaşar ODACIOĞLU**
- **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, Türkiye**

Sağlık İdaresi Yüksek Okulundan (1980) mezun olup, Yüksek Lisansını Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü'nde, Doktorasını İnönü Üniversitesi İşletme Bölümü Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı'nda yapmıştır. 1980-1996 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı ve Turgut Özal Tıp Merkezindeki görevlerinden sonra 1996-2010 yılları arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başmüdürlüğü görevini yürütmüş olan ODACIOĞLU, KalDer Ulusal Kalite Odülü Değerlendiricisi, Eskişehir KalDer Denetim Kurulu Üyesi, Modern Hastane Yönetimi Dergisi Bilim Kurulu Üyesi, DPT Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı "Sağlık Özel İhtisas Komisyon" üyeliği ve Mesleki Farklı Kongrelerde Danışma Kurulu Üyeliği gibi görevlerde de bulunmuştur. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Üyesi olan ODACIOĞLU'nun farklı kitaplarda bölüm yazıları, çeşitli dergilerde yayımlanmış 16 makale ve 27 bildirisi (toplam kalite yönetimi, kalibrasyon, otomasyon, fayda maliyet analizi, malzeme yönetimi, hastane işletmeciliği vb. konularda), oturma başkanlıkları, panelistlikleri mevcuttur. Ayrıca Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Programı ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda derslerini yürütmektedir. Bu çalışmalara ek olarak; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesinin 2001-2002 yıllarında iki yıl üst üste saha ziyaretine kaldığı "Ulusal Kalite Odülü – Kamu Kategorisi" çalışmalarında proje koordinatörlüğünü yürütmüş, ESOGÜ Hastanesi TS-EN-ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemi Yönetim Temsilciliği, ESOGÜ Biyomedikal Laboratuvarı TS-EN/IEC 17025:2005 Kalite Yönetim Temsilciliği ile ESOGÜ Hastanesi TS-EN-ISO 22000 Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi Ekip Liderliği görevlerini de yürütmüştür. Yrd. Doç. Dr. Yaşar ODACIOĞLU, Hastane - Hospital News Dergisi tarafından düzenlenen "Hastane Yönetimi Sağlık Yönetimi Ödülleri 2002" organizasyonu kapsamında verilen "İdari Yöneticilik Ödülü"nü almıştır. Yrd. Doç. Dr. Yaşar ODACIOĞLU, Evli ve 3 çocuk babasıdır.

Dr. Rana GÜVEN, MSC.,
PhD.



- Dr. Rana GÜVEN, MSC., PhD.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Md. Yrd.

Eğitim: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (1984), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı B.Uzmanlığı (1996), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İş Sağlığı Doktora Programı (2002).

İlgi Alanları: İş sağlığı alanında politika oluşturmak, mevzuat hazırlamak, sertifikasyon eğitimleri hazırlamak ve sosyal taraflarla birlikte politika ve mevzuatların uygulanmasını artırmak amacı ile farklı eğitim ve tanıtım programları planlamak ve organize etmek. Ulusal ve uluslararası projeler yönetmek.

İşyerinde sağlık risklerinin değerlendirilmesi, temel kalite kavramları ve kurum kültürü eğitimi, AB proje tasarımı ve programlama, proje yönetimi eğitimi, iş sağlığı ve güvenliği stratejik yönetimi, yetişkin eğitiminde eğitici eğitimi, meslek hastalıklarının önlenmesi ve çalışma ortamının geliştirilmesi

Koruyucu ve önleyici hekimlik, halk sağlığı, iş sağlığı, hepatit B, titreşim, aile planlaması, sağlık eğitimi, yetişkin eğitimi.

Demet HAYALİ
YILDIRIM



- Demet HAYALİ YILDIRIM
- İl Performans ve Kalite Koordinatörü
- İzmir İl Sağlık Müdür Yardımcısı, TÜRKİYE

1985 yılında 9 Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesini, 1995 yılında Eskişehir Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesinden mezun oldu. İzmir Sağlık Müdürlüğü İdari ve Mali İşler Şubesinde uzun yıllar görev yaptı. İdari Mali İşler Şube Müdürlüğü, Çeşme Devlet Hastanesi Müdürlüğü ve İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Müdür yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2002 yılında İl Sağlık Müdür Yardımcısı olarak atandı. Bu tarihten itibaren İzmir deki Hastanelerin Kalite Çalışmalarında, Eğitim ve Danışmanlık hizmeti vermektedir. Kalite Yönetim Sistemleri, Sağlıkta Performans ve Kalite, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Yönetim Sistemleri, Hasta Kayıtları Dosyalama ve Arşiv konuları araştırma ve ilgi alanlarıdır.

Dr. Ercan BAL

- Dr. Ercan BAL
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye

Dr. Mehmet Akif GÜLEÇ



- Dr. Mehmet Akif GÜLEÇ
- Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Müdür Yardımcısı

01/12/1966 tarihinde İskenderun'da doğmuş, ilk ve orta öğrenimini Hatay'da üniversite öğrenimini 1992 yılında Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisinde tamamlamıştır. SSK Ankara Eğitim Hastanesi Acil Yoğun Bakım Ünitesi sorumlusu, SSK Etik İhtisas Hastanesi Hemodiyaliz Hekimliği ve Başhekim Yardımcılığı görevlerinden sonra 2005 yılından bu yana Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil ve Afetlerden Sorumlu Müdür Yardımcılığı görevini yürütmektedir. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri, 112 Ambulans ve Hastane Acil Koordinasyonu, Afetlerde Sağlık Yönetimi ve Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon konularında uzmanlığı mevcuttur.

Dr. Cihat Erhan ÖNAL

- Dr. Cihat Erhan ÖNAL
- Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Hasta Hakları İl Koordinatörü, Ankara, Türkiye

Cihat Erhan Önal, 1965 yılında Niğde'de doğdu. İlk ve ortaokulu Niğde'de liseyi İzmir'de tamamladı. 1992 yılından Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Niğde Devlet Hastanesinde bir yıl çalıştıktan sonra Ankara'ya tayin oldu. 1994 yılından beri Ankara İl Sağlık Müdür Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Aynı zamanda Ankara Hasta Hakları İl Koordinatörü olarak çalışmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır. İyi derecede İngilizce bilmektedir.

Uzm.Dr. M. Fatih ÖNSÜZ

- Uz. Dr. Fatih Önsüz,
- Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, Sakarya, TÜRKİYE

Emine TAHHAN



- Emine TAHHAN
- Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 112 İl Ambulans Servisi Kalite Direktörü

18/08/1975 tarihinde Sivas'ta doğmuş, ilk ve orta öğrenimini Sivas'ta, Üniversite öğrenimini Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümünde tamamlamıştır. 112 sisteminde acil yardım istasyonu ve Komuta Kontrol Merkezinde görev yaptıktan sonra, 2008 yılından bu yana Ankara 112'de Kalite çalışmalarını yürütmektedir. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon, Hasta Çalışan Güvenliği ve Hastane Afet Planları konularında eğitim ve çalışmaları mevcuttur.

Dr. Levent ATAY, MSc

- Dr. Levent ATAY,
- Özel Memorial Ataşehir Hastanesi , Medikal Direktör Yardımcısı, Mesul Müdürü

Doğum Yeri, Tarihi:Ankara, Türkiye / 1965

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce, Fransızca

Medeni durumu: Evli, 1 çocuk babası

1989 yılında GATA Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra çeşitli TSK kuruluşlarında hekim, şube müdürü ve başhekim olarak görev almıştır. 1998-1999 yılları arasında Bosna Hersek'te NATO çok uluslu gücünde hekim olarak görev almış ve 1999 yılında Başbakanlık askeri hekimliğine atanarak 4 yıl boyunca bu görevde bulunmuştur.

2003-2005 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi Aile hekimliği programına eğitici eğitmeni olarak katılmış, Ankara, İstanbul ve İzmir'de eğitimler vermiştir.

2006 yılında Beykent Üniversitesi İşletme Fakültesinde Sağlık Kurumları Yönetim ve İşletimi masterını tamamlamıştır. Aynı yıl Anadolu Sağlık Merkezi-Johns Hopkins

hastanesinde Tıbbi Direktör Yardımcısı olarak görev yapmaya başlamıştır. Uluslararası akreditasyon , Sağlıkta Profesyoneller eğitimleri, yatırım planlama ve ruhsatlandırma,

tıbbi birimlerin organizasyon ve yönetimi süreçlerinde görev almıştır. 2009 yılında Avrupa İç Hastalıkları Federasyonu Kongresinde Medical Management programına katılmıştır.

2009-2010 tarihlerinde Universal Group Çamlıca Alman Hastanesine başhekim ve Genel Müdür Yardımcısı olarak görev yapmıştır. 2010 yılı başında Memorial Sağlık Grubunun yeni açacağı hastanesi Özel Memorial Ataşehir Hastanesi açılış çalışmalarında bulunmuş, halen Mesul Müdürü ve Medikal Direktör Yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

Dr. Süha ŞEN



- Uzm. Dr. Süha Şen,
- Enfeksiyon hastalıkları Uzmanı ve Başhekim yardımcısı
- Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Ankara, TÜRKİYE

Doğum Tarihi : 1961

Göreve Başlama Tarihi : 1984

Çalıştığı Kurumdaki Kıdem Yılı: 9.yıl

EĞİTİM BİLGİLERİ

YABANCI DİL ve DÜZEYİ: İyi

PROFESYONEL İŞ DENEYİMİ:

1984-1985 Erzincan İlç-Kuruçay Sağlık Ocağı

1985-1988 Erzincan Sağlık Sosyal Yardım Müdür Yardımcılığı ve Müdürlüğü

1988-1992 Ankara Numune Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Asistanlığı

1992-2002 Tokat Devlet Hastanesi İntaniye Uzmanı, Devlet Hastanesi Bakteriyojoloji-Seroloji Bölümü ve Kan Bankası Müdürlüğü

1999-2002 Tokat Devlet Hastanesi Başhekimliği

1999-2000 Tokat İl Sağlık Müdürlüğü

2002-2011 T.Y.İ.H Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, TYİH Enfeksiyon Kontrol Komitesi Başkanlığı

2005-2011 T.Y.İ.H., Başhekim Yardımcılığı

Meslek hayatı boyunca katıldığı Kurslar, seminer ve kongreler olup, çeşitli yazı ve makalelerin yanı sıra ,çeşitli komisyonlarda görev yapmıştır.

Op. Dr. Salih Cüneyt
AYDEMİR

- Op. Dr. Salih Cüneyt AYDEMİR
- Kalite Koordinatörü, Göğüs Cerrahi Uzmanı
- Medicana Sağlık Grubu, TÜRKİYE

1998 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2004 yılına kadar Heybeliada Sanatoryumu Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Göğüs Cerrahi Uzmanlığını tamamlayarak çalıştı. Askerlik görevini Gülhane Askeri Tıp Akademisi Göğüs Cerrahi ABD da 2005 yılında tamamladı. 2006 yılında Özel Medicana Çamlıca Hastanesinde Göğüs Cerrahi Uzmanı olarak çalışmaya başladı. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde 2007 yılında Hastane Yöneticiliği Sertifika programını tamamladı. Özel Medicana Çamlıca Hastanesi Medikal Direktör Yardımcılığı ve Kalite Yönetim Sorumlu Doktoru görevlerini üstlendi. 2008 yılında Dünya Bronkoloji Kongresinde Genç Araştırmacı Ödülü'ne layık görüldü. 2009 yılından bu yana Medicana Sağlık Grubu Kalite Koordinatörü olarak çalışmalarına devam etmektedir.

Uz.Dr. Gürbüz
AKÇAY



- Uz.Dr. Gürbüz AKÇAY
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi Baştabibi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Dr. Gürbüz Akçay, 2005 yılından beri Denizli Servergazi Devlet Hastanesi Baştabibi olarak çalışmaktadır.1991 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Akçay, 1999 yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlığını alarak özel sektör ve kamu hastanelerinde Uzman hekim ve Hastane yöneticisi olarak çalışmıştır.

Göreve başladığı ilk günden bu yana Toplam Kalite kültürünün ve mükemmelliğin tüm hastane de yapısal ve düzenli biçimde iyileşme ve gelişmeler sağlayarak hasta odaklı, güvenilir bakım ve tedavi hizmeti sunulması için çalışmalar yapmaktadır.

PATH (Performance Assessment Toll for quality improvement in Hospitals; HASTANELERDE KALITE GELİŞTİRME İÇİN PERFORMANS DEĞERLENDİRME ARAÇLARI) Projesi Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2003 yılından bu yana yürütülmektedir. 2009 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı da projeye katılmıştır. Dr. Gürbüz Akçay, Denizli Servergazi Devlet Hastanesinin projeye seçilen 14 hastane içinde yer alması için gerekli çalışmaları yaparak Sağlık Bakanlığı tarafından PATH Projesine katılmıştır.

Şu anda baştabipliğini yaptığı hastanede Kalite Yönetim Sistemi olarak hastane Entegre Yönetim Sistemi oluşturulmuş ve uygulanmasını sağlamaktadır. Bu sistemler, TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi, TS 18001:2008 İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Yönetim Sistemi ve TS ISO 10002:2006 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi standartlarının şartlarına uygun olarak kurulmuş ve EYS-Entegre Yönetim Sistemi olarak tanımlanmıştır.

Dr. Gürbüz Akçay, halen kurumda ISO 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi alt yapısını hazırlamaktadır. JCI ve EFQM modelleri ile ilgili kurumsal altyapı hazırlanmış, ekiplerin eğitimleri tamamlanmıştır. Dr. Gürbüz AKÇAY bunun yanında Sağlık Bilişimi alanında da faaliyet göstermektedir. İlk olarak 2007 yılında bir hastane PACS sisteminin yerel yazılımcılarla geliştirilmesine danışmanlık yapmıştır. Bu çalışma sonrası PACS sistemleri ülkemizde ilçe hastanelerinin bile ulaşabileceği düzeye gelmiştir. Şu sıralarda kurumda dokuman yönetimi, teletıp ve mobil tıp alanında proje faaliyetlerini yürütmektedir.

Kalite ve Akreditasyon ile ilgili aldığı eğitimler:Toplam Kalite Yönetimi, EFQM ve Özdeğerlendirme, Hata Türleri ve Etki Analizi Eğitimi, İş Sağlığı ve Güvenliği (OHSAS) Risk Derecelendirme ve Değerlendirme Eğitimi, TS ISO 10002:2006 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi, TS 18001:2008 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Temel ve İç Tetkik Eğitimi, TS ISO IEC Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Temel ve İç Tetkik Eğitimi, Ekipte Mükemmellik Modeli Eğitimi

Uzm. S. Kaya KARS



- Uzm. S. Kaya KARS
- Antalya Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü, Eğitimci, ISO 9001 ISO 14001 TS 18001 ISO 22000 Baş Tetkik Görevlisi

1992 yılında Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümünden mezun olan Kaya Kars, 1993 yılında Linguarama Collage Birmingham U.K. de İngilizce ve İş İdaresi kurslarından sertifika aldı. Aynı yıl Ankara Kalite Müdürlüğüne göreve başlayan Kars, 1994 yılında İstanbul Kalite Müdürlüğüne ardından Kalite Kampüsü Kalite Müdürlüğüne tayin oldu. 2001 yılında Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme anabilim dalı Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim dalı Yüksek Lisans programından mezun olmasının ardından Antalya'ya tayin olan Kars, 2005 yılından itibaren Antalya Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü olarak çalışmaktadır.

Güler ÇAKMAK



- Güler Çakmak
- Hastane Yönetim Uzmanı,

Türkiye'de sağlık sistemlerinin, ulusal (TSE, Sağlık Bakanlığı) ve uluslararası (JCI Akreditasyon) standartlarla entegre edilmesinde ve belgelendirilmesinde son 10 yılda sektöre büyük katkı sağlayan TSE Baş Müfettişi Sayın Güler Çakmak, Medical Park Hastaneler Grubu 14 hastanesinde kalite iyileştirme ve hasta ilişkileri faaliyetlerini üst düzey yönetici olarak yürütmektedir. Eğitimleri aşağıda sıralanmıştır;

1990- 1994 Tarihlerinde İ. Ü. Florence Nightingale'den mezun oldu.

2000 yılında JCI/ Akreditasyon Standartları Katılım Sertifikasına sahip oldu.

2003 yılında "EOQ Quality Auditor" ve "TSE Denetçisi" sertifikasına sahip oldu.

2003 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi "Hastane Yönetimi Sertifikası" aldı.

2005-2008 yılları arasında Beykent Üniversitesi MBA üzerine yüksek lisansını bitirdi.

2010-Temmuz Hamstead Language of School intermedic level

Mart 2006 tarihinde 1 ay Amerika'da bulundu. Amerika'da sektörde en başarılı olarak tanınan hastanelerden, Miami Children, Methodist, Mercy, N.W Memorial, Cleveland hastane gruplarının kalite akreditasyon, Magnet çalışmalarını inceledi. Magnet belgesini Türkiye'ye kazandırmak için Amerikan Hemşireler Derneği başkanları (ANCC) yetkilileri ile görüştü ve Miami'de Magnet kongresine katıldı.

1994-1999 yılları arasında Florence Nightingale Hastanesi'nde, 2000-2006 yılları arasında Memorial Hastanesi'nde görev aldı. Türkiye'de 2005 yılında, Memorial Hastanesi'nde ilk re-akreditasyon denetimini başarıyla geçiren kişi oldu. 2007 yılı başında Medical Park Hastaneler Grubu'nda Kalite İyileştirme ve Geliştirme Direktörü olarak görev alan Çakmak, 4 hastane JCI denetimini ikisi ön denetimsiz ve kısa zaman zarfında (5-6 aylık) aynı anda denetime sokarak başarılı oldu. Ön denetimsiz akreditasyon belgesini Türkiye'de ilk kazandıran kişi oldu.

2009 Kasım tarihi itibarıyla T.C. İstanbul Arel Üniversitesi'nde sürekli eğitim merkezinde kalite ve akreditasyon, hasta güvenliği ve hasta hakları konularında eğitimci olarak görev aldı. 2010 Temmuz ayında 1 ay Londra'da Buisnes eğitimi için bulundu ve akredite hastaneleri ziyaret etti.

Türkiye'de 6 JCI resmi denetimi, 3 JCI ön denetimi, 10 ISO 9001-2000 VE 14 hastanesini ulusal hizmet kalitesi denetiminden başarı ile geçirdi.

2004 yılından itibaren TSE uzman tetkikçi olarak özel hastanelerde ISO 9001-2000 belgelendirme denetimlerinde bulunan Çakmak 2010 Ağustos ayı itibarı ile TSE Baş/Tetkik Görevlisi olmuştur.

Şengül GÜNGÖR

- Şengül GÜNGÖR
- Gölcük Asker Hastanesi, KOCAELİ, TÜRKİYE

1969 yılında Eskişehir'de doğan Şengül Güngör, İlk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamlayarak 1986-1987 eğitim öğretim yılında GATA Hemşirelik Yüksek Okulu'ndaki eğitimine başlamıştır. 1990 yılında Teğmen rütbesiyle mezun olduktan sonra stajını tamamlayarak, 1991 yılında İskenderun Deniz Hastanesinde Başhemşire olarak göreve başlamıştır. Daha sonra sırasıyla; 1993-1995 yılları arasında Gölcük Asker Hastanesinde Başhemşirelik, 1995-2001 yılları arasında Gölcük Deniz Ana Üs Komutanlığında Sağlık Kısım Amirliği, 2001-2005 yılları arasında Gölcük Asker Hastanesinde Personel Şube Müdürlüğü görevini icra etmiştir. 2005 yılından itibaren Gölcük Asker Hastanesinde Başhemşire olarak görev yapmaktadır.

1996-1999 yılları arasında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans eğitimini, 2006-2007 yılları arasında Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programını tamamlayan Şengül Güngör; evli ve iki çocuk annesidir.

KONUŞMACI ÖZETLERİ

13 NİSAN 2011 ----- ÇARŞAMBA

13:00 KAYIT VE OTELE YERLEŞME

18:00 – 19:00 RESMİ AÇILIŞ, HOŞGELDİNİZ KOKTEYLİ VE AKŞAM YEMEĞİ

14 NİSAN 2011 ----- PERŞEMBE

09:00– 09:30 **AÇILIŞ KONUŞMALAR** Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Hulusi ŞENTÜRK, Türk Standartları Enstitüsü, Başkanı, TÜRKİYE

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü , TÜRKİYE

09:30 – 10:30 **Konferans** **21.YÜZYILDA SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMADA TEMEL TAS: "KLİNİK HİZMETLERDE RİSK YÖNETİMİ"**

Konuşmacılar

Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü , TÜRKİYE

Risk yönetimi risklerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve önceliklendirilmesidir. Risk yönetimi risklerin bir başka alana transferini, riske kaçınmayı, risklerin negatif etkilerini azaltmak ve riske bağlı bazı kabul edilebilir sonuçları kabul etme stratejilerini içerir. Sağlık kuruluşlarında risk yönetimi 3 temel tipte karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki klinik personelin bilgi ve becerileri veya onların hasta güvenliği konusundaki eğitim düzeyleri veya tesis güvenliğine bağlı nedenler ya da aletlerin bakım ve kalibrasyonları gibi altyapıya bağlı karşımıza çıkan risklerdir. Bir diğer risk süreci sırasında karşılaştığımız risklerdir. Bunlar kanıta dayalı klinik rehberlerin kullanımı ve ya klinik haritalara uyum yüzdelerinin yüksekliği ile be taraf edilebilir. Risk yönetiminin en önemli tiplerinden birisi ise risklerin maliyet ve ekonomileridir. Bu tip riskler sonuç olarak karşımıza çıkan risklerdir bunlarda tıbbi hataları veya bunlara bağlı malpraktis olgularını ve ilişkili sonuçları kapsar.

Bu sunumda risklerin tanımlanması, risk yönetim basamakları ve sağlık kuruluşlarında riskleri önlemeye yönelik uygulanan yöntemler tartışılacaktır. Amaç sağlık kuruluşlarımızı hasta ve çalışan açısından güvenli hale getirmektir. Bu sunum mümkün olduğunca interaktif bir oturum şeklinde gerçekleştirilecek, katılımcıların ilgilerini stimüle etmeye çalışacak ve bu konu ile ilgili bilimsel ve paylaşımcı bir tartışma ortamı yaratmaya çalışacaktır.

10:30 – 11:00 **Kahve Arası**

11:00 – 12:30 **PARALEL OTURUMLAR I**

SALON - I

KLİNİK HİZMETLERDE MULTİ-DİŞİPLİNER RİSK YÖNETİMİ PROGRAMLARI

Oturum Başkanı

Prof. Dr. Al-Assaf, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Konuşmacılar

TIBBEN AÇIKLANAMAZ- O ZAMAN NE YAPMALI?

Dr. Arild Aambø,

NAKMI, Norveç Azınlıklar Sağlık Araştırmaları Derneği, , Ullevaal Üniversite Hastanesi, NORVEÇ

Tıbben açıklanamaz semptomları çok önemli konulardan birisidir, bu sadece tanı koyma da değil, sosyal ve klinik durumda da önemlidir. Bu durum ıstırapla baş edilebilir. Bu durum bir çeşit ağrı kaynağı ve hastaların bu ağrıdan sıkıntı duymalarıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde % 15-30, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde ded pek çok uzmanlık hizmetlerinde karşılaşılan bir durumdur ve sağlık sistemlerinde bu durumlarla savaşmak pekte kolay değildir. Zira hastaların pek çoğu bu durumdan şikayet etmekte, bu durum onlarda kognitif ve fiziksel fonksiyon bozukluklarına neden olmakta, ciddi işyüklü kayıpları doğurmaktadır ve toplumlarda bu açıklanamayan semptomlara bağlı ıstırapların oluşmasına neden olmaktadır. Kirmayer' e göre (2004) bu ağrıların teşhis edilememesi ve yeterli tedavinin yapılamamasına bağlı hastada ciddi kayıplar doğmakta sonuç olarakta hem hastada hemde klinisyenlerde ciddi stresler oluşmakta, ıstırap içerisinde hastaların gelecek planları yapamamasına yol açmaktadır demektedir. Bu sunumda bu açıklanamayan semptomların ve ağrıların çözümünde uygulanan yollar kısaca tartışılacaktır.

HASTANE ÇALIŞANLARINDA VE HASTALARDA ETHNIC VE KÜLTÜREL ÇEŞİTLİLİĞE BAĞLI OLARAK KALİTE İYİLEŞTİRME PROGRAMLARI, HASTA GÜVENLİĞİ VE ORGANİZASYONEL ÖĞRENMEDE ÇIKMAZLAR

Dr. Ursula Karl-Trummer, MSc

Sağlık ve Göç Merkezi, Danube Üniversitesi, Krems, AVUSTURYA

Hastane çalışanlarında ve hastalarda etnik ve kültürel çeşitliliğin son yıllarda artış göstermesi sağlık sistemlerini iki yönde etkilemektedir.

- 1- Sağlık hizmetlerindeki globalizasyon, sağlık çalışanlarının farklı ülkelerde çalışması sonucu sağlık sektöründeki değişim-internal farklılık-
- 2- Hastaların gün geçtikçe farklı etnik grup ve kültürel yünden farklı backgroundlardan olmalarına bağlı olarak sağlık kuruluşlarının bu ihtiyaca cevap verme zorunluluğu-müşteri farklılığı

Sağlık kuruluşları kalite yönetim sistemlerinde hasta güvenliğinin sağlama amacıyla bu açmazları karşılamalıdır. Bunun içinde farklılık, çeşitlilik yönetimi adı altında program geliştirmek zorundadır. Kültürler arası iletişimi sağlamak, hem profesyonel ekiplerden hemde bu ekiplerden hizmet alan hasta gruplarının ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılayabilmek çokda kolay değildir. Yetersiz iletişim riski demek hasta ve çalışanların farklı dilleri konuşma, hastalık ve sağlık kavramlarının farklı algılanması, sağlık hizmeti sunucusu ve hasta arasındaki ilişkiler, uygun davranış ve tedavinin sağlanması ve etkisiz organizasyon kültürüdür. Yetersiz iletişim ve anlamın olması ana süreçlerde hataların ortaya çıkmasına ve hasta güvenliği tehdiye neden olmaktadır.

Sağlık Kuruluşları bu açmazları nasıl karşılayacaklardır? Cevap çok basit ama aynı zamanda da çok karmaşıktır; Bu kültürel farklılığı kurumsal öğrenme ve kalite yönetim programlarının içerisine entegre etmelidirler. Bu sunumda bu konudaki başarı ve başarısızlıklar ile pratik yaklaşımlar tartışılacaktır.

HASTA GÜVENLİĞİ YAPILANMA PLANI İÇİN ARAC : RASTGELE ARASTIRMA SONUÇLARI

El Mhamdi S¹, Vacher A², Quenon J-L³, Kret M³, Auroy Y⁴, D'Hollander A⁵, Michel P³

Koruyucu Tıp Bölümü, Monastir Üniversite Hastanesi(Tunus) Askeri Biomedikal Arastirma hastanesi, Paris, Fransa,Kordinasyon Komitesi, Klinik

Degerlendirme ve Kalitesi, Bordeaux (Fransa)

Val de Grace Hastanesi, Paris (Fransa)

Geneva Üniversite Hastanesi(Isvire)

Amaç:Derinlemesine durum analizi ardından, eylem planının yapılması için bir aracın verimliliğinin artırılması

Methodlar: Deneysel bir çalışma yürütülmüştür. katılımcılar gönüllü hastane risk yöneticileriydi, gönüllüler yalnızca arac tahsisinde iki farklı guruba ayrıldı. Uygulanacak eylemlerin ve problemlerin belirlenmesini kolaylaştıracak 7 kategorioik grafik kagidi oluşturuldu. Her gurup advers ilaç olaylarını analiz etmek ve çözüm getirmek durumundaydı. İlk önlem bir alet olmaksizin gerçekleştirildi. Ana sonuç ölçütü, 8 uzman komitesi tarafından belirlenen eylemlerin özdesi olan çözüm eylemlerinin sayısı idi. **Sonuçlar:** 2010 subat ayında 56 hastane risk yöneticisi rastgele secildi. 1,3 eylem ve 0.6 referans telkin gurubu üzerinde, önerilen eylem farklılıkları sayı ortalamasında muazzam farklılık gözlemlendi. (p degeri =0,004). Uzunlamasına veri için oluşturulan dogrusal risk etki formu, senaryonun, çözüm eylemleri üzerinde arac etkisini degistirdiğini gösterdi. 1. seneryo için 2,4 eylemlerinin farklılığı ile müdahale gurubunda oldukça yüksekti.(C %95-3,40, p- degeri<0.001) ve 1.1 eylemlerinin farklılığı söz

konusu idi. (CI95%: 0.02 - 2.00, p-value = 0.046) senaryo No.2.

Sonuç: Sonuçlarımız iki analiz senaryosu için, arac etkisini gösterdi, kullanımının yaygınlaşmasından evvel yan etkiler üzerindeki verimliliği, uygulanabilirliği ve Kabul edilebilirliği risk yöneticileri tarafından incelendi.

SALON - I I

Oturum Başkanı

Konuşmacılar

RİSKLERİN MALİYET ANALİZLERİ

Prof. Dr. Ata Nevzat Yalçın, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, **TÜRKİYE**

RISK YÖNETİMİ: HASTANE İNFEKSİYONLARININ MALİYETİ

Prof. Dr. Ata Nevzat Yalçın,
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, **TÜRKİYE**

Hastane enfeksiyonları, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı problemi olup, morbiditesi, neden olduğu mortalite ile maliyetten dolayı üzerinde yoğun olarak durulan bir konudur. Hastane enfeksiyonlarının sosyo-ekonomik etkisini ortaya koymak amacıyla çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu tür enfeksiyonlar hastanede yatış yanında çalışma düzenine bağlı olarak maliyetleri artırmaktadır. Antibiyotikler ve yatış süresinde uzama maliyetin en önemli bölümünü oluşturan ve iyi tanımlanmış parametrelerdir. Sonuç olarak bu önemli harcamaları azaltmak için iyi düzenlenmiş enfeksiyon kontrol programlarının sürdürülmesi gerekmektedir.

ELEKTRONİK HASTA DOSYASI VE BİR UYGULAMA ÖRNEĞİ

Yard. Doç. Dr. Yaşar ODACIOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, **ESKİŞEHİR**

Hastanede tedavi gören tüm hastalar için bir hasta dosyası oluşturulması yasal bir zorunluluktur. Bu hasta dosyası klasik olarak kâğıtlardan oluşurken, gelişen teknolojiden de yararlanarak elektronik dosya oluşturmak da mümkün hale gelmiştir.

Uygulama örneği:

960 kadro, 124 yoğun bakım yatağı ile, 3. basamak sağlık hizmeti veren Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi'nde bu bağlamda özgün bir çalışma yapılarak "elektronik dosya" oluşturulmuştur.

"Elektronik dosya" projesi ana hatlar ile şu şekilde gerçekleşmiştir;

- 1) Projenin yazılım, donanım, kullanıcı ve iş süreçlerini içeren fizibilite çalışması ilgili kişiler ile yapılmış, gerekli donanımlar sağlanmış ve network ağı iyileştirilmiştir.
- 2) Acil serviste hasta verilerinin elektronik ortama aktarılması için "dijital kalem" çalışması gerçekleştirilmiştir.
- 3) Radyoloji görüntüleri PACS (Picture Archiving and Communication System) ile elektronik ortama aktarılmıştır.
- 4) Genelde tüm kullanıcılar, özeld hekimlerin kullanacağı modeller kullanıcı katkıları da alınarak geliştirilmiş, genel eğitimler verilmiştir.

Bu bildiri elektronik dosyaya geçiş süreçleri detayları ile tartışılırken, karşılaşılan sorunlar da irdelenmiştir.

Proje sonrasında; kâğıt trafiğinin ortadan kalkması, verilerin kaynağında doğrudan elektronik sisteme girilmesi, uzaktan konsültasyon ve hasta verilerini izleme, hasta geçişini sorgulama, adli merciler ve ödeme kuruluşlarıncı istenilen bilgiye hızlı ulaşım, finans akışının hızlandırılması ve arşivleme maliyetlerinde iyileştirmeler ve azalışlar gerçekleştirilmiştir.

Bildiride ülkenin geleceği de dikkate alınarak;

- Hasta tedavi protokollerinin oluşturulması için "bilgi bankası" na hazırlık,
- Tekrar eden tetkiklerden kurtulma ile sağlanan finansal kazançlar,
- Yasal belgelerin doğru şekilde kayıt altına alınması,
- Konunun adli boyutu tartışılmıştır.

Bu özgün çalışma sonrası hızlı gelişen tıp-bilişim teknolojilerinden yararlanılarak kullanıcılarında olumlu katkıları ile hasta verilerinin dijital ortama taşınması paylaşılabacaktır

ÖZEL HASTANELERDE RISK YÖNETİMİNİN ETKİLERİ

Dr. Levent Atay
Medikal Dir.Yrd./Mesul Müdür, Memorial Ataşehir Hastanesi, **İstanbul, Türkiye**

Hastane üst yönetimlerinin riski yönetememekten dolayı uğradıkları tıbbi, idari, mali ve toplumsal tanınırlıklarındaki zararların ölçümü veya tespitinde fikir birliğinde olması ilk şart olarak kabul edilmelidir. Ayrıca yönetim kurullarına toplumda hastanenin tıbbi imajına ve oluşacak finansal zararları azaltmaya yönelik katkısının gerçekçi bir şekilde aktarılacak olmaları sağlanması en büyük destek faktörlerinden biri olacaktır.

Günümüz özel hastanelerinde bunun neden bu kadar önemsenerek, çalışmalar yapılmaktadır. Aslında proaktif bir çalışma olan risk yönetimi ve beklenmedik olaylara karşı iyileştirme planları, birçok ülkede kamu tarafından çeşitli kanun, yönetmelik tarzı düzenlemelerle belirlenmektedir. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Belediyeler tarafından açılışında ve işleyişinde parçalı süreçli olarak aslında risk yönetimiyle çalışılmaktadır. Örneğin Sağlık Bakanlığı özel hastaneler yönetmeliği ve periyodik bildirim zorunlu bilgilerle, özel hastaneler hizmet kalite standartları puanlama belgesine uyumu denetleyerek tüm tıbbi riskleri yönetirmek ve kaliteli hizmet sunumu için hastanelerin risklerini azaltmasına yönelik ortak payda da bazı uygulamalar yapılmaktadır.

Aynı şekilde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı çalışanların karşılaşılabileceği risklerin azaltılması ve bildirim iş ve işçi sağlığını korumaya yönelik kanun ve yönetmelikler çıkararak tüm işletmelerin riskini azaltmaya çalışmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu yine hastanelere sağlık ödemeleri yaparken tıbbi riskleri azalttığına inanarak yönetmelik uygulamalarını yapmaya çalışmaktadır. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı hastanelerin doğal afet ve kullanımından doğacak olası durumlar karşısında tahminler yürüterek, bina yapısını yönlendirmektedir. Ayrıca hizmet alacak hastaların zor durumlarda yaşayabilecekleri riskleri düşünerek ve ortalama dünya standartlarına uygun hizmet sunumu için donanım ve iç planlamaya müdahale edilmektedir.

Örneklerden gördüğümüz üzere tahminen ülkemizde bu kadar çok Bakanlığın uygulamasına tabi başka bir işletmecilik olmayabilir. Dünyadaki örnekleri de farklı değildir, çünkü söz konusu olan insandır ve zor durumda olan hastalar grubudur. Peki tüm bunlar var iken neden bir daha risk yönetimi, hasta güvenliği yönetimi gibi birimlere ihtiyaç duyulmaktadır.

İşte hastane yönetimlerinin görev olarak algılanması gereken en önemli faktör burada ortaya çıkmaktadır. Aslında birçok değişik belgelerde geçen proaktif alınabilecek önlemler, süreçler ile izdüşümünün gerçekleştirilmesi. Günümüz aşırı uzmanlaşmasının getirdiği parçalanmanın multidisipliner bir grup tarafından süreç takibi ile bitirilmesi. Bu yönetimi üstlenecek grubun içinde karar alarak uygulayabilecek seviyede yöneticilerin bulunması sağlanmalıdır. Bu çalışma grubunun iyileştirme uygulama ve eğitimlerinin kurumsal ilanı dışında bireysel açıklama yapmayan kişilerden oluşması sürdürülebilir risk yönetim kurulması bakımından oldukça önemlidir.

Bu çalışma grubunun risk alanlarını ve şiddetini tespiti mutlaka önemlidir. Ancak bunu sağlayacak daha önemli bir unsur daha vardır. Bu ise beklenmedik ve riskli olabilecek veya oluşmuş olayların bildirimini. Çalışanlarda bu bildirimlerin cesareti ve tek kişi tarafından hızlı bir şekilde yapılacak organizasyonel sistemin kurulması Özel Hastane Yöneticilerinin hastanelerinde net bir şekilde görülemeyen ancak bu tip çalışmalarla ortaya çıkan tıbbi, idari, fiziki ve mali birçok alanda sağlanan iyileştirmelerle sağlanacak getirinin maddi ve manevi getirisi oldukça yüksek olacaktır. Özel hastanececilik işletme ve yöneticilerinin bu yönetimleriyle modern tıba ve işletmelere kazandırdıkları artık yadsınamayacak bir noktaya gelmiş ve klasik yöntemleri sürekli zorlamaktadır.

Mali risk yönetimi örneği olarak; Ameliyat planlaması yapılan hastalarda kararın hasta ile beraber verildiği andan itibaren birçok hastane hastasını ameliyatın yapılacağı günün sabahı veya bir akşam önce yatış için çağırılmaktadır. Bu hastaların özel sigortalı bölümünde ameliyat provizyon onayı alındıktan sonra, ameliyat gününden 1 gün önce pre-op tetkiklerin istenmesi ve provizyon onayı beklenmektedir. Bu onayın alınması ile beraber yapılan tetkiklerin değerlendirilmesi başlamakta bu yüzden hastanın başka branşlar ile ilgili sorunları ancak son 12 saatte belirlenebilmekte, eğer sonuçta hastanın ameliyata girişi tıbben mümkün olmazsa hem hasta hem hastane ekibi için boşuna hazırlık, maddi ve manevi kayıp yaşanmaktadır.

Peki bu hastaların ameliyat kararı ile ameliyat günü arasında hastanenin polikliniğinde (ideal olarak ameliyat günü çok geç değilse kararın alındığı muayene günü) pre-op tetkikleri başlaması halinde bazı özel sigortalı ödeme provizyonunu vermekte, ya ameliyattan vazgeçerse bunun tam karşılama bir art niyetli yapılabileceği algısını savunmaktadır. Bu durumda hasta ya cepten ödeme yapabilecek veya bu kadar ameliyat ücretini kurumum ödüyor bunu da almayın yaklaşımıyla gelecektir. Yapılan işlem sonunda arada kalan bu ödemeler hiçbir idari çalışanın istemeyeceği açık işlem faturaları olarak birikerek belki aylar sonra ilgili idari personele ödeme

çıkma korkusu yaratacaktır. Bu uygulama kararı alınsa bile çalışanlardaki direnç ve kararsızlık yine hastaları son güne davet etme şeklinde uygulamayı zorlayacaktır.

İşte yönetimler mali risk yönetiminde burada inisiyatif olarak, kesin ameliyat olacak hastayı hem bir gün fazla yatışını, hem de hastanın ve tıbbi ekibinin motivasyonunu ücretle ölçülemeyecek bir şekilde bozulmasını önlemelidir. Oldukça düşük maliyetli pre-op tetkiklerinin bazılarının ödenmemeye riskini alabilecek hastane yönetimlerinin yapacağı bu iyileştirme mali risk yönetimi içinde hastaneye hem ölçülemeyen giderlerde azaltma hem de hasta güveninin üst düzeyde tutulduğu yüksek kalitede bir hizmete ulaştırabileceklerdir.

SAKARYA YENİKENT DEVLET HASTANESİ EEG ÜNİTESİNDE BİR AYLIK VERİLER KULLANILARAK DİREKT MALİYET YÖNEMİYLE BİRİM TETKİK MALİYETLERİNİN HESAPLANMASI

Oğuz Barış¹, Çatalbaş Yasin², Önsüz M. Fatih³

1. İl Sağlık Müdürlüğü, Sakarya, Türkiye
2. Dr., İl Sağlık Müdürlüğü, Sakarya, Türkiye
3. Uz. Dr., İl Sağlık Müdürlüğü, Sakarya, Türkiye

Giriş – Amaç : Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, müşterinin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Sağlık kuruluşları maliyetlerini hesaplayabilmek ve kontrol altına alabilmek için maliyet analizi çalışmalarını yapmak zorundadırlar. Maliyet analizleri de ancak iyi kurgulanmış maliyet muhasebesi sistemlerinin ve dolayısıyla maliyet yöntemlerinin varlığı ile yapılabilmektedir. Çalışmanın amacı, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi (SYDH) EEG (Elektroensefalografi) ünitesinde bir aylık veriler ile maliyet yapısının incelenerek, direkt maliyet yöntemi ile birim tetkik maliyetlerinin hesaplanması ve maliyetlerin kontrolü ve kaynakların etkin kullanımında alınacak kararlarda hastane yöneticilerine yardımcı olacak bilgilerin ortaya çıkarılmasıdır.

Yöntem : Bu çalışma, 1-30 Eylül 2010 tarihleri arasında SYDH EEG (Elektroensefalografi) ünitesi verileri kullanılarak yapılmış bir direkt maliyet yöntemi araştırmasıdır. Bu yöntem ile SYDH EEG ünitesi toplam maliyeti ve birim tetkik maliyetleri hesaplanmıştır. Toplam maliyet belirlenirken direkt işçilik giderleri ile ilk madde ve malzeme giderleri maliyetleri oluşturmuş, genel üretim giderleri kullanılmamıştır. SYDH EEG ünitesinde çalışma yapılan dönemde 3 ayrı tetkik çekimi yapıldığından birim maliyetler elde edilirken dönüştürme ölçütü ve katsayıları kullanılmış, Aktivasyonlu EEG tetkiki dönüştürme ölçütü olarak belirlenmiştir.

Bulgular : İlk madde ve malzeme giderleri ile direkt işçilik giderlerinden oluşan toplam maliyet 4.717,26 Türk Lirası (TL) olarak tespit edilmiştir. İlk madde ve malzeme giderlerinin toplam maliyetin % 4,68'ini, işçilik giderlerinin ise % 95,32'sini oluşturduğu gözlenmiştir.

Yapılan birim maliyet analizinde, tetkik çeşitliliği nedeniyle araştırmanın yapıldığı dönemde en çok işlem yapılan Aktivasyonlu EEG tetkiki, dönüştürme ölçütü olarak kullanılmıştır. Dönüştürülmüş tetkik birim maliyeti 61,23 TL olarak hesaplanmıştır. Aynı dönemde gerçekleşen dönüştürülmüş tetkik adedi ise 77,04'dür. SYDH, EEG ünitesinde verilen hizmetlerin fiyatlandırılmasında Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) katsayıları kullanıldığından dönüştürme ölçütü olarak belirlenen Aktivasyonlu EEG'nin birim fiyatı 41,60 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla SYDH EEG ünitesi dönüştürülmüş birim tetkik maliyeti, tetkik fiyatından 19,63 TL ve % 47,19 oranında fazla görmektedir.

Sonuç : Bu çalışma ile SYDH EEG ünitesinin zarar ettiği gözlenmiştir. Maliyetlerde en büyük kalemi oluşturan direkt işçilik giderlerini minimize edilmesi amacıyla iş analizi ve iş değerlendirme yöntemlerinin kullanılması faydalı olacaktır. Kamu sağlık kurumlarında maliyet azaltıcı çalışmalar yapılabilmesi için maliyet muhasebesi sistemlerinin gerekliliği görülmüştür. Maliyet azaltıcı çalışmalar dışında, maliyet muhasebesi sistemlerinin etkin kullanılması neticesinde Devletin SUT katsayılarını maliyet temelli revize etmesi sorununun çözülmesinde rol oynayacaktır.

SALON - III

Moderatör

KLİNİK RİSK İYİLEŞTİRME YÖNTEMLERİ

Prof. Dr. Fikriye Uras, Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, İstanbul, TÜRKİYE

Konuşmacılar

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ HEDEFLERİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

(BSK METROPARK HASTANESİ ÖRNEĞİNDE YAPILAN MİKRO ÇALIŞMA)
ALKAYA, Özlem; BSK Metropark Hastanesi, Adana, Türkiye

SERVERGAZİ DEVLET HASTANESİNDE "SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI VE KORUNMASINA İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ'E UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

1.Gürbüz Akçay, 2. Hatice Erbeyin, 3. Ahmet Baloğlu, 4. İsmail Dönertaş, 5. Meral Gürhan, 6. Yavuzhan Baloğlu, 7. Saliha Koçoğlu, 8. Osman Okumuş, 9. Şaban Filiz Servergazi Devlet Hastanesi, Türkiye

KLİNİK BAKIM HARİTALARININ MULTİDİSİPLİNER HASTA BAKIMININ GELİŞTİRİLMESİNDEKİ ROLÜ

ÖZTÜRK Nihan, SİPKA Ali Galip, KURT Emine
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi / İstanbul / Türkiye

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ SÜREÇLERİNDE HATA TÜRLERİ VE ETKİLERİ ANALİZİ (HTEA) ÇALIŞMASI

SİPKA, Ali Galip, ÜNSAL, Mehmet, KURT Emine, KESKİN, Ali Ümit,
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi / İstanbul / Türkiye

SALON - IV

Moderatör

KLİNİK RİSK YÖNETİMİNDE HASTA ALGILAMALARI

Uzm. Dr. Süha Şen, Enfeksiyon hastalıkları Uzmanı ve Başhekim yardımcısı Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, TÜRKİYE

Konuşmacılar

YATAN HASTALARDA VİTAMİNLER VE BİTKİSEL ÜRÜNLERİN KULLANIM SIKLIĞI, İLAÇ ETKİLEŞİMLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ YÖNÜNDE ÖNEMLİ

Gümüş Zekeriya, Sağlık Zeynep,
Ordu Devlet Hastanesi, Ordu/Türkiye

GENEL CERRAHİ SERVİSİNDE HASTA VE HEMŞİRELER TARAFINDAN HEMŞİRELİK BAKIM KALİTESİNİN ALGILANMASI

Kursun Şerife, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Konya-Türkiye
Kanan Nevin, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul- Türkiye

KALP VE DAMAR CERRAHİSİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN TIBBİ HATALARLA İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE BU GÖRÜŞLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Gündoğdu Seval, Bakır İhsan, Mendeş Hatun
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HASTA HAKLARI BİRİMİNDE GÖRÜŞÜLEN KONULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. KURT DURMUŞ Meral 2. ÇOBAN Didem 3. ÖZKAN Serpil 4. BORA Fatih 5. ÇİFTLİK Emine Elvan 6. KESGİN Vildan 7. YİĞİT Özgür
Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GEVHER NESİBE HASTANESİNDE HASTA VEYA YAKINLARININ MEMNUNİYET VE ŞİKÂyetLERİNİN BİRE BİR GÖRÜŞME YÖNTEMİ İLE BELİRLENMESİ

1-Tülin Filik 2-Demet Ünalın 3-Hatice Uysal 4-Özcan Özyurt 5-Ali Ölçmen Kara 1 Müdür Yrd., 2 Doç.Dr., 3 Başhekim Yrd., 4 Başmüdür, 5 Sosyal Çalışmacı
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri, Türkiye

12:30 – 14:00

Öğlen Yemeği

14:00 – 15:30

PARALEL OTURUMLAR II

SALON - I

Oturum Başkanı

AÇIL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ve HASTANELERDE RİSK ANALİZLERİ ve AFET PLANLARI

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE

TAHHAN Emine1, **GÜLEÇ Mehmet Akif2**, DEMİRKASIMOĞLU Muhittin1
İl Sağlık Müdürlüğü, Ankara TÜRKİYE

GİRİŞ: Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kendine has dinamikleri olan ve diğer sağlık hizmetlerine göre farklılıklar içeren özel bir alandır. Bu özelliği nedeniyle hem klinik risklerin bir kısmını kapsarken hem de farklı ve alana özel riskleri içinde barındırır.

AMAÇ: Hastane öncesi acil sağlık hizmeti ve bu hizmette risk faktörü olarak algılanan konuların çalışan güvenliği ve hasta güvenliği başlıkları altında sınıflandırılması ve hizmetin iki ayağı olan hastane acilleri ile 112 hizmetlerinin koordinasyonu konusunu ele alınması amaçlanmıştır.

BULGULAR: Çalışma kapsamında taranan ulusal ve uluslararası kaynaklarda risk faktörlerinin iki ana başlıkta toplandığı düşünülmüş çalışmada da iki başlıkta ele alınmıştır.

Öncelikle çalışan güvenliği başlığı ele alınarak çalışanların maruz kaldıkları riskler

- Olay Yeri Güvenliği ve trafikle ilgili riskler,
- Acil müdahale sürecinin gerekleri,
- Ambulans, donanım ve mobil sistem,
- Hastane öncesi ve acil çalışmaya özel çalışma koşulları,
- Tehdit, saldırı ve taciz olayları

Başlıkları altında toplanmıştır. Çalışan güvenliği konusunda yapılan çalışmalardan örnekler sunularak durum tespiti yapılmış ve yapılan tespitler doğrultusunda Ankara 112'nin çalışan güvenliği çalışmaları irdelenmiş ve örneklerle anlatılmıştır.

İkinci olarak hasta güvenliği başlığı ele alınmış ve maruz kalınan riskler

- Hizmete ulaşma yollarının bilinir ve kullanılabilirliği
- Olay yerinin güvenlik açısından içerdiği riskler, ikincil kaza ve yaralanmalar
- Acil ve hızlı müdahale ve mobil çalışma sürecinin taşıdığı riskler,
- Çoklu yaralanmaların taşıdığı riskler

Başlıkları altında toplanmıştır. Hasta sağlığı ve güvenliği konusunda yapılan çalışmalardan örnekler sunularak durum tespiti yapılmış ve yapılan tespitler doğrultusunda Ankara 112'nin hasta güvenliği çalışmaları irdelenmiş ve örneklerle anlatılmıştır.

Üçüncü olarak acil sağlık hizmetinin iki ayağı olan 112 sistemi ile hastane acil servislerinin eşgüdümü ve koordine çalışmalarının gereği üzerinde durularak bu konuda yaşanan sorunlar ve yapılması gerekenler irdelenmiş ve Ankara 112'de bu konuda yapılan çalışmalardan örnekler sunulmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri olay yeri, ambulans donanım, personel yeterliliği, acil hizmetin gereği olan pek çok risk içermektedir. Mevcut hataların tespitinin ve değerlendirilmesinin sağlanması, hasta ve çalışanlara yönelik yapılacak eğitimler, hizmetin etkin kullanımı için doğru tanıtım yapılması, teknolojik değişikliklerin ambulans ve donanımlara yansıtılması ve hastane acil hizmeti ile 112 hizmetlerinin eşgüdümlü yürütülmesinin yeni hataları azaltarak riskleri minimize etmekte faydalı olacağı düşünülmektedir.

ANKARA'DAKİ HASTANELERDE RİSK ANALİZİ

- **DEMİRKASIMOĞLU Muhittin**, **GÜLEÇ Mehmet Akif**, **TAHHAN Emine**
İl Sağlık Müdürlüğü, Ankara TÜRKİYE

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Müdür Yardımcısı
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Başhekimliği Kalite Birimi
World Bank Instuties, Doğal Afet Risk Yönetimi Eğitimi, terimler sh 1

Ankara'daki hastanelerde risk analizi çalışması ile Hastane Afet Planlarının (HAP) basitleştirilmesi, hastanelerin yapısal ve yapısal olmayan tehlikelerin tespit metodlarının belirlenmesi, alınan önlemler ve personelin bilgi seviyelerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Tehlike, insanlara veya çevrelerinde zarara ya da yıkıma neden olma potansiyeli bulunan her türlü (doğal, teknolojik ve sosyal kaynaklı) fenomendir . Risk, bir tehlikenin ortaya çıkma olasılığı ile tehlike ortaya çıktığında meydana gelebilecek hasar ya da yaralanmanın şiddet derecesinin kombinasyonunu gösteren kavramdır . Zarar-görebilirlik, kişilerin, malların ya da çevrenin bir tehlikenin etkisi sebebiyle kayıp, yaralanma ve hasara maruz kalma seviyesidir . Toplum için risk oluşturan durumların azaltılması için yapılan çalışmalar yönetebilirlik . Risk analizi ile ne tür afetlerin olacağı ne sıklıkta olabileceği oluşabilecek zararları, toplumun nasıl etkileneceği toplumun afetten ne derece zarar görebilir olduğu belirlenir . Hastanelerde genelde bulunan mevcut riskler nelerdir? Bunlar nasıl tespit edilir? Hastanelerden her bölüm ve birim için ayrı ayrı olmak üzere, risk analizi yapılacak bölüm çalışanlarıyla oluşturulan bir kurul tarafından çalışma yapmaları istenmiştir. HAP eğitimlerinde verilen analiz metodları, tehlike analizi, matris değerlendirme, FEMA metodu, SMUG metodudur. Hastanelerden istenen bu metodlardan hangisi hastanelerine uygun bulundu ise ona göre risk analizi yapmalıdır. Risk analizlerinin iki ana başlığı vardır; tehlike analizi ile zarar görebilirlik analizidir.

Hastanelerin mevcut durumları nelerdir diye gönderilen HAP'lar üzerinden, Sağlık Müdürlüğü Afet Birimince 2010 yılında yapılan araştırmada HAP eğitimi öncesi ve sonrası hastanelerde çalışan yönetici seviyesindeki personelin hastane riskleri (yapısal ve yapısal olmayan) hakkında bilgi ve farkındalık seviyelerinin tespiti yapılmıştır. Hastanelerin yaptıkları risk analizleri incelenmiştir. Örneğin Ankara'daki hastanelerde en sık karşılaşılan sorunun yangın olduğu ortaya çıkmıştır.

Ön test ile son test sonuç değerlendirmelerini karşılaştırmaları sonuçları değerlendirecektir.

Çıkan sonuçlara göre öneriler anlatılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tehlike, risk, risk analizi, zarar görebilirlik, hastane afet planı, FEMA, SMUG

SALON - I I

Oturum Başkanı

KLİNİK LABORATUARLARDA RİSK ANALİZLERİ, HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Prof. Dr. Fikriye Uras, Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, İstanbul, TÜRKİYE

Konuşmacılar

HASTA GÜVENLİĞİ VE ANALİZ ÖNCESİ HATALAR

Prof. Dr. Fikriye Uras
Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Klinik laboratuvar testlerine dayanarak klinisyenler teşhis, kapsamlı inceleme gibi kararlar alırlar. Alınan tıbbi kararların doğruluğu, laboratuvar testlerinin doğruluğuna bağlıdır. Biyolojik örneğin laboratuvara ulaşip analiz edildiği ve hastada gerçekte ne olduğunu yansıttığı temel varsayımına dayanarak, tıbbi kararlar alınır. Analiz öncesi (pre-analitik) basamaktaki değişkenler, laboratuvar testlerinin güvenilirliğini büyük ölçüde etkiler. Uzun yıllardır test metodlarını suçlamak ve klinisyenin kolayca test tekrarı istemesi olağan bir durumdur. Bugün test metodları ve cihazları çok gelişmiştir; analizlerdeki sorunlu durum artık yaygın değildir. Tüm analiz öncesi olayların hepsinin standartize edilmesindeki zorluk yüzünden, test sonuçlarıyla ilgili hataların başında analiz öncesi hataların geldiği gitgide daha belirgin hale gelmektedir. Eskiden laboratuvarlar hasta belirleme, örnek reddi, kontaminasyon gibi analiz öncesi değişkenlere tek tek odaklanıyordu.

İhtiyaç duyulan kalite geliştirme ve hata azaltma çalışmaları için test isteğinin yapıldığı andan, analizin yapıldığı ana kadar analiz öncesi olayların tümüne LEAN ve Altı Sigma yaklaşımıyla, bir bütün olarak bakmak gerekir. Laboratuvarında analiz edilen örneğin hastanın gerçek durumunu yansıttığından nasıl emin olacağız? Bunu başarmak için laboratuvarlar, analiz öncesi fazı kendi bütünlüğü içinde haritalandırmalı; gereksiz, hataya yol açabilecek potansiyel sebepleri belirlemeli ve onları hatasız hale getirmelidir.

Son yıllarda sağlık kuruluşlarını akredite eden kurumlar tarafından en çok üzerinde durulan konulardan biri pozitif hasta belirlenmesidir (identifikasyonu). Son zamanlara kadar bilgisayar donanımı ve işletim maliyetleri, vasat bir hastane ya da laboratuvarın ulaşabileceği seviyede değildi. Ama bugün çeşitli cihazları ve sistemleri sağlık kurumunun enformasyon sistemine entegre edecek alternatifler vardır. Kapsamlı yönetim raporu oluşturabilecek bir sistem, hataları azaltmada yardımcı olacaktır.

Analiz öncesiyle ilgili olaylarda yer alan tüm personelin riskler açısından bilinçlendirilmesi, doğru adımların emin olarak atılması için eğitilmesi, yanlış teşhis ve ölümleri azaltacaktır. Laboratuvar tarafından reddedilen örnek sayısını azaltmak için iletişim ve örnek alma/toplamayla ilgili prosedür ve politikaları zorlamak yeterli değildir. Laboratuvar, hemşirelere prosedürlerin arkasındaki nedenleri açıklamak zorundadır. Hemşireler ve laboratuvar personeli, birbiri hakkında farklı ve yanlış varsayımlara sahiptir. Bütün çalışanların sadece prosedürlere aşina olmak için değil, bu tip hata riskini azaltmayı sağlayacak herhangi bir değişiklikten haberdar olmak için sürekli eğitim alması şarttır

KLİNİK LABORATUVARLARDA GÜVENLİK

Doç. Dr. Sebahat Özdem,
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biokimya Öğretim Üyesi, Merkez laboratuvarları Sorumlu Yardımcısı, Antalya, TÜRKİYE

Klinik laboratuvar çalışanları hergün biyolojik, kimyasal, mekanik ve yangın gibi çeşitli tehlikelerle karşı karşıya kalırlar. Her ne kadar potansiyel tehlikeler tam olarak ortadan kaldırılamasa da laboratuvar ortamlarında güvenli koşulların oluşturulması, oluşabilecek kazaların etkilerinin minimuma indirilmesi veya tamamen ortadan kaldırılabilmesi, laboratuvar çalışanlarının bilgilendirilmesi ve laboratuvarlarda uygulanması gerekli kuralların oluşturulması, laboratuvar güvenlik programları ile gerçekleştirilir.

ISO-15189 ve ISO-15190 kodlu uluslararası standartlar, laboratuvar güvenliği ile ilgili bölümler içermekte ve kapsamı ne olursa olsun tüm klinik laboratuvarların riskleri veya tehlikeleri belirlemek, kontrol altında tutmak ve denetlemek için güvenlik programı hazırlamaları istemektedir. Sık bir şekilde uygulanan güvenlik gözden geçirmeleri, felaket senaryoları ve genel olarak çalışanların farkındalıkları güvenli çalışma ortamı oluşmasına ve sürdürülmesine yardımcı olur.

İyi güvenlik uygulamaları hem laboratuvara hem de çalışanlara yardımcı olur; çünkü yaralanmalar çalışanların emosyonel ve fiziksel sağlığını risk altına sokar. Yine kazalar kayıp iş günleri açısından da önemlidir. Yaralanmış bir insan belirsiz bir süre laboratuvar ortamında bulunmayacak ve dönüşünde de tam verimli olamayabilecektir. Deneyimsizlik bazı kazalar için bir neden olabilirken, çoğunda asıl önemli neden, dikkatsizlik, yorgunluk, zihinsel olarak başka işlerle meşgul olma nedeniyle ihmal edilen noktalardır.

Klinik laboratuvarlardaki riskleri kontrol altında tutmak için çeşitli stratejiler oluşturulmalıdır. Tablo 1'de laboratuvar güvenlik stratejileri; laboratuvardaki günlük işleyiş prosedürleri, çalışanlar için kişisel koruyucu ekipmanlar ve laboratuvar olanakları (mühendislik ile ilişkili olanlar) olarak üç bölüme özetlenmiştir. Etkin bir laboratuvar güvenlik programı Tablo 1'deki bölümlerin hepsini içermelidir.

Tablo 1: Laboratuvar güvenlik program

Laboratuvar Günlük İşleyiş Prosedürleri

El yıkama, Dezenfektanlarla yüzey temizliği, Tıbbi atıkların toplanması, Oryantasyon, güvenlik eğitimleri, Uyarı işaretleri, Laboratuvarıda yeme-içme ve sigara içilmesinin önlenmesi

Laboratuvar Olanakları (Mühendislik ile ilişkili olanlar)

Laboratuvar havalandırması, Delinmeye dirençli konteynirler, Ucucu sıvı taşıyıcıları, Güvenli enjektör uçları, Çeker ocak ve biyolojik güvenlik kabinleri, Otomatik pipetler, Tıbbi atıklar için sızdırmayan çöp poşetleri

Kişisel koruyucu ekipmanlar

Lateks/lateks olmayan eldiven giyilmesi, Önlük giyilmesi, Koruyucu yüz maskeleri, Önü kapalı ayakkabı, Koruyucu gözlük, Göz yıkama istasyonu, Kimyasal maddelere, çok soğuk ve çok sıcak için rezistan eldivenler

Kimyasal Hijyen

Heryıl 5000'den fazla insan işyerlerinde maruz kaldıkları kimyasal maddeler nedeniyle oluşan hastalıklardan ölmektedir (Hergün yaklaşık 150 kişi).

1970 Yılında ABD'de OSHA (Occupational Safety and Health Act) iş güvenliği ve sağlık yasası çıkarılmış ve bu yasa ile klinik laboratuvar çalışanları da dahil olmak üzere tüm çalışanların güvenliği yasalarla belirlenip korunur duruma gelmiştir. Ülkemizde de çalışan güvenliği ile ilgili yasalar mevcut olup, bu yasalara göre tüm işveren ve laboratuvar yöneticileri çalışanlarının sağlık ve güvenliğinden sorumlu kişiler olarak gösterilmişlerdir. OSHA standartları çalışanlara, potansiyel olarak ne tür tehlikelere maruz kaldıklarını ve işverenin bu tehlikeleri önlemek için ne tür önlemler aldığını bilme hakkına sahip olduklarını bildirmektedir.

Çalışan sağlığı ile ilgili yasalar, iş verenin (laboratuvar yöneticisinin) iş yerinde güvenlik için ihtiyaç duyulan araç-gereçleri hazır bulundurmasını, gerekli uyarı materyallerinin hazırlanmasını ve çalışanlara verilecek eğitim uygulamalarını zorunlu tutmaktadır. Çalışanların ise belirtilen tüm güvenlik kurallarını bilmeleri ve uygulamaları, güvenlik ile ilgili araç-gereçlerin kullanmasını öğrenmeleri gerekmektedir.

OSHA, tüm klinik laboratuvarların kimyasal hijyen planı hazırlanmasını, Materyal Güvenlik Bilgi Formu kitapçığının hazırlanmasını, kimyasal maddelerin doğru bir şekilde etiketlenmesini ve işverenlerin çalışanlarına bilgilendirme yapmalarını ve eğitim vermelerini istemektedir.

Materyal Güvenlik Bilgi Formu

Materyal Güvenlik Bilgi Formları, kimyasal maddelerin kullanımı ve depolanması sırasında oluşabilecek iş güvenliği risklerini ortadan kaldırmaya yönelik çalışmaların önemli bir parçasını oluşturur. Bu formlar, kullanıcıyı doğru ve yeterli düzeyde bilgilendirmek amacıyla hazırlanır ve ilgili kimyasal maddelerin tehlike ve riskleri yanında gerekli diğer bilgilerini de içerirler.

Ergonomik Zararlar

OSHA, işyerlerindeki kümülatif travmaları en az düzeye indirebilmek için gerekli kılavuzları hazırlamıştır. Klinik laboratuvarlardaki kümülatif travmaya bağlı hastalıklar genellikle tekrarlayan pipetleme, klavye kullanımı, el ve kolların keskin koşellere dayanması nedeniyle oluşan karpal tunnel sendromu ve tendinitlerdir. Ergonomik zararların engellenmesinde de farkındalık ve önlem anahtar kelimelerdir

MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARINDA BİYOGÜVENLİK

Prof. Dr. Dilara Ögünç,
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ABD Öğretim Üyesi,
Merkez Laboratuvarı Sorumlu Yardımcısı, Antalya, TÜRKİYE,

Laboratuvarıda Biyogüvenlik; Canlı mikroorganizmalar ve ürünleri ile aktif olarak çalışan kişilerde mikrobiyal kontaminasyon, enfeksiyon ve toksik reaksiyonların önlenmesinde kullanılan böylece diğer laboratuvar çalışanlarını, toplumu ve çevrenin de korunmasını sağlayan dinamik, kesin, kanıt dayalı uygulamalardır. Laboratuvar güvenlik programının amacı çalışanlarda oluşabilecek laboratuvar kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi ve canlı mikroorganizmaların kazayla laboratuvar dışına salınıp çevreye ve canlılara zarar vermesinin önlenmesidir. Laboratuvar güvenlik programları laboratuvardaki tüm aşamaları kapsar; örneklerin veya mikroorganizmaların laboratuvara ulaşma öncesinden başlar, laboratuvarıda örneklerin işlenmesi, işlemi tamamlanan örneklerin steril edilmesi ve mikroorganizmaların inaktivasyonu ile devam eder.

Biyogüvenliğin Prensipleri:

A) Enfeksiyöz materyalle çalışıldığında güvenli yöntemlerin kullanılması

Laboratuvarıda enfeksiyöz materyalle çalışıldığında güvenli rutin yöntemlerin kullanılması gerekmektedir. Güvenli yöntemlerin kullanılması laboratuvar personelini olası temastan, laboratuvarı da kontaminasyondan koruyacak ilk savunma hattıdır. Güvenli yöntemler iki tiptir:

Primer yöntemler:

- Kişisel koruyucu ekipmanlar
- Koruyucu gözlük, Laboratuvar önlüğü, Disposable eldiven, Maske
- Cihazlar (Teknik ekipman)

Biyogüvenlik kabini, Güvenlik kapağı olan santrfüjler, Sekonder yöntemler

- Alt yapı
- Atık yönetimi
- Standart mikrobiyolojik uygulamalar ve teknikler

Biyolojik ajanlarla çalışmayı içeren uygulamaların gerektirdiği standart prosedürler ve alt yapı gereksinimlerini tanımlamak için biyogüvenlik düzeyleri belirlenmiştir.

Biyogüvenlik düzeyleri BSL-1 (Biosafety level), BSL-2, BSL-3 ve BSL-4 olmak üzere 4 başlık altında incelenmektedir. Laboratuvarlar, güvenli bir uygulama için personelini eğitmelidir ve uygulamaları takip edebilecek yöntemler geliştirmelidir.

SALON - III

Moderatör

Konuşmacılar

RISK MALİYETİ

Prof. Dr. Ata Nevzat Yalçın, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, TÜRKİYE

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNDE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMASI

1. Bal Ahmet, 2. **Memiş Resmiye**, 3. Yıldız Adnan, 4. Çalış Aynur, 5. Yılmaz Hatice, 6. Korkmaz Günay,
Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

GİRESUN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ'NDE PROTEZ HİZMETLERİNDE HATA DEĞERLENDİRMESİ VE İYİLEŞTİRİLMESİ:

YILMAZ, Hülya, Giresun Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi / Giresun / Türkiye

GİRESUN PROF.DR. A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ, GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİNDE TEKRARLI ÇEKİMLERİN ÖNLEMESİ

1. Bal Ahmet, 2. **Korkmaz Günay**, 3. Çalış Aynur, 4. Memiş Resmiye, 5. Yıldız Adnan, 6. Yılmaz Hatice,
Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

AKREDİTASYON STANDARTLARI KAPSAMINDA BİR TAŞERON HİZMETİN İZLEMİ VE DENETİMİ BAYINDIR HASTANESİ ÖRNEĞİ

Ayfer BAHTIYAR, Doç. Dr. Tevfik TEZCANER, Dr. Hakan AKAN, Hilal ŞEKERCİ
Bayındır Hastanesi, Ankara, Türkiye

SAĞLIKLI VE GÜVENLİ HASTANE ORTAMI İÇİN RISK ANALİZİ- ÖRNEK ÇALIŞMA

Güler ÇAKMAK, Kalite Direktörü, Medicalpark Hastaneler Grubu/ İstanbul/Türkiye

SALON - IV

Moderatör

KLİNİK RISK YÖNETİMİNDE BİLGİ SİSTEMLERİNİN ROLÜ

Yrd. Doç. Dr. Yaşar Odacıoğlu, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, ESKİŞEHİR, TÜRKİYE

Konuşmacılar

RADYOLOJİ GÖRÜNTÜLERİNİN ELEKTRONİK ORTAMA TAŞINMASI BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE PACS KURULUM ÖRNEĞİ

Yard. Doç. Dr. Yaşar ODACIOĞLU,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi- ESKİŞEHİR

KALİTE YÖNETİMİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASI; BİLGİ SİSTEMLERİ

BAŞARAN Cem-1, AYDOĞDU Hikmet-1, BÖLÜKBAŞ Cemile-2, BAŞTUĞ Aynur-3, BAĞCI Osman-3, AYDEMİR Salih Cüneyt3

1. Medicana Hospitals Bahçelievler, İstanbul / Türkiye
2. Medicana International İstanbul, İstanbul / Türkiye
3. Medicana Hospitals / Türkiye

TIBBİ KAYITLAR VE HASTA GÜVENLİĞİ

ÇELİKKOL Uğur-1, GÜNDOĞDU Fatma-1, BAŞTUĞ Aynur-2, BAĞCI Osman-2, OSMANOĞLU Gökhan-1, AYDEMİR Salih Cüneyt-2

1. Medicana International Ankara / Ankara / Türkiye
2. Medicana Hospitals / Türkiye

KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİNDE BİLGİ GÜVENLİĞİ VE GÜNCELLİĞİ

BAŞTUĞ Aynur-1, TENER Burcu-2, BAŞARAN Cem-3, ÇELİKKOL Uğur-4, BÖLÜKBAŞ Cemile-5, BAĞCI Osman-1, AYDEMİR Salih Cüneyt-1

1. Medicana Sağlık Grubu, Türkiye
2. Support Yazılım, İstanbul /Türkiye
3. Medicana Hospitals Bahçelievler, İstanbul / Türkiye
4. Medicana International Ankara, Ankara /Türkiye
5. Medicana International İstanbul, İstanbul / Türkiye

15:30 - 16:00

Kahve Arası

16:00 - 17:00

SALON- I

KONFERANS

Oturum Başkanı

Ana Konuşmacı

KLİNİK HİZMETLERDE RİSKLERİN AZALTILMASI İLE SAĞLIK ÇALIŞANLARINI NASIL KORUYABİLİRİZ? İŞ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMI:

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü , TÜRKİYE

SAĞLIK HİZMET SUNUMUNDA RİSKLERİN AZALTILMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Dr. Rana GÜVEN

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Md. Yrd.

Günümüzde sağlık hizmet sunum modellerinde değişen uygulama ve yaklaşımlar hasta güvenliği ve sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliklerini riske eder bir düzeye gelmiştir.

Sağlık hizmet sunumunda kalite yönetimi özellikle kurumsal yapılanması olan sunucularda giderek yaygınlaşmaktadır. Bu yönetim modelinde ideal olan: yukarıdan veya merkezden yönlendirilmiş genel stratejiler doğrultusunda aşağıdan yukarıya doğru gelişen hizmet sunumudur.

Sağlık hizmet sunumunda kaliteyle ilgili sorunlara çalışanlarla birlikte teşhis koyup çözüm yolları aramak, paketler halinde hazırlanmış kişiye özel kalite programlarının uygulanmasını sağlamaya çalışmaktan çok daha başarılı sonuçlar vermektedir. Personelin çalıştığı yerden başlamak, kalite kavramını tartışmak, onların katılımını sağlamak ve gerçek hayatta karşılaşılan problemler üzerinde çalışmak kalitenin kendiliğinden iyileşmesini sağlayacak temel adımlardır.

Sağlık hizmet sunumunda iyileştirmeler çalışanların sağlığı ve güvenliği konularını da içermelidir. Ancak Türkiye'de sağlık çalışanlarının yaklaşık 2/3'ü kamuda çalışmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği mevzuatı sadece SGK'lı çalışanları kapsamakta ve kamuda sağlık personeli kapsam dışı bulunmaktadır. Oysa en tehlikeli sektörlerden birisi olan sağlık sektöründe çalışanlar birçok fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikososyal risk faktörü ile karşı karşıyadırlar. Çalışanların temel eğitimlerinde kendi sağlık ve güvenliklerini koruma ve geliştirme kavramı yeterli düzeyde yer almamaktadır. Bu nedenle, kalite yönetim çalışmaları kapsamında verilen eğitimlerin etkinliği ve sürekliliği büyük önem arz etmektedir.

15 NİSAN 2011 ----- CUMA

09:00 – 10:00

SALON I -

KONFERANS

Oturum Başkanı

Konuşmacı

SAĞLIKTA RİSK YÖNETİMİNDE RİSK YÖNETİM YÖNTEMLERİNİN KULLANILMASI, YÖNTEMLER, ARAÇLAR VE SONUÇLAR: İTALYA, REGGIO EMİLİA ÖRNEĞİ

Prof. Dr. Al-Assaf, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Emilia-Romagna Bölgesinde Klinik Risk Yönetimi Bütünleme Yaklaşımı

Dr Antonia Chiarenza,Phd

Kordinatör, Emilia-Romagna Direzione Bölgesel HPH Agi WHO-HPH görev timi

Reggio Emilia,İtalya

Birkac yıldan beri, Emilia Romagna bölgesi, klinik hükümet yaklaşımı ile sağlık kalitesi ve risk azaltımı için bazı deneyimleri hayata geçirdi. Bu deneyimler sağlık yapılarının akreditasyon süreci ve 1999 özel bir proje idi. Her sağlık organizasyonu, güvenlik tutumunu ve kurallarını benimsemek için tehlikeli durumlar ve kazaların spontan raporlama sistemini kullanarak, koruyucu risk analizlerinin farkına varmak için tedbirler almalı dendi. 2008-2010 bölgesel sağlık ve sosyal planının ana hedeflerinden biri tüm sağlık sistemine bunu uygulayarak ve içeriğini daha fazla inceleyerek her yerel sağlık otoritesinde risk yönetimi fonksiyonunu geliştirmektir. Her yerel sağlık otoritesi uygun ve sürdürülebilir eylemler ile orta ve kısa vadeli amaçlar içeren yıllık raporda belgelenen bir program geliştirmek zorundadır. Bu yazı Reggio Emilia lokal sağlık otoritesinde uygulanan klinik risk yöntemi programını sunar.

Programın Kısa Tanıtımı: „Tamamlanmış Klinik Risk Yönetimi“ programı kordineli tanımlama süreci, raporlama, kayıt tutma, çok daha iyi bir problem çözme stratejisi geliştirmek için her türlü güvenlik verilerinin son kardinasyonunu içeren kaza analizi vasıtasıyla hastalar için gerçek ve potansiyel riskleri engellemeyi yada düşürmeyi amaçlayan bir yaklaşım hedefindedir. Bu yaklaşımın altında yatan ilke, hasta güvenliği ile ilgili problemlerin, suçu baskısına atarak yada hata nedeninin yok sayılarak çözülemeyeceğine, daha ziyade hasta için gerçek ya da potansiyel risk oluşturan durumlardan öğrenerek edinim sağlanacağına dairdir.

Bu sebeplerdir ki bir sistemin problemlerini çözmek ve tanımak, hastaya zarar verecek gelecek riskleri azaltma, ileri güvenlik ve sağlık servisi kalitesi sağlama adına bir anahtardır. Bu amaç için bu yeni yaklaşım tedavi suresince hasta için olumsuz duruma mahal veren nedenlerin derinlemesine analizine dayanır. Risk alanları saptanmış ve altında yatan nedenler analiz edilmiştir. Bu durum önleme stratejilerinin yani sıra, organizasyonel, idari yada klinik gelişimini olası kılacaktır.

GENEL AMAC: Kaza riskini engelleyen yada azaltan, sonuçlarının siddetini en aza indiren ve sağlık servisi kalitesini arttıran bir sistem vasıtası ile hasta güvenliğini geliştirmek

ÖZEL HEDEFLER:

- Sınıflandırma ve değerlendirme, raporlama, yönetim, risk tanımı için kordineli bir sistem geliştirmek
- Artan bilinc ve bilgi ile personel ve hastalar için personeller arasında hata, yanlış müdahale, güvenlik gibi kelimelerin anlamının güçlendirilmesi
- Hastaya gerçek yada potansiyel riske neden olan müdahalelerin hemen raporlanmasına dayalı bir bilgi sisteminin geliştirilmesi
- Riskler üzerine bilgi kordinasyonu
- Müdahalelerden riskleri azaltmak adına çıkarım sağlamak için analiz methodu geliştirme

HASTA, PERSONEL VE TÜM ORGANİZASYON İÇİN FAYDALARI

Beklenen faydalar hem hasta hem de organizasyon ve hastane içinde klinik iyileşme için önemlidir. Hasta söz konusu olduğunda, beklenti mevcut güvenlik garantisi sisteminin güçlendirilmesidir. Düşünce, hasta için riskleri azaltma ya da minimize etmek için vorulus modelini tamamlamış risk yönetimi modeli ile birleştirmesidir. Organizasyonel boyutta beklenen odurki, bir yandan hasta güvenliği ile ilgili konular ile sağlık aktiviteleri ve servislerinin genel gelişimi ile ilişkili kültürel

degisim olmasi,diger yandan uyusmazliklarin cozumu ve sigorta sirketleri ile goruvmeler esnasinda guvenin artmasidir.

10:00 - 10:30 **Kahve Arası**

10:30 – 12:30 **PARALEL OTURUMLAR III**

SALON - I **SAĞLIK KURULUŞLARINDA KLİNİK RİSK YÖNETİMİ NASIL SAĞLANIR VE İYİLEŞTİRİLİR?**

Oturum Başkanı **Dr. Amin Nimer, CEO, Mouwasat Hospitals Group, Dammam, SUUDİ ARABİSTAN**

Konuşmacılar **ASSESSMENT OF PATIENT SAFETY CULTURE; A KEY DETERMINANT IN A ASSURING PATIENT SAFETY**

BAROUDI,D: EDDAAL,A

**Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları .
M.S.Baharahil Hastanesi , Mekke , SUUDİ ARABİSTAN**

Giriş: Bakımda kaliteyi iyileştirebilmek için hasta güvenliğinde çalışanların farkındalığını ve kurumsal hasta güvenliğini belirlemek önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı Mekke'de M.S. Baharahil hastanesinde hasta güvenliği kültürünü saptamaktır.

Yöntem: AHRQ Hasta Güvenliği Kültürü araştırmasından geliştirilen soru formu hastanede görev yapmakta olan 78 sağlıklı çalışanı ile paylaşılmıştır. Demografik özellikleri içeren veri analiz edilmiş, ölçekteki 12 boyut skorları hesaplanmış ve bu skorları genel hasta güvenliği üzerine etkileri ve etki dereceleri, bildirilen tıbbi hata sayısı ile birlikte değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Çalışanların genel bilgisi % 56 olarak saptanmıştır. En düşük skor alan bölüm % 38 ile kurumun iletişime açık olması iken kurumsal öğrenme % 68 ile en yüksek skor olarak saptanmış bildirimlere herhangi bir ceza olmaksızın kurumun yaklaşımının olması % 62 ve yeterli insane gücü sağlanması % 17 olarak belirlenmiştir.

TUNUS DA CERRAHI YATIS ESNASINDA YAN ETKILERIN ÖLÇÜMÜ

E.Mhamdi S1,Letaif M1, Kallel W2, Chabaa M,Bouanel, Hamdi A2

**Halk Sağlığı Bölümü
Genel Cerrahi Bölümü**

Amac: Tunusda cerrahi hastalar için yan etkilerin önlenmesi ve kazaların tesbiti

Methodlar: Metodoloji Tunus da cerrahi iki birimin ileriye dönük çalışmasını baz alır. Hastalar prospektif takipsel bir çalışma içerisinde alındı. Hastanede yatış öncesi meydana gelen yan etkilerin ynaı sıra, yatış esnasında tespit edilen yan etkilerde gözlemlendi. Tıp uzmanları tüm başvuran hastalar için Tıp ve hemşirelik notlarını ve de bashemşire ya da hekim ile hastane kadrosunun görüşmesini inceleyerek tarama klavuzunu tamamladı. Revü formda (RF1) 16 kriterden en az biri olduğu takdirde, uzmanlar revü formu 2 (RF2) yi tamamlayarak , gözden geçirme aşamasına devam ettiler. Bu gereksinin her cerrahi üniteye iki gözlemci tarafından yapılmalıdır. RF1'yi eğitilmiş cerrahi uzmanlar RF2 yi ihtiyaç duyulduğu takdirde bir uzman hekimce tamamlanacak. Başvuran hastaalr taburcu edilinceye kadar izlenilecektir.

Sonuc: 2010 boyunca toplam 1200 hasta takip edildi. Onların arasından hastane kalış süresince 200 tanesinde bir ya da daha fazla ARE insidansı yoğunluğu yaşandı. Doğrulan olayların % 48 inin önlenilebilir olduğu kanısına varıldı. AE Riskinin kullanılan prosedürlere bağlı olduğu (cerrahi ve diğer invazif işlemler) yas, cerrahi sure ve hastane kalış süresi gibi faktörlerle arttığı, ancak her cinsinde AE oranının esit kaldığı gözlemlendi.

Sonuc Olarak:Cerrahi yöntemler için yüksek AE oranı, izleme ve müdahale stratejilerini desteklemektedir. Enfeksiyon ile ilgili profilaktik müdahaleler hastanelerde AE oluşumu azaltılabilir.

SEZARYAN SONRASI VAKALARDA CERRAHI ALAN ENFEKSİYON HIZLARI AND RİSK FAKTÖRLERİ

- **Dr. Al-Ajmi J., Dr.Al-Ishaq Moza**
- **Dr.El-Sheik M., Dr.Al-Ali B. & Al-Habshi F**
- **Kadın Hastanesi, HAMAD TIP KURUMU, KATAR**

Amac. Sezeryan sonrası cerrahi alan enfeksiyonu oranı ve risk faktörlerinin saptanması

Methodlar: CS olguları ile SSI retrospektif gözlemi ve enfeksiyon ile ilgili risk faktörleri değerlendirilmiştir.

Sonuc:2008-2009 döneminde 1806 hastaya CS uygulandı, bunlardan 82 hasta CS den itibaren 30 gün içinde enfeksiyon başlangıcı ile SSI vakası ile karşılaştı. 82 taneden SSI alan 74 ü (90.2%) yüzeysel kesi, ve 6 tanesi (7,3%) derin kesi olarak sınıflandırıldı. 2 tanesinde organ enfeksiyonu(2.4%) mevcuttu. Çalışma süresince 82 enfekte CS vakası , 65 i CS acile kaldırıldı ve genel SSI insidansı mevcuttu (79,2%)

Acil operasyon, obezite diyabet gibi co-morbidite, erken membran rüptürü uzamış ameliyat süresi, ameliyat öncesi/sonrası yatış süresi , klorheksidin cilt hazırlığı epilasyon gibi SSI uygulama yetersizliği gibi toplam 10 faktör risk faktörü olarak çalışıldı, Acil CS ve obezite CS ardından SSI için en büyük risk faktörü olarak tanımlandı Antibiyotik profilaksisi zamanlaması ve operasyon süresi yüksek risk faktörleri arasında yer almaktadır

SONUC:Bulgular gösteriyor ki SSI uygulaması ile ilgili farklı yaklaşımlar ve cilt hazırlığı ile ağırlık kontrol için enfeksiyon kontrol standartlarına nesne olan risk faktörelri farklılık arz eder.

ULUSAL SAĞLIK ÇALIŞMALARI

Dr. Shafer Al Qahtani

Imam Abdulrahman Bin Faisal Hospital- Dammam

Amaçlar:

- IABFH- Dammam içinde hastaların bir klinik ortamdaki diğerine aktarılma ve taburcu edilirken ya da polikliniklerden servise yatışında ya da acil servisten servise nakillerinde hizmetin sürekliliğinin olup olmadığının tanımlanması
- İlaçların doğru ve eksiksiz olarak bakım süresince sağlanmasından emin olmak (Basvuru üzerine hasta bir hastaneden diğerine aktarılma ve taburcu edilirken ED ziyareti, OPD ziyareti)

Methodlar:

- İlaç formlarının uyumu için standartlaştırma
- Hasta formunda tutarsız yerleşimlerin yer alması
- İlaç bilgi ve eczacı tavsiyesinin sağlanması
- İlaç listelerinin tamamlanma girişimi

Sonuc:

- İlaçların akılcı kullanımı projesi ardından ilaçların doğru kullanımı %32,5 den %64 e bir yükselme söz konusuydu bu oran taburculuk işlemlerinde de % 26 dan %69 dı.
- Proje ardından kısaltmalar listesine uyum yükseldi, kullanılmaması gereken ilaçlar % 50 ye düştü.
- Proje ardından eczacı zaman izleme de gelişti.(20-30 saniye aralığında zaman tasarrufu)

SALON - II

AKREDİTASYON VE RİSK YÖNETİMİ

Moderatör

Güler Çakmak, Kalite Geliştirme ve Hasta İlişkileri Direktörü, Medikal Park, İSTANBUL, Türkiye

Konuşmacılar

**HASTANE KALİTE YÖNETİCİSİ AYNI ZAMANDA HASTANE GENEL MÜDÜRÜ OLMALIDIR (STANDARTLAR KİTABININ GENEL MÜDÜR YÖNETİM EL KİTABI OLARAK KULLANIMI)
TURAN , MUSTAFA TANSEL (MD , PhD) , BSK Metropark Hastanesi / ADANA / TÜRKİYE**

NEREDEN BAŞLAMALI ? YENİ AÇILACAK BİR HASTANEDE JCI AKREDİTASYON ÇALIŞMALARINA NEREDEN BAŞLAMALI VE NASIL BİR İŞ PLANI OLMALI
TURAN , MUSTAFA TANSEL (MD , PhD) ,BSK Metropark Hastanesi / ADANA / TÜRKİYE

NEREDEN BAŞLAMALI ?İŞLEYEN BİR HASTANEDE JCI AKREDİTASYON ÇALIŞMALARINA NEREDEN BAŞLAMALI VE NASIL BİR İŞ PLANI OLMALI
TURAN , MUSTAFA TANSEL (MD , PhD) ,
BSK Metropark Hastanesi / ADANA / TÜRKİYE

HASTANELERDE KADIN ÇALIŞANLARIN KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN BİREYSEL PERFORMANS VE KURUMSAL KALİTE ÇALIŞMALARINA ETKİLERİ
KÜÇÜKİLHAN Mustafa,
Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Türkiye

SAĞLIK TURİZMİNDE JCI AKREDİTASYONUN ÖNEMİ
YURT Seçil, BSKMetropark Hastanesi , Adana , Türkiye
GÜMÜŞGERDANLI Ayşe, BSKMetropark Hastanesi , Adana , Türkiye

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ISO9001:2008 KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ ve DİCLE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ UYGULAMALARI
Yrd.Doç.Dr. İsmail YILDIZ(1) , Murat BİÇİMLİ(2)
1 Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, DİYARBAKIR
2 Dicle Üniversiteleri Hastaneleri, Kalite ve Strateji Geliştirme Koordinatörlüğü, DİYARBAKIR

SALON - III

BİNA VE TESİS GÜVENLİĞİ

Moderatör

Prof. Dr. Yekta Ülgen, Boğaziçi Üniversitesi, Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü, TÜRKİYE

Konuşmacılar

ACIL DURUMLARA SÜREKLİ HAZIR KALABİLMEK İÇİN TATBİKAT
Özden Baylam
Anadolu Sağlık Merkezi / Kocaeli / Türkiye

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNİN ETİLEN OKSİT İLE STERİLİZASYON GÜVENLİĞİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA
1. Ahmet Bal, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye
2. **Aynur Çalış**, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Giresun/Türkiye

TANISAL RADYOLOJİ UYGULAMALARINDA HASTA VE ÇALIŞANLARIN RADYASYON FARKINDALIĞI
Levent SONĞUR(1) , Kamer AKYOL AYTÜRK(2)
Van Devlet Hastanesi, Sağlık Fizikçisi (1), Kalite Temsilcisi (2), Van Türkiye

HASTA GÜVENLİĞİNDE; MEDİKAL CİHAZ KULLANIM GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI
DERYAHANOĞLU, Onur KESKİN, Ali Ümit , YILDIZ, Alper
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi / İstanbul / Türkiye

12:30 – 13:30 **Öğlen Yemeği**

13:30 – 15:00 **PARALEL OTURUMLAR IV**

SALON - I

KLİNİKTE RİSK YÖNETİMİ PERSPEKTİFİNDEN HASTA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Oturum Başkanı

Prof. Dr. Al-Assaf, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Konuşmacılar

Dr. Dina Baroudi,
Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları M.S. Baharahil Hastanesi, Mekke, SUUDİ ARABİSTAN
Dr. Abdullah Eddal,
Başhekim, M.S. Baharahil Hastanesi, Mekke, SUUDİ ARABİSTAN

Arka Plan: Dünya Sağlık Organizasyonu hasta güvenliği müfredatı, her ne kadar Tıp öğrencilerini hedeflesede PS dünya ittifaki tarafından geliştirilen ana stratejilerden biridir. Hemsirelik, ebelik, diş hekimi ve eczacı gibi sağlık çalışanları için de vizyona sahiptir, bu program Tıp fakülteleri derslerinin, hasta güvenliği icermesi konusunda cesaretlendirir ve olanak tanır. Tıp öğrencilerinin tıp mesleklerinin basında, hasta güvenliği bilimi ile bütünleşmeleri gelecekteki doktor ve sağlık çalışanlarının, konunun önemini fark etmeleri için önemli bir faktördür.
Hedefler: Dünya sağlık örgütü hasta güvenliği öğretim programı metodolojisine istinaden, eğitim gibi uygulamaların kabul ve faydalarını sunmanın yanısıra yüksek öğrenim sonrası eğitim alan sağlık çalışanlarını hedefleyen bir eğitim sahəsi sunar.

Metodoloji ve Veri Toplama :12 modül hasta güvenliği müfredatına dahil edilmiştir. Biz onları kapsamlı bir üç gün Sürekli Tıp Eğitimi programı içerisinde bütünleştirdik. Hedef kitle 82 doktor, 38 hemsire, ve KSA sağlık kuruluşlarıydı.

Sununun Öğrenme hedefleri şunlardır;

1. Hasta Güvenliği disiplini tanımlamak
2. İnsidans etkisini minimize etmek için hasta güvenliği rolünün bilincine varmak
3. İnsan faktörünü ve hasta güvenliği ile ilişkisini tanımlamak

Veri Toplama; Dersin içeriği ve kendi uygulama alanı referans alınarak katılımcı grubunun nicel değerlendiriminin bütünleştirilmesi ve aynı zamanda nicel çalışması.

İkinci değerlendirme formunun kullanımına dayalı idi.

Ana Bulgular;

- 1.Yüksek Onay
- 2.Yıllardır göz ardı edilmiş yeni baslık
- 3.Sağlık personellerinin hasta güvenliği sorunlarını anlamalarına yardımcı olan yeni konsept
- 4.Sağlık çalışanları için ihtiyaç duyulan iletişim, ergonomik, sistemli düşünme ve yan etkilerinin analizi
- 5.Alanında yüksek uygulanabilirlik

HASTANE DÜŞÜS ENGEL PROGRAMI

Dr Eman Darwish
Performans Geliştirme Bölümü Direktörü
Mouwasat Medikal Servis Grubu

Sağlık kuruluşlarında hastalar arasında düşüşü engellemek, çok yönlü bir yaklaşım, tanıma, değerlendirme ve hasta engellenmesini gerektiren önemli sorunlar içerir. Her ne kadar birçok sağlık ayarları için uygulanabilir olsada su anda düşüşü üzerine mevcut araştırmalar ve bilgiler uzun vadeli sağlık hizmetleridir. Her organizasyonel düşüş önlemleri programı, yeni bir programa baslatıp yaysa da var olan bir program geliştirilse de, farklı bir program aşamasında olması muhtemeldir.

Sağlık Ayarlarında problem kapsamı:

Düşme en yaygın hastalık nedenleri arasında yer alır ve ölümcül olmayan zedelenmelere ve travmalara neden olur.Düşüşler her sağlık ve hasta popülasyonu türünde meydana gelir. Hastanelerde, düşüşler sürekli rapor edilen kaza kategorilerinde tek basına enis yer tutar. Organizasyon düşüşleri için hastasının riskini değerlendirmeli, düşme riskini azaltmak için harekete geçmelidir. Değerlendirme düşüş öyküsü, ilaç yada alkol tüketimi değerlendirilmesi, yürüyüş ve denge muayenesi, hastanın yürüme cihazı içerir. Organizasyon, uygun politika ve/veya prosedürlere dayanan düşme-riski azaltımı sunar. Program , düşüşleri azaltmak için niyet edilen ve dilmeyen tedbir sonuçlarını belirtir. Örneğin fiziksel sınırlamaların uygunsuz kullanımı ve sivi aliminin kısıtlanması, yaralanma, dolayım sorunları yada ciltte deformeler

AMAC

- Kazasal yaralanmalardan tıbbi bakım yada tıbbi hataalr nedeniyle feragat etme
- „Neden hasta düşer“ konseptini hastaalrın düşüşünün engellenmesi olarak degistirilmesi
- Düşmekten ötürü oluşan incinme riskleri için özel tedbir alımı

Sağlık kurumları, diğer kuruluşlarla karşılaştırıldığında gerek yerleşim düzeni, gerekse cihaz ve donanımlarda kullanılan teknoloji bakımından daha karmaşık bir görüntü çizmektedir. Teknoloji yönetimi bu nedenle büyük önem taşımaktadır. Sağlık kuruluşlarında, yüksek risk taşıyan servisler başlıca Acil, Ameliyathane, Yoğun Bakım ve Radyoloji'dir. Bu servislerde, doktor ile hasta belirli bir prosedür için kısa süreli beraber olmakta; cihazlarda yüksek teknoloji kullanılması nedeniyle, cihaz arızaları ve kullanım hataları ile sık karşılaşılabilir.

Tıbbi personel açısından, tecrübe ve zamanlama büyük önem taşımakta, çoğu kez çabuk karar vermeyi gerektirmektedir. Deneme yanılma periyoduna münasabah yoktur. Klinik prosedürler genelde tehlikeli olup, hastanın anatomisinde ve fizyolojisinde ki değişimler sonucu hastanın tepkisi kimi zaman beklenenden çok daha farklı olabilmektedir. Hasta anestezisi altında ise şuuruz ve hareketsiz yatmakta; konuşabilme imkanına sahip değildir. Acil Servis'te ise, korku ve telaş neticesi hasta kendisini doğru ifade edememektedir.

Diğer taraftan, hastanede çoğunlukla gözden kaçabilen, yanlış zamanda, yanlış kişiye, yanlış ilaç verilmesi gibi medikasyon hataları da oldukça önem taşımaktadır. Değişik sebeplerden ötürü, yanlışlığı ve hataların çoğu üstü kapalı geçilmekte, çok azı rapor edilerek açığa çıkarılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde risk yönetiminden amaç; hastaları, hastane personeli ve hastaneye gelen ziyaretçileri fiziki ve psikolojik bakımdan olumlu etkileyecek bir ortam yaratmak; kazaları önleme yönünde her türlü tedbir almak ve bu tedbirleri alırken hastane kaynaklarını ve harcamalarını minimize etmek; yaralanma hatta ölümlerle sonuçlanabilecek kazalara imkan vermemektedir.

Sağlık kuruluşlarında, Toplam Kalite Yönetimi ve Risk Yönetimi aynı hedefi paylaşırlar ve bir bütünü ayrılmaz birer parçasıdır. Hedef, teşhis ve tedavi amaçlı teknolojilerin kullanımında, tesis ve organizasyon yönetim süreçlerinde performansı en üst düzeye çıkarmaktadır.

SERVERGAZİ DEVLET HASTANESİ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ (OHSAS) RİSK YÖNETİMİ VE RİSK DERECELENDİRME VE DEĞERLENDİRME FAALİYET RAPORU

Dr. Gürbüz AKÇAY,

Baştaibip, Kalite Koordinatörü, Servergazi Devlet Hastanesi / DENİZLİ

Amaç; Hasta ve yakınlarının güvenliğini sağlamak, Çalışanların çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemek, çalıştırılmaları sırasında sağlığa aykırı etmenlerden oluşan tehlikelerden ve çalışanları iş kazası veya meslek hastalıklarından korumak için;Hastanemiz faaliyetlerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği açısından oluşan tehlikeleri tanımlamak

- Kimlerin tehlikelerle karşı karşıya kaldığını belirlemek
- Tehlikelere bağlı oluşan veya oluşabilecek risklerin değerlendirilmesini yapmak
- Mevcut riske karşı alınan önlemlerin yeterliliğinin ve varlığının değerlendirilmesini yapmak
- Risklerin önem derecesine göre düzeltici ve önleyici faaliyetleri planlanmak ve gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek.

Hastanemizde ISO 18001:2008 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi kapsamında Risk Analizi çalışmaları 2009 yılında başlatıldı. Kalite Geliştirme Ekibi tarafından Risk Analiz Prosedürü (PRO-34) oluşturuldu. Risk Analizi en az yılda bir kez ve prosedürde belirtilen diğer durumlarda olmak üzere Servergazi Devlet Hastanesi'nin tüm birimlerinde ve Semt Polikliniğinde gerçekleştirildi. Her birimde "Risk Analizi Ekibi" kuruldu. Ekibler tarafından birimlere ait İş Akış Şemalarında yer alan faaliyetlere ait Hasta ve Çalışan Güvenliği açısından tehlikeler tanımlandı. Risk Analiz Prosedürü'ne göre tehlikelerin olasılığı ve şiddeti puanlandırıldı. Risk Puanları olasılık ve şiddet puanlarının çarpımından elde edildi. Riskler Puanlara göre gruplandırıldı; 1. Katlanılmaz riskler (25) 2. Önemli riskler (15,16,20) 3. Orta Düzeyde Riskler (8,9,10,12) 4. Katlanılabilir riskler; (4,5,6) 5. Önemsiz Riskler (0-3) puan olarak belirlendi ve bu risk gruplarına göre 2009 ve 2010 yıllarında Risk Aksiyon Planları oluşturuldu. 2011 yılı Risk Analizi yapılmış olup değerlendirme çalışmaları devam etmektedir.

2009 YILI RİSK DERECELENDİRME VE DEĞERLENDİRİMESİ

Çalışmamızda hasta ve yakınları için toplam 1050 risk, çalışanlar için ise toplam 868 risk belirlenerek puanlarına göre gruplandırıldı.

	Katlanılmaz Riskler	Önemli Riskler	Orta Düzey Riskler	Katlanılabilir Riskler	Önemsiz Riskler
Hasta Ve Yakınları	58	119	251	463	159
Çalışanlar	42	78	201	354	193

Değerlendirmenin sonucunda, riskleri kabul edilebilir düzeye indirmek için faaliyetler planlandı.

2009 Yılı Risk Aksiyon Planı Oluşturulması: Performans ve Kalite Birimi tarafından tehlikeler risk puanına göre gruplandırıldıktan sonra Hasta ve Çalışan Güvenliği için 492 risk kabul edilemez risk olarak değerlendirildi. 2009 Risk Aksiyon Planı oluşturuldu Riskler Katlanılmaz Riskler (25) puanında başlamak üzere sıralaması yapıldı. Çözüm önerileri, düzeltici ve önleyici faaliyetler, sorumlular ve hedef tarihler belirlendi. Gerçekleştirilen aksiyonlar, aksiyon tablosuna kaydedildi. 269 risk çözümlendi, 3'ü fiziki koşulların yetersizliği nedeni ile kesin çözümlenemez olarak kabul edildi. 109 risk henüz çözümlenememiş olup 13'ü için Düzenleyici ve Önleyici Faaliyet Formu düzenlendi. Düşme riski ve baskı yararı riskini önlemek amacı ile iki iyileştirme ekibi kuruldu.

2009 Yılı Yapılan İyileştirme Çalışmalarından Başlıcaları:

Hastanenin İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) açısından kendi durumunu değerlendirmek, faaliyetleri ile ilgili olarak İSG riskleri ne maruz kalabilecek hasta, çalışanlar ve ilgili diğer taraflar için riskleri yok etmek veya en aza indirmek üzere bir İSG Yönetim Sistemi oluşturmak, kurmak, uygulamak ve sürekli iyileştirmek amacı ile İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Prosedürü (PRO-50) oluşturuldu.

Personel Sağlık Tarama Programı oluşturuldu ve programın gerçekleşmesinden sorumlu komisyon kuruldu.

Hastanemizde çalışanların, hasta ve yakınlarının, ziyaretçilerin ve iş amaçlı gelen diğer kişilerin güvenliğini amaçlar şeklide bina ve tesis güvenliğinin biçimlendirilmesi ve güvenli bir ortamda sağlık hizmeti sunulmasının sağlanması amacı ile Tesis Güvenliği ve Yönetimi Prosedürü (PRO-11) oluşturuldu.

Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği'nde yer alan kriterlerin ölçülebilir bileşen hale getirilmesi, Hasta ve Çalışan Güvenliği Prosedürü oluşturulması, İSG yönetim Sistemi ile entegre edilmesi

2010 YILI RİSK DERECELENDİRME VE DEĞERLENDİRİMESİ

2010 yılı Mart ayında Risk Analizi Ekibine Risk Derecelendirme ve Değerlendirme eğitimleri yeniden verildi.2010 yılında risk analizi yaparken önce 2009 yılı risklerini tekrar puanlandırılmaları ve yeni risklerini ilgili forma doldurarak Performans ve Kalite Birimi'ne iletmeleri istendi.

2010 yılı riskleri için Risk Aksiyon Planı (P-05) oluşturulmuştur. Çözümlenen risklerle ilgili gerçekleştirilen iyileştirme çalışmaları bu planda yer almaktadır.

2101 RİSK ANALİZİ	Katlanılmaz Riskler	Önemli Riskler	Orta Düzey Riskler	Katlanılabilir Riskler	Önemsiz Riskler	Toplam
Toplam Riskler	(25 Puan)	(15.16.20 puan)	(8,9,10,12 puan)			
Hasta ve Yakınları	9	75	235			318
Çalışanlar	6	56	176			238
ÇÖZÜMLENEN RİSKLER (yeşil)						
Hasta ve Yakınları	6	37	101			144
Çalışanlar	1	30	82			113
ÇÖZÜMLENEN RİSKLER (beyaz)						
Hasta ve Yakınları	0	21	101			124
Çalışanlar	2	16	64			82
AÇILAN DÖF' LER						
Hasta ve Yakınları	2	10	21			33
Çalışanlar	1	6	16			23
İİÇ EMİRLER						
Hasta ve Yakınları	3	5	13			21
Çalışanlar	2	4	10			16
KESİN ÇÖZÜMLENEMEZ (kırmızı renk)						
Hasta ve Yakınları	0	1	2			3
Çalışanlar	0	0	2			2

Başlıcaları:

- İş Sağlığı ve Güvenliği Politikası,
- İSG kurulu kurulmuş ve İSG Kurulu Çalışma Talimatı,
- İSG PLANI oluşturulmuştur.
- Pembe Kod, Beyaz Kod Ekibi kurulması ve çalışma talimatı oluşturulmuştur.
- Mavi, pembe ve beyaz kod çağrı sistemleri kurulmuştur.
- Acil durum tatbikatları yapılmış ve kayıt altına alınmıştır.
- Hastanenin riskli bölümlerinde radyasyon ölçümü yapılmış ve radyasyon riskleri tesbit edilmiştir. Bunun sonucunda röntgen biriminin mevcut kapıları iyileştirilmiş aynı zamanda ilavetende kapılar yaptırılmıştır. 2 adet portabl röntgen cihazları alınarak yoğun bakımlara verilmiştir.
- Hastanenin gürültü açısından riskli bölümlerinde gürültü ölçümü yapılmıştır.
- Gürültü ölçümünde riskli çıkan çamaşırhane çalışanları için kulak koruyucu alınmıştır.
- Radyoloji ve laboratuvarlarda Güvenlik Talimatları ve Kontrol Formları oluşturulmuştur.
- Sabotaj, İSG, hasta ve çalışan Güvenliği ve Kimyasalların Güvenli kullanımı ile ilgili eğitimler yapılmıştır.
- Çalışan Sağlığı ve Tesis Güvenliği açısından Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikası geliştirildi ve uygulamaya geçirildi.
- Acil Güvenlik Duşları alınmıştır.
- ISO 18001:2008 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi kapsamında yetkili kuruluş tarafından denetlenerek İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Belgesi alınmıştır.

2011 YILI RİSK DERECELENDİRME VE DEĞERLENDİRMESİ

2011 yılı Ocak ayında önce 2010 yılı risklerini tekrar puanlandırılmaları ve yeni risklerini ilgili forma doldurarak Performans ve Kalite Birimi'ne iletmeleri istendi. Hasta/hasta yakınları ve çalışanlar için riskleri azaltmak ya da önemsiz hale getirmek, yönetimin ve diğer ilgili birimlerin 2011 yılı hedefleri haline getirilmiştir. SONUÇ:Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi Hasta/hasta yakınları ve çalışanlar için tüm risk gruplarında yer alan riskler, yapılan düzeltici ve önleyici faaliyetler sonucu azaltılmış ya da önemsiz hale getirilmiştir.

OHSAS.TS.18001 İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMİ

Uzm. Kaya Kars,
TSE, Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü,
Antalya,TÜRKİYE

İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG)Değerlendirme Serisi

Bilindiği üzere iş güvenliğinin amacı çalışanları korumak, üretim güvenliğini sağlamak, işletme güvenliğini sağlamak ve çalışan sağlığını tehdit edebilecek risk analizlerini ortaya çıkartmaktır. Bu sunumda katılımcılara

- İş Sağlığı Ve Güvenliği Yönetim Sistemi Spesifikasyonu
- İş Güvenliği
- İşçi Güvenliği
- İşletme Güvenliği
- Risk Analizleri
- Acil Durumlar
- İş Kazalarının önlenmesi
- Üretim Güvenliği'ni İle Bilgilendirme Yapılacaktır.

Uzm. Hidayet Şahin,
TSE, baş tetkik görevlisi, Antalya, TÜRKİYE

SALON - III

TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRELİK BAKIM KALİTESİNİN ÖNEMİ

Moderatör

Op.Dr. S. Cüneyt Aydemir, Medicana Sağlık Grubu, Kalite Koordinatörü, Göğüs Cerrahi Uzmanı, İstanbul, TÜRKİYE

Konuşmacılar

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATALAR VE HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN ALGILAMALARI

Uğur Esra*, **Çiftçi Ersoy Özlem****, Semiz Aydın Seçil**, Akbal Elif**
* Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye
** Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, İstanbul, Türkiye

BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Meryem ALIÇI, Şengül GÜNGÖR,
Gölcük Asker Hastanesi, KOCAELİ, TÜRKİYE

BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24'ÜN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Kursun Serife, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Konya-Türkiye
Kanan Nevin, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul- Türkiye

HASTA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN ANALJEZİK KULLANIMINDA HASTA BİLGİLENDİRME

FAYDALI, Saide, Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Aksaray, Türkiye
BAYRAKTAR, Nurhan, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

HEMŞİRELERİN DÜŞME RAPORLANMASINA İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLARI

1.KESGİN Vildan, 2.ÇİFTLİK Emine Elvan,3.ÖZKAN Serpil, **4.KURT DURMUŞ Meral.** 5.ÇOBAN Didem,6.YİĞİT Özgür
Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMI RİSKLERİ İLE İLGİLİ ALGILARI VE BU ALGILARI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Gündoğdu Seval, Mendeş Hatun,
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

SALON - IV

KLİNİK RİSK YÖNETİMİ UYGULAMALARI

Moderatör

Dr. Erhan Önal, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, İl Sağlık Müdür Yardımcısı, Ankara, TÜRKİYE

Konuşmacılar

HEMODİYALİZ ÜNİTESİNDE HATA TÜRLERİ VE ETKİLER (FMEA)

BÖLÜKBAŞ Cemile1, GÜR Ahmet1, KAÇAR Gülay1, DEMİRBAŞ Yeliz1, YAVUZ Nihal1, AYDEMİR Salih Cüneyt2
1. Medicana International İstanbul, İstanbul Türkiye
2. Medicana Sağlık Grubu, Türkiye

GİRESUN PROF. DR.A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ YOĞUN BAKIM ENFEKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Bal Ahmet, **2. Demir Meral,** 3. Elevli Keziban,
Prof. Dr.A.İlhan Özdemir Devlet Hastanesi , Giresun/Türkiye

ACİL LABORATUVARI KRİTİK TEST DEĞERLERİNİN BİLDİRİM SİSTEMİ YÖNÜNDEN ANALİZİ:

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ
1.Bal Ahmet, **2.Yılmaz Hatice,** 3. Çalış Aynur,4.Korkmaz Günay,5.Memiş Resmiye, 6.Yıldız Adnan, 7. Menevşe Süleyman F.

HEMŞİRELERİN İLAÇ UYGULAMA HATALARINI ÖNLEMEDE SEKİZ-DOĞRU

FAYDALI Saide,

Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Aksaray, Türkiye

OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ: MEDİCALPARK HASTANELER GRUBU (MPHG) ÖRNEĞİ

ÇAKMAK Güler,

Medicalpark Hastaneler Grubu/ İstanbul, Türkiye

İLAÇ GÜVENLİĞİ KONUSUNDA EĞİTİM VERİLMESİ VE VAKA BİLDİRİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aysun ÇİÇEK KIYICIOĞLU,

Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

15:00 – 15:15 **Kahve Arası**

15:15 – 16:30 **PARALEL OTURUMLAR III**

SALON I - I KLİNİK HİZMETLERDE RİSK İYİLEŞTİRME TEKNİKLERİ

Oturum Başkanı **Dr. Aisha Hassan Mutwali,** Başkan, King Abdulaziz Hastanesi Ve Kanser Merkezi, Cidde, **SUUDİ ARABİSTAN KRALLIĞI**

Konuşmacılar **Dr. Aisha Hassan Mutwali**

Amir, Enfeksiyon Kontrol ve Medikal Atık Bölümü

Enfeksiyon Kontrol Komitesi Kordinatörü

Kral Abdullaziz Hastanesi ve Onkoloji Merkezi

I.El Yıkama önemini bilmek, enfeksiyon oranını azaltmayı amaçlayan yüksek kalite standartlarına ulaşmak için gizli bir anahtardır, Unutulmamalıdır ki hepimiz mikroplarla kusatılıyız, bu yüzden eğer onlara karşı savasmasak, sağlığımızı etkileyecek, ayrıca ilgilendiğimiz hastalarda zarar görecektir.

KSA da WHO ve MOH Sağlık çalışanlarını tesvik etmek için ve el yıkamanın önemini farkına varmalarını sağlamak için uğraşılıyor.

2011 el yıkama kampanyası logosu „Thumps up for germ free hands“ ve “ Clean Hands are life Savers” üst yönetim ve yönetim kadrosu desteği aramak için dizayn edildi.

El Hijyeni , sabun ve su ile yıkama, alkol bazlı losyon gerektirir ve bu el hijyeninin en basit en etkili hastane enfeksiyonu engelleme yolu olduğunu gösterir. Bu “Standart Önlemin” en temel ölçüsüdür.

El Yıkama tarihçesinde; ne zaman el yıkamak gerekir, nasıl yıkanmalı, ne zaman su sabun yada tek basına alkol kullanılmalı ve diğer bilgiler kongrede detaylarıyla mevcut olacaktır

II: A:Enfeksiyon Kontrol Programı enfeksiyon kontrol komitesi başkanı ve üyelerince yazılı olarak belirlenen kuralları içerir. Enfeksiyon kontrol komitesi tTam yetkiye sahiptir. Potansiyel ve gerçek hastane ile ilgili enfeksiyonları araştırmak için , hatta gerektiği takdirde hastane koguslarını kapamak ve hastaları yönlendirmek ve yüksek kalite standartlarına ulaşmak için enfeksiyonla ilgili diğer konularda enfeksiyon kontrol komitesi başkanı aracılığıyla hareket ederler.

B Enfeksiyon Kontrol Komitesi sorumlulukları:

- Tüm Enfeksiyon durumlarının olabildiğince cabuk belirlenmesi ve araştırılması ve ihtiyaç halinde tecrit etmek
- Hastane ekibine Eğitim (İngilizce, arapca-urdu)
- Hastalık olusan toplumu belirlemek ve ilgili makamlara sevk etmek
- Hastane enfeksiyon raporlarını doktorlarla paylaşmak
- Laboratuvar sonuçlarını takip etmek
- Ziyaretçilerin kontrolü ve hastane ekibinin düzenli PPE kullanımı
- Bir idari yapı kurmak böylelikle enfeksiyon kontrol cehresi düzenlenebilir ve denetlenebilir ve mükemmel temizlik ve hastanelerde hijyen sağlanabilir.
- Hastane kogusu enfeksiyon oranı için klinikler, tehlikeli ve artan enfeksiyonlar için erken tani sistemi
- Tüm hastane çalışanları sağlığı gözlemi, hastane çalışanlarından hastalara enfeksiyon bulmasını önlemek(vica versa)
- Ciddi enfeksiyonlara cevap verebilen acil servis sağlanması

MEDİKAL HATALARIN SINIFLANDIRILMASI VE MONASTIR SAĞLIK OCAKLARINDA OLUMSUZ DURUMLARIN ÖNLENEBİLİRLİĞİ(TUNUS)

Letaif M1; El Mhamdi S1, Herguli B2; Noura R2, Bouanane I1, Soltani MS1

Tip Komitesi Bölümü

Temel sağlık Bakım Merkezi

Amac: Sağlık ocaklarında meydana gelen işlem hatalarının ve olumsuz durumların önenebilirliğinin tesbit ve sınıflandırılması

Methodlar: 8 aylık dönemde Monastir (Tunus) bölgesi sağlık ocaklarında vuku bulan olumsuz durumların ileriye dönük çalışması, eğitilmiş Pratisyen hekimler klinik problemlerin kalitatif analizini yaparak raporladı. Bu analiz, geçerli bir standart izleme formu, olumsuz durumların sınıflandırılması, ana katkı faktörleri ve önenebilirliğini içeriyordu.

Sonuçlar: Bu çalışmada 6 pratisyen hekim 97 yan etki bildirdi. Belirlenen ana klinik problemler, doğru ilaç, sivi ve diğer tedavi formlarından yoksundu, gerekli araştırmaları sağlama konusunda hatalıydı. Yan etki sınıflandırılması, terapeütik hatalar özellikle ilaç yan etkilerinin en yaygın yan etkilerden olduğunu (64,5)ve bunu teşhis hatalarının izlediğini gösterdi (%20,6- analiz edilen vakaların % 27,8 inin ciddi olduğu görüldü. İletişim eksikliği (Hasta- Doktor, Hastane çalışanları iletişimi) ve eksik hasta tutumuna katkı sağlayan faktörler arasında yer alır. Rapor edilen üç olaydan ikisi oldukça önenebilir. Vakalar olarak değerlendirildi.

Sonuç Olarak;

Ciddi hatalar birinci basamak tedavilerde meydana gelir ve Tunus’da hastaya farklı yönlerde etki eder. Hataları analiz eden ve hata oranını kaydeden yasal çalışmalarda, birincil basamak hasta güvenliğini geliştirme yolları adına daha iyi bir anlayışa ihtiyaç duyar

AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞINDA KALİTE İYİLEŞTİRMEDE BİR YAKLAŞIM (PROBLEM ÇÖZME YÖNTEMLERİ)

Dr. Manal Mohammed Shira,

King Saud Tıp Kompleksi, Sağlık Bakanlığı, Riyad, SUUDİ ARABİSTAN KRALLIĞI

Problemler amaçlarımıza ulaşmada beklediğimiz, önceden planlanmadan ortaya çıkan ve tatminsizliğe neden olan olaylardır. Sağlık kuruluşlarında çalışan deneyimli ya da genç tüm sağlık çalışanlarının sıklıkla karşılaştıkları bir durumdur problemler. Genellikle ulaşmayı arzuladığımız amaçlarımız sıklıkla karşılaştığımız, zor, kompleks, stresli ve koordineli çabaları ve kaynağı gerektiren durumlardır ancak ne yazık ki kaynaklarımızda sınırlıdır. Dolayısıyla problem çözümü sağlık kuruluşunu en iyi biçimde yönetmekle görevli sağlık yöneticisi için en tipik ve sürekli sorumluluklardan birisidir. Son yıllarda sağlık bakımını iyileştirmede yöntemler hızla değişmektedir. Bu pek çok faktörün sonucudur. Bunlardan birisi hizmetin iyileştirilmesi, yönetimi ve klinik uygulamalarda bilgilerimizin yenilenmesi ve artışıdır. Problem çözümü yöntemleri problemin doru olarak tanımlanması için bilginin mantık çerçevesinde tanımlanması ve çözümdeki diğer 4 safhanın uygulanmasıdır. Bu sunumda;

- 1- Bu yöntemin ne kadar etkin olduğu
- 2- Problem çözme yöntemindeki dört ever ve bunların nasıl uygulanacağı ayrıntıları ile tartışılacaktır.

İLAÇ UYGULAMALARINDA HEMŞİRE KAYNAKLI TIBBİ HATA TIPLERİ VE NEDENLERİ

- **Dr. Moza ALISHAQ, PhD, MNS, MSc, RN, BSN,**
- **Dr. Al-Khwaiteer J**
- **Dr. Al-Ali B A**
- **Saleh F**

Risk Yönetimi Bölüm Başkan Yardımcısı, Hamad Tıp Kompleksi, Kalite Yönetimi Departmanı, KATAR

IOM „Err is human“ raporuna göre tıbbi hatalar nedeni ile tahmini olarak yıllık 44.000 ile 98.000 ölüm gerçekleşmektedir. Risk yöntemi ilaç idaresi ile ilişkili hasta güvenliği ihtiyacını analizinden ve hastanelerdeki medical kazaları önlemek amaçlı yaklaşımlardan sorumludur.

Amaç: Bu çalışmanın amacı ilaç hatalarına neden olan yaygın konuları saptamaktır. Bu çalışma, araştırma sorularını tanımlayarak literatüre katkıda bulunacaktır. Araştırma sorusu; ilaç yönetiminde, hemşire medical hatalarının türleri ve nedenleri nelerdir?

Metod: Bu araştırma için çalışmalarını seçmek, literatüre için bilgisayarlı çalışmalar 2003 sonbaharında yapıldı Kullanılan veritabanları CINHALL, OVID idi.

Sonuçlar: Çalışma sonucuna göre en yaygın nedenler, ilaç hakkında bilgi eksikliği, yanlış hesap, reçete okumada karışıklık ilaç ismi ve etkileşimi karışıklığı, iletişim eğitimi eksikliği ve ilaç tedavisi hatalarına eklenen psikolojik fizyolojik ve çevresel etmenler

Notice: Sağlık çalışanları arasında hata yapanın cezalandırılması yerine sistemin iyileştirilmesi, raporlamayı ve hemşireler ile diğer sağlık çalışanları arasında iletişimi geliştirmek için, özsaygının artırılmasıdır. Hemşireler arasında en yaygın hatalar arasında yanlış hasta yanlış ilaç yanlış doz, yanlış yol, yanlış zaman ve ihmal gibi hatalara bu yazıda yer verildi.

SALON - II

FARMOKOEPİDEMİYOLOJİ, İSTENMEYEN İLAÇ ETKİLERİNİN VE İLAÇ KULLANIMINDA KLİNİK RİSKLERİN AZALTILMASINDA İZLENECEK YOLLAR

Öturm Başkanı

Prof. Dr. Mustafa Kemal Balcı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji B.D. Öretim Üyesi, ANTALYA, TÜRKİYE

Konuşmacılar

FARMOKOEPİDEMİYOLOJİ, İSTENMEYEN İLAÇ ETKİLERİNİN VE İLAÇ KULLANIMINDA KLİNİK RİSKLERİN AZALTILMASINDA İZLENECEK YOLLAR

Prof. Dr. Semra ŞARDAŞ

Marmara Üniversitesi

Eczacılık Fakültesi

Toksikoloji Anabilim Dalı

Farmakogenetik-İlaç Güvenliliği Birimi

Prof. Dr. Hakan ERGÜN

Ankara Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

Son yıllarda modern tıp geçmişe kıyasla daha güçlü tedavi imkânları sunmakta ve buna paralel olarak da ilaçların istenmeyen etkileri (advers ilaç reaksiyonları) ve klinik risklerde artış toplumlarda hastalık nedeni olarak ön plana çıkmaktadır. Advers ilaç reaksiyonu, insanlarda hastalıkların profilaksisi, teşhisi veya tedavisi veya bir fizyolojik fonksiyonun değiştirilmesi için kullanılan normal dozda bir ilaca verilen zararlı ve arzu edilmeyen tepki anlamına gelmektedir. Hastane başvuru nedenleri arasında ilaçlara bağlı sorunların %5 oranında olduğu, hastanın sağlık harcamaları arasında ilaçlara bağlı sorunların giderilmesi dolayısıyla tedavi maliyetinin yükseldiği ve yatış süresini uzadığı yapılan meta analiz çalışmaları ile gösterilmiştir. Advers ilaç Reaksiyonlarının yaklaşık %20-70'i önlenilebilir kabul edildiği halde, ölüm nedenleri arasında 4 sırada yer aldığı, yine aynı çalışmalarda rapor edilmektedir. Dolayısıyla ruhsatlı olan tıbbi ürünlerin pazarlama sonrası güvenlik/toler edilebilirlik, klinik etkililik, hasta uyuncu, ilaç etkileşimleri, farmakoekonomik profili gibi yarar/risk özelliklerine ilişkin veri elde etmek amacıyla farmakoepidemiolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Diğer taraftan Farmakovijilans ilaç güvenliğini ulusal ve uluslar arası ölçekte değerlendiren ayrıntılı bir sistemdir. Amacı ilaç şirketleri ve sağlık otoritesinin ilaçların güvenli şekilde kullanılmalarını sağlamak için advers etkileri sistematik bir şekilde izlemek, bu hususta bilgi toplamak ve kayıt altına alarak değerlendirdiği ilaçların yol açabileceği zararı en az düzeye indirmesi için ilaç güvenliğine yönelik gerekli tedbirleri belirlemektir. Gerek farmakovijilans gerekse farmakoepidemioloji birbirine katkı sunan önemli alanlar olup her ikisinin amacında hasta güvenliği ön plandadır.

Yaklaşık 10-12 yıl süren yeni ilaç geliştirme aşamalarında ilaç güvenliği şüphesiz, sıkı bir şekilde araştırılmaktadır. Ne yazık ki pazarlama öncesi yapılan bu araştırmaların ilaç güvenliğini tam olarak ortaya koyması ve elde edilen sonuçların toplumun geneline uyarlanması her zaman mümkün olamamaktadır. Bunun nedenleri içerisinde; klinik öncesi yapılan toksisite araştırmalarının sonuçlarının her zaman insanlara uyarlanamaması, klinik çalışmaların nispeten kısa süreli olması ve uzun dönemde ortaya çıkması muhtemel sorunları yansıtmaması, araştırmaların denek seçimi aşamasında "araştırmaya dahil edilmeme" kriterlerinin çok geniş tutulması (steril hasta gruplarının kullanılması) nedeniyle elde edilen verilerin toplumun genelindeki durumu (çocuk, yaşlı, hamile, kullanılan diğer ilaçlarla etkileşim, beslenme alışkanlığı gibi) her zaman yansıtmaması, araştırmaların az sayıda kişi üzerinde yapılıyor olması, deneklerin araştırma protokolüne uyumunun çok sıkı takip edilmesi gibi durumlardır. Ayrıca, gruplar ve toplumlar arasında ilaçlara bağlı sorunların çeşitliliğini etkileyebilecek genetik ve kültürel farklılıkların bulunması gibi daha birçok neden sıralanabilir. İlk bakışta, gelişmiş ülkelerin farmakoepidemiolojik verileri ekstrapolasyonla gelişmekte olan ülkelere de kullanılabilir görüldüğü de, ilaç kullanımında kültürel ve genetik faktörler başta olmak üzere birçok yerel faktörün rolü, bu tutumun yanlışlığı, riskin azaltılmayacağını ortaya koymaktadır. DSO her ülkenin ulusal düzeyde farmakovijilans politikasının ve planının bulunmasını, sorumlu ve yetkin ulusal bir farmakovijilans sisteminin bulunmasını ve Farmakoterapötik ajanların güvenliğine yönelik izlem, değerlendirme ve gerekli önlemlerin alınmasıyla ilgili faaliyetlerin yapılması önermektedir. Türkiye de farmakovijilans sistemi yeni düzenleme ile Avrupa Birliği'nin beşeri tıbbi ürünler ile ilgili mevzuatına uyum sağlayan yönetmelik kapsamında 2005 yılından beri Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (İEGM) bünyesinde TÜFAM (Türkiye Farmakovijilans Merkezi) adı altında hizmet vermektedir. Sunum kapsamında ayrıca ilaç güvenliğinin sağlanmasında advers etki raporlama, yaşanan sorunlar, sinyal tespiti, ilaç güvenliğinin sağlanmasındaki tamamlayıcı unsurlar (KÜB/KT gibi) Area under the curve (AUC): It represents the concentration of a drug in the plasma as a fraction of time is related in a simple way to the fraction of the dose reaching the plasma and to its clearance from the same.) ve hastane ilaç yönetimi prosedürü gibi bilgilere de ayrıca yer verilecektir

Prof. Dr. Çoşkun Usta,

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim dalı,

ANTALYA, TÜRKİYE

SALON - III

KLİNİK RİSK YÖNETİMİNDE HASTANE KAYNAKLI ENFEKSİYONLARIN ROLÜ, STERİLİZASYON VE DEZENFEKSİYON

Moderatör

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü , TÜRKİYE

Konuşmacılar

STERİLİZASYON , MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ

Prof.Dr.Faruk AYDIN

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

Merkezi Sterilizasyon Ünitesi(MSÜ) tanımı, faaliyet göstereceği hastane yapısına göre değişmekle birlikte şöyle yapılabilir. MSÜ, hastanede tanı ve tedavi amacıyla kullanılan ve sterilizasyon gerektiren bütün malzemelerin gerekli işlemlerinin yapıldığı bir ünitedir. Bu üniteden beklenen fonksiyonların yerine getirilebilmesi için uygun bir personel yapısının gereksinimi vardır. Hastane faaliyetlerinde kullanılan malzemelerin pahalı olması, fiyat etkinliği bakımından reuse malzeme kullanılması kaçınılmaz bir sonuçtur. Bu nedenlerle çeşitli cihaz ve ekipmanlar sayısız kere reuse olarak kullanılmaktadır. Buna alternatif olarak geliştirilen tek kullanımlık malzemelerin büyük kısmının maliyeti yüksek olduğundan çeşitli platformlarda yasal olmasa da tekrar kullanımları tartışılmaktadır. Hastane içinde tek ve merkezi özellikte bir ünite kurulması, hem sterilizasyon ve dezenfeksiyon için eli yatkin elemanların yetiştirilmesi bakımından hem de ekonomik bakımdan tasarruf sağlanması nedeniyle önemlidir. Gelişmiş ülkelerde bu ünitelerin kuruluşu 1960'lı yıllardan eskidir. Ülkemizde ise son 10 yıldır gündeme getirilmiş ancak son beş-altı yılda böyle bir yapılanma yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Yine de işin başındayız. Bu nedenle eski kurulanlar gelişmelere ayak uydurabilmeli, yeni kurulmakta olanlar ise geleceğe cevap verebilecek yapı ve personel özelliklerine uygun tesis edilmelidir. İyi planlama yapılmadan kurulan bir MSÜ, ameliyat tekniklerinin gelişmesi ve çeşitli özelliklere ve yapıya sahip malzemelerin kullanıma girmesiyle yetersiz kalabilir. Bu durum önceden tahmin edilmeli ve zarar görmeden duruma uygun hale getirilebilecek özelliklere sahip olması sağlanmalıdır. Personel ve malzeme seçimi ile teknolojik gelişmelere ayak uyduracak yapıya sahip olmalıdır

Uzm. Dr. Süha Şen,
Enfeksiyon hastalıkları Uzmanı ve Başhekim Yardımcısı, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, **TÜRKİYE**

El yıkama prosedürü nazokomiyal enfeksiyonu önlemek için çok önemlidir.
El Hijyeni. Herhangi bir el temizliği eylemi için kullanılan genel bir tanımdır
Ellerinizde milyonlarca mikrobu taşıyorsunuz. Çoğu zararsızdır, fakat, bazı hastalıkların sebeplerini hızlandırabilirsiniz, grip, ishal, nezle gibi.
Yüzyıllar boyunca su ve sabunla el yıkamak kişisel hijyenin bir ölçüsü olarak düşünülmüş fakat el yıkama ve hastalık yayılması arasındaki ilişki son 200 yıl içinde kurulmuştur.

Diğer kaynaklar hastalığı hızlandırır ve kendi kendinize aşağıdaki sebeplerle bulaştırırsınız,

- Gözlerinize
- Bumunuza
- Ağızınıza dokunursanız

Önemli ortak yollardan birisi, insanlar soğukta virüs ile kirlenmiş ellerini, burunlarına veya gözlerine sürdüklerinde nezle olurlar.

- Diğerlerine direk bulaştırabilir ya da diğer insanlara yüzeysel dokunarak bulaştırabilirsiniz. Öncelikle bunu bilmelisiniz, çevrenizdeki herkes hasta olacaktır.
- Hatırlanması gereken en önemli şey, eğer el yıkama alışkanlığı edinilirse Hepatit A, Menejit ve enfarktüs ishal gibi bazı önemli hastalıklar, kolaylıkla önenebilir.

1800'lü yılların ortalarında Viyana'da Ignaz Semmelweis ve Boston'da Oliver Wendell Holmes tarafından yapılan çalışmalar, şimdilerde bulaşıcı ajanların sebep olduğu bilinen, hastaneden kapılan hastalıkların, sağlık hizmetinde çalışanların elleri vasıtasıyla bulaştığını göstermiştir.

1980'li yıllar sağlık hizmetinde el hijyeni kavramının oluşmasında bir dönüm noktasıdır.

İlk ulusal el hijyeni kılavuzu 1980'lerde yayınlanmış ve bunu daha sonraki yıllarda başka kılavuzlar izlemiştir.

Bu kılavuzlar özellikle aralarında Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve bazı Avrupa ülkelerinin de bulunduğu kuzey yarımkürede yayınlanmışlardır.

Buradan hareketle el hijyeni kavramının daha çok son yirmi yılda ortaya çıktığı görülmektedir

Sağlık sektörü çalışanları arasındaki el hijyeni uygulamalarını anlamak sağlık hizmetindeki müdahaleleri planlamak açısından çok büyük önem taşır.

Hastanelerde yönetilen gözlemsel çalışmalarda, sağlık sektörü çalışanları ellerini nöbet başına ortalama beş ila otuz kez temizlemiştir

Bu sunumda el hijyeninin tarihçesi, önemi, sağlık kuruluşlarındaki uygulamalar ve yöntemler tartışılacaktır.

SALON IV

Moderatör

RISK YÖNETİMİ VE TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİ

Demet Hayali Yıldırım, İzmir Sağlık Müdürlüğü, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar

SAĞLIKTA RİSK YÖNETİMİ

Demet HAYALİ YILDIRIM,

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir, Türkiye

SÜREKLİ İYİLEŞTİRMEDE İNDİKATÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BAĞCI Osman1, POLAT Semra1, AYDOĞDU Hikmet2, BÖLÜKBAŞ Cemile3, ÇELİKKOL Ugur4, BAŞTUĞ Aynur1, AYDEMİR Salih Cüneyt1

1. Medicana Hastaneler Grubu, Türkiye
2. Medicana Bahçelievler Hastanesi, İstanbul Türkiye
3. Medicana International İstanbul Hastanesi, İstanbul Türkiye
4. Medicana International Ankara Hastanesi, Ankara Türkiye

BURDUR İLİ YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDAKİ HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yıldırıcı Cüneyt, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye
Kılınc Ahmet Selçuk, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye
Badıllıoğlu Okan, Bucak Toplum Sağlığı Merkezi, Burdur, Türkiye
Çetin Turan, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye
Erçoban Nida, Burdur Devlet Hastanesi, Burdur, Türkiye

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ

HASTA BAKIMINDA TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİ

1. Bal Ahmet, **2. Çalış Aynur**, 3. Yılmaz Hatice, 4. Korkmaz Günay, 5. Memiş Resmiye, 6. Yıldız Adnan, 7. Menevşe Süleyman F.
Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

KURUMSAL RİSK YÖNETİMİNDE, SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ RİSK YÖNETİM MODELİ UYGULAMASI

Emrullah İNCESU1, Mehmet YORULMAZ2, M.Hakan ALTUNTAŞ3

1. Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Temsilcisi, Konya
2. Konya İl Sağlık Müdürlüğü İl Kalite Koordinatörlüğü, Konya
3. Konya Seydişehir Devlet Hastanesi, Konya

HASTANELERDE RİSK DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARI

Dr. Hacı Bayram ZENGİN / Malatya İl Sağlık Müdürü, Malatya, Türkiye
Op.Dr.Erol DEMİRTAS / Başhekim / Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesi, Malatya, Türkiye
Dr. Hasan Tuncer / Malatya İl Sağlık Müdür Yardımcısı, Malatya, Türkiye
Hiial MORDOĞAN / Malatya İl Sağlık Müdürlüğü, Kalite Uzmanı, Malatya, Türkiye
Suat ÇOBAN / Malatya İl Sağlık Müdür Yardımcısı, Malatya, Türkiye
Saime BÜBER / Kalite Birim Sorumlusu, Malatya, Türkiye
Mehmet SOYLU / Yeşilyurt Devlet Hastanesi, Malatya, Türkiye
Nurhan Özkan AYDIN / Malatya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi / Kalite Koordinatörü, Malatya, Türkiye

16:30 - 17:15

SALON I - KONFERANS

Oturum Başkanı

Ana Konuşmacı

KLİNİK RİSK YÖNETİMİNDE İNTERNET TEKNOLOJİLERİ, BİLGİ VE BECERİLERİNİN ROLÜ

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, **TÜRKİYE**

KLİNİK RİSK YÖNETİMİNDE İNTERNET TEKNOLOJİLERİ, BİLGİ VE BECERİLERİNİN ROLÜ

Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA,
Bratislava Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim Bölüm Başkanı, SLOVAKYA

Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Güvenliğini iyileştirebilmek için sürdürülebilir programlar hasta odaklı bakım ve sosyal bakıma ile olmalıdır. Bunun içinde infirmasyon ve kominikasyon teknolojilerindeki yeni uygulamalar, e-sağlık, elektronik hasta dosyaları ve hatta mobil sağlık gibi yeni uygulamalar klasik uygulamaların yerini almaktadır. Bu sunumda Dünya Sağlık Örgütü tarafından yeni yayınlanmış uluslararası karşılaştırmalar bazında telemedicine ve e-sağlığın tüm dünya genelinde kullanımı interaktif yöntemlerle çalışanlarla paylaşılacaktır. Öncelikle konu ile ilgili genel bir bilgilendirme, mevcut araçlar ve bilgi

Substantial effect in improving safety and quality in health care and the shift toward patient-oriented health and social care is generally expected from the implementation of information and communication technology (ICT), e-Health, EHR, and even from m-Health (mobile Health). The aim of the interactive workshop will be to inform and comment the situation in telemedicine and birikimleri katılımcılarla paylaşılacak, bu yeni uygulamaların sağlık kuruluşlarının kalite ve hasta güvenliği üzerine olan etkileri tartışılacaktır. Katılımcıların sunuma aktif katılımları istenmektedir

09:00-10:00	Konferans:	KLİNİK TANI VE TEDAVİ REHBERLERİNİN RİSK YÖNETİMİNDEKİ ROLÜ
	Oturum Başkanı	Prof. Dr. Al-Assaf , Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD
	<u>Ana Konuşmacı</u>	KANITA DAYALI REHBERLERİN KALİTESİ VE HANGİ REHBERLERİN KULLANILACAĞINA NASIL KARAR VERİLİR
		Prof. Dr. Martin RUSNAK , Dekan, Trnava Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, Slovakya, INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/ AVUSTURYA
		Dünya çapında kullanılan klinik rehberlerin sayısında ciddi anlamda bir artış söz konusudur. Aynı başlık sıklıkla bir ya da iki yayınlanmış dökümanda da "en kaliteli" başlığına atıfta bulunmaktadır. Ancak ne yazık ki rehberler arasında birbirinde farklı öneriler yer almakta, bu durumda klinisyeni hangi rehberi kullanması gerektiği hakkında çelişki bırakmaktadır. Tıp alanında çalışan sağlık çalışanları, halk sağlığı, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları yayınlanmış pek çok döküman ve rehber içerisinde kendi başlıklarına uygun hangisini kullanacaklarını bir diğer deyişle en kaliteliyi nasıl seçeceklerini birbirlerine sormaktadırlar. Avrupada AGREE isimli bir grup araştırmacı en uygun rehberi seçebilmek için bir araç geliştirmişlerdir. Bu aracın geçerliliği test edildikten sonra, değişik disiplinlerdeki kullanımı ispat edildikten sonra uygulamaya konacaktır. Bu sunumda klinik rehberlerin kalitesi ve uygulamalar konusunda katılımcılarla bilgi paylaşımında bulunulacak, AGREE tarafından geliştirilen araçın pratik uygulamadaki yeri bir örnekle tartışılacaktır.
		1. McAlister, F.A., et al., <i>How evidence-based are the recommendations in evidence-based guidelines?</i> PLoS Med, 2007. 4(8): p. e250.
		2. <i>Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project.</i> Qual Saf Health Care, 2003. 12(1): p. 18-23.
		3. Alonso-Coello, P., et al., <i>The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies.</i> Qual Saf Health Care, 2010. 19(6): p. e58.
		4. Burgers, J., et al., <i>[International comparison of 19 clinical guideline programs—a survey of the AGREE Collaboration].</i> Z Arztl Fortbild Qualitatssich, 2003. 97(1): p. 81-8.
		5. Burgers, J.S., et al., <i>International assessment of the quality of clinical practice guidelines in oncology using the Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation Instrument.</i> J Clin Oncol, 2004. 22(10): p. 2000-7.
		6. Harpole, L.H., et al., <i>Assessment of the scope and quality of clinical practice guidelines in lung cancer.</i> Chest, 2003. 123(1 Suppl): p. 7S-20S.
		7. Boluyt, N., C.R. Lincke, and M. Offringa, <i>Quality of evidence-based pediatric guidelines.</i> Pediatrics, 2005. 115(5): p. 1378-91.
		8. Cates, J.R., et al., <i>An independent AGREE evaluation of the Occupational Medicine Practice Guidelines.</i> Spine J, 2006. 6(1): p. 72-7.
		9. Zadvinskis, I.M. and B.A. Grudell, <i>Clinical practice guideline appraisal using the AGREE instrument: renal screening.</i> Clin Nurse Spec, 2010. 24(4): p. 209-14.
		10. Rusnak, M., et al., <i>Evaluation of traumatic brain injury guidelines using AGREE instrument.</i> Bratislava Medical Journal-Bratislavské Lekárske Listy, 2008. 109(8): p. 374-380.

10:00 – 10:30 **Kahve Arası**10:30 - 12:00 **PARALEL OTURUMLAR II****SALON - I****KLİNİK RİSK YÖNETİMİNDE ENFEKSİYON KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ**Oturum Başkanı**Dr. Ercan Bal**, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanı, **TÜRKİYE**Konuşmacılar**EPİDEMİK - ENDEMİK HASTALIKLAR ve SALGINLARDA KALİTE GÜVENCESİ**
Sürekliliği Tıp Eğitimi Perspektifi**Prof. Dr. Levent Doğanç, Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Bayındır Hastaneleri, Ankara, TÜRKİYE**

Geçen yüzyılın sonunda, Soğuk Savaşın bitmesiyle ortaya çıkan "küreselleşme" ile birlikte epidemik enfeksiyon hastalıklarının ve salgınların hastane çalışanlarıyla, hastane ortamları açısından oluşturabileceği potansiyel tehditler giderek artmaktadır. Sadece eski ciddi hastalıklar değil, aynı zamanda yeni veya yeniden önem kazanan patojenlere ve çoğul ilaç direnci kazanmış enfeksiyon ajanları nedeniyle, tıbbi bakım ve hizmetler üzerinde kaliteyi yakından ilgilendirir olumsuz etkiler görülmektedir. Bu olumsuz durum bir taraftan hastalarımıza direk olarak etkilerken, diğer taraftan da sağlık çalışanları üzerinde potansiyel riskler oluşturabilmektedir. Bununla ilgili tüm dünyadan çok çeşitli örnekler verilebilir. 1970'lerden hemen sonra *Cryptosporidium*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica* enfeksiyonları besin kaynaklı salgınlar olarak karşımıza çıkmıştır. 1980 yılında ilk *E coli O157:H7* salgını ABD' lerinden bildirilmiş, bunu *Salmonella enteritidis* and *Listeria monocytogenes* salgınları takip etmiştir. Bu bakteri enfeksiyonlarından daha da kötüsü, prion hastalıkları, HIV ve HCV bu yılları takiben tüm dünyada kan ve kan ürünleriyle bulaşabilen ve prognozu hayli ciddi salgınlara yol açmıştır. Epidemik hastalıklar açısından bir diğer uç örnek ise 1990 yılında kapalı kabuklu kontamine olmuş yumurtaların bile *Salmonella enteritidis* enfeksiyonunu bulaştırabileceği gerçeği, yumurtaların pastörize edilerek kullanılmaları gerekliliğine yol açmıştır. Bu konuda yapılan tüm protokollere rağmen Avrupa ve ABD' de bulunan birçok hastaneyi etkileyen, şimdiye kadar görülmüş en büyük *Salmonella enteritidis* salgını kalite güvenliği ve hasta emniyeti açısından sürekli ve aktif tıp eğitiminin çok önemli olduğunu göstermektedir. Bir diğer yönden, son zamanlarda artan uluslararası ticaret, turizm ve seyahat aktiviteleriyle, dünyanın çeşitli bölgelerinde süregelen iç savaş dinamikleri dünya ölçeğini küçültmekte ve salgınların çok hızlı bir şekilde yayılmasına neden olmaktadır. Örneğin, son SARS, avian/swine influenza salgınları, içinde bulunduğumuz coğrafyayı yakından ilgilendiren CCHF and Hanta viral hemorajik sendromları, tularemi, erişkin difteri ve boğmaca, salgınların artık tüm dünyanın ortak bir sorunu haline çok süratli bir şekilde gelebildiklerinin kanıtlanmış örnekleridir. Bütün bunlara ek olarak, son zamanlarda çok önem kazanan nazokomiyal enfeksiyonlara medyanın, halkın rutin ilgisi ile tıp hukuku açısından ortaya çıkabilecek sorunlar hastanelerde (özellikle de özel sağlık kuruluşlarında) çevresel emniyet faktörünün ve kalite güvenliliğinin çok önem kazanması gerekliliğini göstermektedir.

Yakın gelecekte:

* yeni veya yeniden önem kazanan bir çok enfeksiyon hastalığı küçük-orta ve büyük çaplı salgınlara yol açacaktır. Örneğin; Tularemi, CCHF, Hanta virus, West Nile Virus, influenza, difteri, boğmaca, kızamık-kızamıkçık gibi.

* yeni tip salgınlar beklenmelidir. Örneğin yaşam tarzının değişmesine bağlı olarak çok hızlı yayılan, terörizm kaynaklı, pandemik ölçeklerde görülebilen ve sosyal olarak insan hayatının akışını değiştirebilen salgınlar görülebilecektir. Bunların sağlık çalışanları ve hasta emniyeti açısından direk etkileri olacaktır.

* ulusal ve uluslararası otorite tarafından meydana getirilmiş, eşgüdüm çerçevesinde salgınların tespiti ve duyarlı popülasyonların izlenmesi açısından şeffaflıkla çalışabilen erken uyarı sistemlerinin gereksinimi olacaktır.

* her düzeydeki sağlık çalışanının bu salgınların oluşmasından önce veya salgın başlar başlamaz kendisini-yakınlarını ve hastalarını koruyabilecek açısından aktif bir sürekli tıp eğitimine ve ayrıca hızla ulaşılabilecek lojistik desteklere gereksinimi olacaktır.

* aktif-pasif immunizasyon, izolasyon gibi koruyucu önlemlerin olası bir hastane açısından hızla uygulamaya sokulması kalite güvenliği için elzemdir.

BİR KAMU HASTANESİNDE KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARININ ÖNLENMESİ VE FARKINDALIĞIN SAĞLANMASI**Meryem ALICI, Şengül GÜNGÖR**
Gölcük Asker Hastanesi, KOCAELİ

Giriş: Hastaneler çalışanları için önemli riskleri taşıyan çalışma ortamlarıdır. Bu riskler arasında ilk olarak akla gelen kesici delici alet yaralanmalarıdır. Sağlık personelinin hastanedeki günlük faaliyetleri sırasında kesici-delici tıbbi aletlerle yaralanmaları halinde, sistematiik enfeksiyon gelişmesi muhtemel olup; bunda yaralanmanın tipi, şekli ve yaralanmaya neden olan kesici-delici aletlerin özelliği de belirleyicidir. Kesici delici alet yaralanmasına neden olan birçok farklı durum vardır. Bunlar; kesici delici aletlerin yanlış kullanımı, güvenli aletlerin uygunsuz kullanımı ve yanlış seçimi, uygun olmayan tekniklerin kullanılması gibi nedenlerdir. Hastanelerde kesici delici alet yaralanmalarını önlemek ve daha güvenli bir iş ortamı oluşturmak için atılacak ilk adım, gerekli prosedürlerin oluşturulması ve yaralanma olasılığını azaltıcı "Standart Önlemler" in uygulanması olmakla birlikte ana ilke konuya bireysel ve birimsel faaliyetler dışında, sağlık kuruluşlarının organizasyonel bir yapı içerisinde bakmasıdır.

Amacı:Bu çalışma hastanemizde temel sağlık bakım hizmeti veren sağlık çalışanlarının kesici-delici aletle yaralanmalarını önlemek, azaltmak, personelin bu konudaki eğitimlerini sağlamak, kesici delici aletle yaralanma prosedürü oluşturmak ve farkındalık sağlamak amacıyla yapılmıştır.
Yöntem:Bu çalışma Gölçük'te bulunan 200 yataklı bir hastanede yapılmıştır. Personelin kesici delici aletle yaralanmalarını önlemek, azaltmak, bu konudaki eğitimlerini sağlamak, kesici delici aletle yaralanma prosedürü oluşturmak amacıyla konuyla ilgili literatür taranarak, yapılan uygulamalar örnek alındı. Kesici Delici Alet Yaralanmalarını önlemek amacıyla koruyucu malzeme tedariki, prosedür ve talimat oluşturulması, kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlara karşı personel taramaları yapıldı. Etkin gözetim-denetim programı oluşturuldu.
Değerlendirme ve Sonuç: Kesici delici alet yaralanma ve önlenmesine yönelik hastanemizde verilen eğitim ve gerçekleştirilen uygulamalar kapsamında; sağlık çalışanları arasında farkındalık gerçekleştirilmiştir. Etkin gözetim-denetim programı ile personelin kesici delici alet yaralanma oranlarının saptanması, nedenlerinin incelenmesi, yaralanan personele uygun tedavi olanaklarının sağlanması, gerekli geliştirme ve önleme alanlarına ilişkin gereksinimlerin tespit edilmesi ve bu problem ile mücadele için pratik stratejilerin oluşturulması sağlanmıştır.
Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, kesici delici alet yaralanması.

KITADAKİ ASKERLERİN EL HİJYENİ VE ETKİLİ EL YIKAMA TEKNİKLERİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİ

ALTINKESER Aysegül*, İNANGİL Demet, YASDIKÇIOĞLU Kamuran***, BATUR Kifayet****, ORHAN Fatih*******
T.S.K. Etimesgut Asker Hastanesi / Ankara/ TÜRKİYE

Anahtar kelimeler: Hijyen, El yıkama tekniği, Asker

Amacı: Askerlerin el hijyeni ve etkili el yıkama teknikleri konusunda bilgi düzeyi ve askerlikleri sürece kaliteyi arttırmak için kullanılan talimat ve eğitimlerin el yıkama alışkanlıklarına etkisini saptamak

Yöntem: KKK. Lojistik Komutanlığı Muhafız ve Hizmet Bölüğünde görev yapan ankete katılmayı kabul eden 109 askere uygulanmıştır. Araştırmacılar tarafından literatür tarandıktan sonra geliştirilen veri toplama formu 2 bölüme ayrılmıştır. 1. bölüm de sosyo demografik veriler, 2. bölümde ise parametrik olmayan el yıkama alışkanlıklarını ölçmek için sorular yöneltilmiştir. Veriler SPSS 15.0 programda yüzdelik ve ki kare testi ile analiz edildi.

Bulgular: Askerlerin yaşları 20 ile 33 arasında olup ortalama yaşları 22,73±2,63 olup, askerlik süreleri 1 ile 15 ay ile ortalaması 9,77± 4,24 dır. Askerlerin % 33,9 lise mezunu ve %88,1 i uzun dönem askerlik yapmaktadır. Bu süre olumsuz alışkanlıkları olumlu alışkanlıklara dönüştürmek için bir fırsattır. Askerler günde ellerini en az 1 en fazla 15 kez ve ortalama 9,77±4,24 tır. Ellerini yıkamak için % 78,2 si sıcak su kullandıklarını ve ellerinin üstünde kuruma, kızarıklık olduğunu dermatit oldukları saptandı. % 48,6'sını en az 15 sn ellerini yıkadıkları bununda etkili ek yıkamak için yeterli süre harcadıkları görülmüştür. Çalışmamız şehir merkezinde yapıldığından askerler el yıkamak için % 80,7 si su ve sabunu kullandıkları ve büyük bir kesim %95,2 si sıvı sabun kullanmaktadır. Kalp sabunun üstünde biriken zararlı bakteri ve mikropları toplu yaşamadan kaynaklanan temas ile oluşabilecek enfeksiyonları önemek amaçlı kurum aldığı tedbirdir. % 89,1 ni ellerini ovaladıkları ve her zaman parmaklarının arasını da% 45 yıkadığını görmekteyiz. Yıkama işlemi bitikten sonra ellerini kurulamak için % 76,1 i kurutma makinası kullandıkları ve o makinaların enfeksiyon yayılımına kaynak olduğunu bilmemekteyiler. Çok küçük bir kısmın % 20,2 si musluğu kapatırken kağıt havlu kullanmamaktadır.% 70,6 sı el yıkama ve hijyen konusunda askerlikleri süresince eğitim almadıkları, eğitim alanlarında % 22,8 i usta birliğinde yani askerliklerinin en uzun dönemini geçtiği yerdir.% 75,2 si uyarıcı levhannın bulunduğu ama bunun içeriğinin su tasarrufu içerdiği, görsel eğitimin önem verilmediği görülmektedir.% 59,6 si askerlerin eğitim almak talebinde bulunmuştur.

Sonuçlar: Askerler etkili el yıkama süresini etkin kullanmakta olup, aile ve toplumda gelişen olumsuz davranışları değiştirmek için, enfeksiyonların yayılımını önlemek için koruyucu program kurum uygulamamaktadır. Halen kurutma makinaları kullanılıp, kağıt havlu kullanımını sağlamak için malzeme temin edilmemektedir. Eller ile % 40 enfeksiyonların yayıldığını ve yayılımı önlemek için eğitime önem verilmediği görülmüştür. Bundan sonra enfeksiyon komitelerinin etkili el yıkama broşürlerin lavabolara asılması ve usta birliklerinde el yıkama ve hijyen konusunda eğitimin verilmesi planlandı.

SALON - II

Oturum Başkanı

Konuşmacılar

HİZMETÇİ EĞİTİMLER, İŞ DURUMU VE KLİNİK RISK YÖNETİMİ İLİŞKİSİ

Uzm. Dr. Süha Şen, Enfeksiyon hastalıkları Uzmanı ve Başhekim yardımcısıTürkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, TÜRKİYE

BİLECİK İLİNDE AİLE HEKİMLERİNİN İŞ MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN PERFORMANSLARINA ETKİSİ

Hemşire Sevgül YILMAZ, Sağlık Memuru Hatice ÇELİK,
Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü, İl Performans Kalite Birim Sorumlusu, Bilecik

ANALJEZİKLERİN KALİTELİ KULLANIMINA İLİŞKİN VERİLEN EĞİTİMİN HEMŞİRELERİN BİLGİ VE UYGULAMALARINA ETKİSİ

FAYDALLI, Saide, Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Aksaray, Türkiye
BAYRAKTAR, Nurhan, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

AYDIN DEVLET HASTANESİ ÇALIŞANLARININ HİZMET İÇİ EĞİTİME YÖNELİK DÜŞÜNCE VE BEKLENTİLERİ

Hatice Bircan, Sibel Şeker, **Meryem Karabulut**
Aydın Devlet Hastanesi, Aydın, Türkiye

HEKİM VE HEMŞİRELERDE KURUM BAĞLILIĞININ İŞTEN AYRILMA ÜZERİNE ETKİSİ

1. ÖZKAN Serpil, 2. KURT DURMUŞ Meral, 3.ÇİFTLİK Emine Elvan, 4.ÇOBAN Didem, 5. KESGİN Vildan, 6.YİĞİT Özgür
Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İNSÜLİN TEDAVİSİ ALAN DİYABETLİ HASTALARDA DİYABET EĞİTİM HEMŞİRESİNİN VERDİĞİ EĞİTİMLERİN İNCELENMESİ

BAL Ahmet, **KURT Nebiha**, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi -Giresun-TÜRKİYE

SALON - III

Oturum Başkanı

Konuşmacılar

RISK YÖNETİMİNDE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

Dr. Gürbüz AKÇAY, Baştabip, Kalite Koordinatörü, Servergazi Devlet Hastanesi / DENİZLİ

BİR EĞİTİM HATANESİNDEN POLİKLİNİK HİZMETİ ALAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYİ

Yalcinkaya Serpil*, Yıldırım Aysegül** , Sagbas Ozlem***
*Sağlık Bakanlığı , Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İSTANBUL
**Marmara Univ. Sağlık Bilimleri Fak.SağlıkYon. B.Sağlık Ekonomisi A.B.D, İSTANBUL
***Sağlık Bakanlığı , Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNDE, TEDARİKÇİLERİN DEĞERLENDİRMESİ

Bal Ahmet, **Yılmaz Hatice**, Çalış Aynur,
Prof. Dr. A.İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

BİLGİ GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMLERİ SERTİFİKASYON VE UYUMLULUĞUN SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ ÖNEMİ

Kaya, Lami
Alfred Üniversitesi, Türkiye Kampüsü, Bakırköy-İstanbul,Türkiye

12:15 – 13:00

Kongre Kapanışı

Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü , TÜRKİYE

SÖZLÜ SUNUMLAR

11:00 – 12:30 **PARALEL OTURUMLAR I**

SALON - III

Moderatör

KLİNİK RİSK İYİLEŞTİRME YÖNTEMLERİ

Prof. Dr. Fikriye Uras, Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, İstanbul, **TÜRKİYE**

Konusmaclar

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ HEDEFLERİNE YÖNELİK UYGULAMALAR (BSK METROPARK HASTANESİ ÖRNEĞİNDE YAPILAN MİKRO ÇALIŞMA)

ALKAYA Özlem :

BSK Metropark Hastanesi , Adana , Türkiye

AMAÇ : JCI Akreditasyon Standartlarının en önemlilerinden sayılan Hasta Güvenliği Hedefleri ile ilgili çok farklı hastanelerde farklı uygulamalar yapılmaktadır. Bu uygulamalarla ilgili olarak BSK Metropark hastanesi örneğinden yola çıkarak yapılan çalışmalar ve sonuçlarını paylaşarak ortak bir hareket biçimi oluşmasına katkıda bulunmaya çalıştık.

BULGULAR VE SONUÇ

Çalışmada 6 Uluslararası Hasta Güvenlik Hedefinin her bir ölçülebilir bileşeni için neler yapıldığını ve sonuçları özetleyerek çalışmaya çaba gösterdik.

HASTA KİMLİĞİNİ DOĞRU TANIMLAMA da kullanılabilecek ve kullanılan yöntemlerin karşılaştırmalarını yaptık en etkin yöntemi saptamaya çalıştık.

ETKİLİ İLETİŞİMİ GELİŞTİRME için kullanılabilecek ve kullanılan yöntemlerin karşılaştırmalarını yaptık en etkin yöntemi saptamaya çalıştık

YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN GÜVENLİĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ amacıyla departmanlara göre kullanılan ilaçları sınıfladık ve her bir departmandaki risklere karşı alınması gereken önlemleri ,ayrıca depolama , dağıtım ve kullanımda ki riskleri karşılaştırdık

DOĞRU TARAF , DOĞRU HASTA , DOĞRU PROSEDÜR için kullanılan temel yöntemleri tartıştık

HASTANE ENFEKSİYONLARININ İZLENMESİ için kullanılan yöntemleri , surveyans kriterlerini tartıştık

DÜŞME RİSKİ ile ilgili aldığımız ve uyguladığımız yöntemleri tartıştık.

Uygulan yöntemlerin etkinliğini ölçümlemede kullandığımız indikatörlerle sayısal veriler olarak ele aldık. Her bir sonuç için uygulanmış kullanılan iyileştirme yöntemlerini tartıştık.

Yöntemlerden doğruluğuna karar verdiklerimizi sonuç olarak sunduk.

SERVERGAZİ DEVLET HASTANESİNDE "SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI VE KORUNMASINA İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ"E UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Gürbüz Akçay, 2. Hatice Erbeyin, 3. Ahmet Baloğlu, 4. İsmail Dönertaş, 5. Meral Gürhan, 6. Yavuzhan Baloğlu, 7. Saliha Koçoğlu, 8. Osman Okumuş,

9. Şaban Filiz

Servergazi Devlet Hastanesi, Türkiye

Servergazi Devlet Hastanesi, Denizli, Türkiye

Özet

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve güvenli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için hastanemizin "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ"e uyumunu Entegre Yönetim Sistemi Göstergeleri İzleme ve Değerlendirme Planı (P-08)' nda belirtilen periyotlarla ölçmek, izlemek, değerlendirmek amaçlanmıştır.

Hastanemizde Tebliğin gerekliliklerinin yerine getirilmesi için Hasta ve Çalışan Güvenliği Prosedürü (PRO-31) ve ilgili talimat ve formlar oluşturularak tüm çalışanlara eğitim verilmiştir. Bu Tebliğ aynı zamanda hastanemizde kurulu olan ISO 18001:2008 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi'ne entegre edilmiştir.

Bu çalışmaların hastanemizde gerçekleşmesini, takibini ve kontrolünü sağlamak amacı ile İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu (= Hasta ve Çalışan Güvenliği Kurulu=Tesis Güvenliği Ekibi) kurulmuştur. Tebliğde yer alan Madde 8-19'a ait tüm bentler ölçülebilir bileşen haline getirilerek, 80 ölçülebilir bileşenden oluşan

Hasta ve Çalışan Güvenliği Değerlendirme Formu hazırlanmıştır. Kurul tarafından periyodik aralıklarla ölçülebilir bileşenler puanlandırılarak ilgili tebliğ uyum oranımız ölçülmektedir.

Aralık 2009'da yapılan ölçümde tebliğ uyum oranı % 70 olup bir takım iyileştirme çalışmalarında bulunulmuş ve kurul tarafından izlenilmiştir. Temmuz 2010'da yapılan ölçümde ise tebliğ uyum oranı % 86, Ocak 2011'de %96 olarak değerlendirilmiştir. Hastanemizde uygulanmayan tebliğ maddeleri değerlendirilerek düzenleyici/önleyici faaliyetler başlatılmış ve iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta ve Çalışan Güvenliği, Ölçme, İzleme ve Değerlendirme

1. Servergazi Devlet Hastanesi Baştabibi,
2. Servergazi Devlet Hastanesi Performans ve Kalite Temsilcisi,
3. Servergazi Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı
4. Servergazi Devlet Hastanesi Müdür Yardımcısı
5. Servergazi Devlet Hastanesi Başhemşire Yardımcısı
6. Servergazi Devlet Hastanesi, Mühendis
7. Servergazi Devlet Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi
8. Servergazi Devlet Hastanesi Başteknisyeni
9. Servergazi Devlet Hastanesi

KLİNİK BAKIM HARİTALARININ MULTİDİSİPLİNER HASTA BAKIMININ GELİŞTİRİLMESİNDEKİ ROLÜ

ÖZTÜRK Nihan, ŞİPKA Ali Galip, KURT Emine

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi / İstanbul / Türkiye

AMAÇ: Belli bir tanı ile gelen tüm hastalara klinik bakım haritası kullanılarak gereken minimal bakım standartlarının multidisipliner olarak değerlendirilmesi, hasta güvenliğini riske sokan faktörlerin azaltılması, bakımın sürekliliğinin sağlanması, uygulamaların ölçülebilirliğinin temini; hasta bakım standartlarını ulusal ve uluslararası seviyeye taşınmasında iyileştirmelere veri teşkil etmesidir. **MATERYAL VE METOD**

- Sık yapılan ve riskli işlem olarak değerlendirilen işlemler belirlendi.
- Multidisipliner ekipler oluşturulup, süreç akışı çizildi.
- Belirlenen işlemlerin Klinik Bakım Haritaları, ulusal ve uluslararası yayınlar, sağlık çalışanlarının tecrübeleri ile yasa ve yönetmelikler göz önünde bulundurularak tüm disiplinlerin katılımı ile hazırlandı.
- Disiplin, yapılan iş ve zaman planlamasının izlenebilmesine olanak sağlandı.
- Kurum format dokümantasyonu hazırlandı ve ilgili kullanıcılara eğitimleri verildi.
- Örneklem metodunu izlenerek Sectio Klinik Bakım Haritası seçildi ve analizleri yapıldı.

Kullanım yöntemleri

- Hastanın tanısına göre kabul edildiği birimde Klinik Bakım haritası dosyasına yerleştirilir.
- Hastanın Tanımlaması yapıldıktan sonra Kimlik Barkodu Klinik Bakım haritası Formuna yapıştırılır.
- Her kolona ilgili günün tarihi yazılır.
- Günlük olarak tüm disiplinler tarafından takip edilir.
- Haritayı dolduran kişiler, gerçekleşmeyen bölüm için gerçekleşme nedeni belirtilir.
- Gerçekleşen uygulamalar tik işareti ile belirtilir. Yapılmayanlar boş bırakılır.
- Altı aylık periyotlar ile analizi yapıldı. Analizde kullanım oranı, sapma değerlendirilmesi göz önüne alındı.

BULGULAR

- İlk değerlendirmede Genel Sectio Klinik Bakım Haritası kullanım oranı %91,8 olarak bulundu.
- İlgili döneme ait 184 sectio hastasına Klinik Bakım Haritası uygulandı. Her bir haritada minimumda uygulanması gereken 121 kriter tespit edildi. Toplamda 17908 kritere uygulama analizi yapıldı.
- Klinik Bakım haritasının, hastanın yatış gününe uygulanma oranları incelendiğinde, en yüksek uygulama oranını %82 ile pre-op dönem olduğu tespit edildi.
- Ölçümü yapılan kriterlerden (17908) %9'unda (1529) uygulama eksikliği tespit edildi.
Kök Neden Analizi: Yapılan kök neden analizi sapma değerlendirmesinde 1529 uygulanmayan kriterden sadece 160 kriterin sapma gerekçesinin yazıldığı görüldü.

Toplam 121 kriter içerisinde %75 ve altında uyum gösteren 43 kritere ait verilere Kók Neden Analizi uygulandı.

Uygulama Kararları: Belirlenen uyum sapmasına göre ve kullanım oranı %75 altında olan alt kriterlerin Sağlık Bakanlığı kılavuzlarına ve uluslararası tıbbi yayınlara göre Sectio Klinik Bakım Haritasının Revizyonuna;

- o Sapma sonuçlarına göre iyileştirme yapılabilmesi ve ulaşılabilmesi için sapma sonuçlarının yazılacağı bölüm bakım haritasının arkasına eklendi.
- o Sağlık Bakanlığı gerekliliklerine ve bölüm hekimleri tecrübe ve isteklerine göre ilaç orderları yeniden düzenlendi.
- o Revizyon esnasında operasyon sürecinin de garanti altına alınması için operasyon bölümü eklendi.

Hedeflenen Sonuçlar:

- Sapma sonuçlarının etkin analizi ile Klinik Bakım haritası kullanım oranının %95 üzerine çıkartarak;
 - o Multidisipliner hasta bakımının sağlanması
 - o Hasta güvenliğinin artırılması
 - o Bakımın sürekliliğinin, ölçülebilirliğinin temini,
 - o Yapılan girişimlerin etkinliğini denetlenmesi;
 - o Bakıma ait maliyet ve iş gücü analizlerinin yapılması
 - o Hasta bakım standartlarını ulusal ve uluslararası seviyeye taşınmasının sağlanması ve iyileştirmelere veri teşkil etmesi hedeflenmiştir.

SONUÇ

- Hasta bakım sürekliliği ve ölçülebilirliği,
- Hasta güvenliği ve yapılan girişimlerin etkinliği,
- Hasta bakımının ulusal ve uluslararası düzeye taşınmasının sağlanması

Klinik Bakım Haritası kullanım oranının %98,7'ye çıkarılarak temin edilmiştir.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ SÜREÇLERİNDE HATA TÜRLERİ VE ETKİLERİ ANALİZİ (HTEA) ÇALIŞMASI

SİPKA, Ali Galip, ÜNSAL, Mehmet, KURT Emine, KESKİN, Ali Ümit,
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi / İstanbul / Türkiye

AMAC: Yeditepe Üniversitesi Hastanesi ve Bağlı Kurumlarında hasta ve çalışan güvenliğini etkileyen süreçlerde oluşabilecek risklerin belirlenmesi, belirlenen risklere karşı önlem alınması, eksikliklerin giderilmesi, oluşabilecek zararın azaltılması ve sonuçlarının izlenmesi.

MATERYAL VE METOD:

- Hasta ve Çalışan güvenliği işleyişinde aktif görev alan, yöneterek akışları takip edebilecek, süreç hakkında uzman kişilerden bir ekip ve ekip lideri seçildi.
- Seçilen ekip ile yapılan toplantıda beyin fırtınası ile süreç adımları ve her bir adım için olası riskler belirlendi.
- Belirlenen her bir adımın risk öncelik puanının hesaplanmasında (olasılık x şiddet x Fark edilebilirlik/10) formülünün kullanımına karar verildi.
- Olasılık kriterleri olarak ;işin yapılma sıklığı (15% etkili), personelin eğitim ve bilgi düzeyi (15% etkili), ekipman teknolojisi ve yeterliliği (15% etkili), işin yapılma süresi (15% etkili), ortam şartları (15% etkili), geçmişte yaşanma sıklığı (25% etkili) belirlendi. Ve kriterlerin alt çarpanları tanımlandı.
- Hatanın şiddetinin hesaplanması kriterleri olarak; hasta üzerindeki zarar (40% etkili), çalışan üzerindeki zarar (30% etkili), markaya verilen zarar (10% etkili), binaya verilen zarar (10% etkili), kullanılan ekipman üzerindeki zarar (10% etkili) olarak belirlendi. Ve şiddet kriterlerinin alt çarpanları tanımlandı.
- Fark edilebilirlik çarpanına ait her bir katsayı, fark olma olasılığı düşüktüğü risk öncelik puanını arttıracak şekilde olmasa sağlandı.
- Risk öncelik puanının hesaplanmasında; 100 üzerinden; 0 ile 7,5 arasında çıkıyor ise düşük risk olarak değerlendirilmesi ve eylem planlanmamasına, 7,6 ile 15 arasında çıkıyor ise orta risk olarak değerlendirilmesine ve oluşabilecek riskin nedeni araştırılarak gerek duyulursa eylem planlanmasına, 15,1 ile 30 arasında çıkıyor ise yüksek risk olarak değerlendirilmesine ve eylem planlanmasına, 30'un üzerinde çıkıyor ise kabul edilemez risk olarak değerlendirilmesine ve riskin gerçekleştiği bölümdeki işleyişin durdurulmasına karar verildi.
- 1. değerlendirme sonrasında karar ağacı uygulaması ile hangi eylemin uygulanacağına kararı verildi.
- Eylemler sonrasında tekrar değerlendirme yapılarak, değerlendirme sonuçları başarı oranı belirlendi.

BULGULAR:

- Beyin fırtınası sonucunda belirlenen 11 süreç adımına ait 73 adet risk tespit edildi.
- HTEA 1. değerlendirme sonucunda 17 tanesi orta riskli, 3 tanesi yüksek riskli ve eylem planlaması yapılması zorunlu risk tespit edildi.
- Eylemlerden sonra yapılan tekrar değerlendirme sonucunda değiştirilemez ancak kontrol altına alınabilecek 2 tane orta risk tespit edildi.

SONUÇ:

Yapılan HTEA çalışmasıyla kurumda belirlenen hasta ve çalışan güvenliği süreç adımlarında, orta ve yüksek risk oranı %27'den %2'ye düşürülmüştür. HTEA'nın başarısı multidisipliner ekip çalışması, üst yönetimin desteği ile kanıtlanmış ve kurumun hasta ve çalışan güvenliği kültürünü benimsediği görülmüştür.

SALON - IV

KLINİK RİSK YÖNETİMİNDE HASTA ALGILAMALARI

Moderatör

Uzm. Dr. Süha Şen, Enfeksiyon hastalıkları Uzmanı ve Başhekim yardımcısı Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, TÜRKİYE

Konuşmacılar

YATAN HASTALARDA VİTAMİNLER VE BİTKİSEL ÜRÜNLERİN KULLANIM SIKLIĞI, İLAÇ ETKİLEŞİMLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ YÖNÜNDEN ÖNEMLİ GÜMÜŞ ZEKERİYA, Sağlam Zeynep,
Ordu Devlet Hastanesi, Ordu/Türkiye

Amaç: Son yıllarda tamamlayıcı alternatif tıp, bitkisel ürün kullanımını giderek artırmıştır. Bu çalışma; yatan hastalarda bu ürünlerin kullanım sıklığını, ilaç etkileşimlerini ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem ve Gereç: Araştırma diyet hizmeti verilen 220 yatan hastaya uygulanmıştır. Veriler SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiş ve ki kare testi ile istatistiksel anlamlılık analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların %49,5'i erkek, %50,5'i kadın, yaş ortalaması 65,41'dir. %45,0'nin okur-yazarlığı yoktu ve %50,5'i kırsal bölgede yaşıyordu. En sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon %48,2, diyabet %32,7 ve kardiyovasküler hastalık %31,4'dü. Vitamin kullanım oranı %8,2, bitkisel ürün kullanımı %48,6'dır. Bu hastaların %40,5'i yakın çevresinden, %7,7'si televizyondan bilgi edindikleri görüldü.

Sonuç: Yaşlı hastalarda hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısındaki artış, eğitim düzeyi, bilgi eksikliği ve yanlış bilgilendirme risk faktörleri olarak bulunmuştur. Bitkilerin tıbbi amaçlı kullanımında hasta güvenliğini tehdit edebilecek durumlara karşı hastaların muayene ve tedavileri sırasında doktor ve hemşire tarafından vitamin ve bitkisel ürün kullanıp kullanmadığı sorgulanmalı, hastaya eğitim verilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: tamamlayıcı alternatif tedavi, vitaminler, bitkisel ürünler, ilaç etkileşimi, hasta güvenliği

GENEL CERRAHİ SERVİSİNDE HASTA VE HEMŞİRELER TARAFINDAN HEMŞİRELİK BAKIM KALİTESİNİN ALGILANMASI

Kursun Şerife, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Konya-Türkiye
Kanan Nevin, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul- Türkiye

Amaç: Bu çalışma, genel cerrahi servisindeki hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesini algılamaları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. **Yöntem:** Tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipteki çalışma, Kasım 2008-Nisan 2009 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa ve İstanbul Tıp Fakülteleri Genel Cerrahi Servislerinde, 366 hasta ve 103 hemşire ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri, "Hasta Bilgi Formu", "Hemşire Bilgi Formu" ve "Bakım Davranışları Ölçeği-24" kullanılarak toplandı. Veri analizinde sayı, yüzde, puan ortalaması, t testi, F testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan hastaların %84,7'sinin ve hemşirelerin %28,2'sinin hemşirelik bakımını yeterli buldukları, bakımı yetersiz bulma nedeni olarak hastaların, hemşirelerin iş yükünün fazla olması, hemşirelerin ise hasta bakımı dışında servisin iş yükünün fazla olmasını ifade ettikleri belirlendi. Hastaların, Bakım Davranışları Ölçeği-24 bilgi-beceri (t=2.670, p=0.008) ve saygılı olma (t=3.411, p=0.001) alt boyutları ile toplam puan (t=2.286, p=0.023) ortalamalarının hemşirelerden düşük olduğu, güvence (t=0.873, p=0.384) ve bağlılık (t=1.921, p=0.056) alt boyutlarında ise fark olmadığı belirlendi. Hastaya ait yaş, sosyal güvence varlığı, sorun/komplikasyon gelişme durumu, bakımın yeterli bulunması, bilgi ve bakım alma gibi özellikler ile hemşireye ait genel cerrahi servisinde isteyerek çalışma, hemşire başına düşen yatak sayısı, serviste yapılan günlük cerrahi girişim sayısı ve bakımın yeterli bulunması gibi özelliklerin bakım kalitesinin algılamasını etkilediği saptandı.

Sonuç: Sonuç olarak, hastaların bakım kalitesini algılama düzeyinin, hemşirelerden düşük olduğu belirlendi. Hemşirelik bakım kalitesi algılamasının hasta ve hemşireye ait özelliklerden etkilendiği görüldü.

Anahtar kelimeler: Genel cerrahi, hasta, hemşire, hemşirelik bakımı, kalite

Gündoğdu Seval, Bakır İhsan, Mendeş Hatun
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç:Bu araştırma, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğinde yatan hastaların tıbbi hatalarla ilgili görüşlerini ve bu görüşleri etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:Araştırmanın evrenini 10 Ocak-10 Şubat 2011 tarihleri arasında İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğinde yatan 140 hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, araştırmaya katılmayı kabul eden 106 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada 39 sorudan oluşan "Hasta Güvenliği Anket Formu" kullanılmış, veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular:Hastaların %66,4'ü hemşirelerin sayı olarak yetersiz olmasının, %87,9'u uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stresin, %79,4'ü iletişim bozukluğunun, %73,8'i ekip çalışmasının olmamasının, %70,1'i sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olmasının, %74,8'i doktorların hastalara yeterince vakit ayırmamasının, %74,8'i mesleki eğitiminin yetersiz olmasının, %63,6'sı doktorların el yazılarının okunaklı olmamasının tıbbi hataların meydana gelme sebepleri arasında sayıldığını belirtmiştir. Hastaların %65,4'ü yapılan hataların hastaya açıklanması gerektiğini, %37,4'ü ise hatayı yapan sağlık çalışanının dava edilmesini gerektiğini düşünmektedir. %44,9'u hatanın sorumlusu olarak hatayı yapan kişiyi, %8,4'ü hatanın yaşandığı kurumu ve %43,9'u her ikisini de sorumlu tutmaktadır. %52,3'ü tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu olduğunu, %50,5'i hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payının biraz olduğunu belirtmiştir. %43,9'u tıbbi hatalar konusunda sıklıkla ara sıra duyum aldıklarını, %57'si tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığına güvenmediğini belirtmiştir. Hastaların %23,4'ü kendisinin, %14'ü ise ailesinden birinin sağlık bakımı alırken tıbbi hataya maruz kaldığını belirtirken, %6,5'i kendisinin ve %8,4'ü ailesinden birinin hatayla karşılaşma durumunu bilmediğini belirtmiştir. Ekonomik durumları iyi ve orta (%87,8) olanlar, ekonomik durumları kötü (%56,3) olanlara göre tıbbi hataları en çok hekimlerin yaptığını düşünmektedir (p=0,02 x²=5,13). Yaşamının büyük bir bölümünü kentsel kesimde (%59,2) geçirenler, kırsal kesimde (%35,5) geçirenlere göre tıbbi hataları önlemede hastaların sorumluluğunun daha fazla olduğunu düşünmektedir (p=0,03 x²=6,57). Yaşamının büyük bir bölümünü kentsel kesimde geçirenler, kırsal kesimde geçirenlere göre tıbbi hataların meydana gelme sebebi olarak en fazla iletişim bozukluğunu (Kentsel:%85,5 Kırsal:%64,5 p=0,03 x²=4,73), ekip çalışmasının olmamasını, (Kentsel:%80,3 Kırsal:%58,1 p=0,03 x²=4,53), sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olmasını (Kentsel:%77,6 Kırsal:%51,6 p=0,01 x²=5,92) düşünmektedirler. 51-60 yaş arasında olanlar (%87,9), 60 yaş üzerinde olanlara (%57,1) göre tıbbi hataların meydana gelme sebebi olarak sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olmasını daha fazla düşüncelerinde (p=0,02 x²=9,45). Yaşamının büyük bir bölümünü kentsel kesimde geçirenler (%72,4), kırsal kesimde geçirenlere (%48,4) göre tıbbi hata olması durumunda tutum olarak sağlık çalışanlarının yapılan hatayı hastaya açıklaması gerektiğini daha fazla beklediği görülmüştür (p=0,03 x²=4,59). Yaşamının büyük bir bölümünü kentsel kesimde geçirenler (%25) kırsal kesimde geçirenlere (%54,8) (p=0,006 x²=7,50) ve ekonomik durumu iyi olanlar (%22,2), kötü olanlara (%54,5) göre tıbbi hata olması durumunda hastadan özür dilenmesi gerektiği düşüncesine daha az katılmaktadır (p=0,009 x²=9,36).

Sonuç:Hastalar tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığına güvenmemekte, hatalardan kendilerini koruyabilme payının biraz olduğunu düşünmekte ve yapılan hataların kendilerine açıklanmasını istemektedirler

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HASTA HAKLARI BİRİMİNDE GÖRÜŞÜLEN KONULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. KURT DURMUŞ Meral 2. ÇOBAN Didem 3. ÖZKAN Serpil 4. BORA Fatih 5. ÇİFTLİK Emine Elvan 6. KESGİN Vildan 7. YİĞİT Özgür
Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hasta hakları sağlık hizmeti alan kişilerin sağlık kurumları ve sağlık personeli karşısındaki haklarını tarif eden bir kavramdır. Bu haklar; sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimi olan fertlerin sırf insan olmaları nedeniyle sahip buldukları hakları kapsamakta ve gerek ulusal gerekse uluslararası anlaşmalarla teminat altına alınmışlardır (Ocağa E;2004, Erdemir AD;2000). Hasta hakları ve hasta memnuniyetinin günümüzdeki önemi göz önünde bulundurulur; sağlık hizmeti sunan kurumların, hastaların hakları ve memnuniyetleri doğrultusunda ortaya çıkacak gereksinimlere cevap verecek uygun çözümler geliştirmeleri gerekmektedir.

2008-2009 ve 2010 yıllarında hasta hakları birimine başvuran hastaların (n=946) başvuru nedenleri ve sorunlarının çözümleri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalarımızın 432'si erkek, 514'ü kadındır. Eğitim düzeyleri 20 sinin okuma yazması olmadığı,142 sinin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. 737 şikâyetin yerinde, 209 şikâyetin ise kurulda çözüme ulaştığı tespit edilmiştir. Sorunların 174 adedinin uzman hekimlerden, 41 'inin ise hemşire kaynaklı olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hasta hakları, sağlık personeli, memnuniyet

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GEVHER NESİBE HASTANESİNDE HASTA VEYA YAKINLARININ MEMNUNİYET VE ŞİKÂyetLERİNİN BİRE BİR GÖRÜŞME YÖNTEMİ İLE BELİRLENMESİ

1-Tülin Filik 2-Demet Ünalın 3-Hatice Uysal 4-Özcan Özyurt 5-Ali Ölçmen Kara
1 Müdür Yrd., 2 Doç.Dr., 3 Başhemşire Yrd., 4 Başmüdür, 5 Sosyal Çalışmacı
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri, Türkiye

Giriş ve amaç: Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Müracaat, şikâyet ve dava hakkı bölümünde; "Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakkı vardır" denilmektedir. Bu çalışmanın amacı Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesinde yatan hastaların veya yakınlarının aldıkları hizmete ilişkin şikâyet ve memnuniyetlerinin yüz yüze görüşme yöntemi ile belirlenmesidir.

Materyal-metod: Bu çalışmada; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesinde, Ocak - Aralık 2010 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 117 hasta, 23 hasta yakını olmak üzere toplam 140 kişi ile yüz yüze ve derinlemesine görüşme tekniği ile hastane hizmetlerine yönelik şikâyet ve memnuniyetler belirlenmiştir. Görüşmeler; hastane müdür yardımcısı, başhemşire yardımcısı ve sosyal çalışmacı tarafından, ancak idaredeki konumunu belirtmeden; 17 (6 dahilli,11 cerrahi) klinikte (şikâyetlerin yoğun şekilde bildirildiği kliniklerde daha sık olmak üzere), görüşmeyi kabul eden ve görüşme için uygun durumda olan, 18 yaşından büyük hastaların kendisi ile çocuk hastaların ise yakınları ile yapılmıştır. İstatistiksel analizde yüzde dağılım kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada, 117 (%83.6) yatarak tedavi gören hasta, 23 (%16.4) hasta yakını ile görüşme yapılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 49.63±21.52 olup, % 49,3'ü kadın, %50,7'si erkek idi. Görüşmeler sırasında; genel olarak bütün hizmetlerde % 62.6, hasta tedavi ve bakım hizmetlerinde %20.9, halkla ilişkiler ve iletişimde %8.6, idari hizmetlerinde % 5.8, beslenme ve diyet hizmetlerinde %1.4, ev idaresi hizmetlerinde %0.7 oranlarında memnuniyet belirtilmiştir. Ev idaresi hizmetlerinde % 40.0, fiziksel alt yapıda %20.0, beslenme ve diyet hizmetlerinde %15.0, halkla ilişkiler ve iletişimde %15.0, teknik hizmetlerinde %6.7 ve tanı ve tedavi hizmetlerinde %3.3 oranında şikâyet bildirilmiştir. Ayrıca; hasta ve hasta yakınlarının aldıkları hizmetlere ilişkin önerileri arasında; en fazla tuvalet ve lavaboların temizliği (%13.2), tedavi ortamının bakım ve temizliğinin artırılması (%11.2) ile beslenme ve diyet hizmetlerinin kalitesinin artırılması (%7.2) konusunda olmuştur.

Sonuç ve öneriler: En az memnun olunan aynı zamanda en fazla şikâyet edilen konu ev idaresi hizmetleri idi. Şikâyet edilen konulara paralel olarak en fazla öneri temizlik ve beslenme konusunda olmuştur. Bu tespitler doğrultusunda hastane yönetimi ile temas kurularak gerekli düzenlemeler hususunda görüş bildirilmiştir. Hasta ve refakatçilere geri bildirimde bulunulmuştur. Hasta ve refakatçi ihtiyaçlarının öneminin kavranarak bu ihtiyaçların sürekli ve istikrarlı bir şekilde karşılanması hasta memnuniyetinin artmasında önemli bir husustur.

Anahtar kelime: Hasta, Hasta yakını, Hastane hizmetleri, Memnuniyet, Şikâyet

1. Bal Ahmet, 2. Memiş Resmiye, 3. Yıldız Adnan, 4. Çalış Aynur, 5. Yılmaz Hatice, 6. Korkmaz Günay,
Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

Amaç: Tıptaki gelişmeler, kronik hastalıkların ve yaşlı nüfusun artması, uzun dönemli bakım giderlerinin hızla artmasını neden olmuş ve bu nedenle de yeni hizmet sunum modelleri arayışı gündeme gelmiş ve dünyada birçok ülke pahalı olan kurum hizmeti yerine evde bakıma doğru yönelmiştir. Hastanemizde yeni kurulan evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesine yönelik geliştirilen hastanemize özgü modelin çalışmalarını değerlendirip iyileştirme alanlarını belirlemektedir.

Yöntem: Evde sağlık biriminin hizmet verdiği Ağustos – Aralık 2010 dönemi çalışmaları değerlendirilmiştir. Değerlendirme hizmet alanlarının durumlarının saptanması amacı ile yaş, cinsiyet, sosyal güvence, teşhis, hizmet alma şekilleri, hizmet veren personel durumu konuları ele alınmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesine yönelik çalışma esaslarının tanımlanma ve uygulama boyutları incelenmiştir.

Bulgular: Ağustos – 31 Aralık 2010 döneminde 63 hasta birime başvurmuştur. Evde Sağlık Hizmeti birimine yapılan başvuruların % 19,05'inin diğer kişi ve kurumlarca, % 80,95'inin ise aile bireylerince yapıldığı görülmüştür. Yatan hastalardan, taburculuk aşamasında Evde Sağlık Hizmetlerine başvuru olmamıştır. Başvuranların hepsi evde bakıma alınmıştır. Tüm hastalara tıbbi destek ve eğitim hizmeti verilmiştir.

Hastaların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 3'ünün 19 – 45 yaş, % 6'sının 46 – 65 yaş, % 40'ünün 66-70 yaş, % 30'unun 76-80 yaş, % 16'sının 81 – 85 yaş, % 2'si ise 86 – 90 yaş ve % 3'ünün 91 yaş üstü grubunda oldukları görülmüştür. Başvuran hastaların % 65'i kadın % 35 erkektir. Başvuranların % 79,37'si Sosyal Güvenlik Kurumu, % 20,63'nü ise Yeşil Kartlıdır.

Hastalar tanılarına göre incelendiğinde % 51,30 Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar, % 16,52 Kardiyovasküler hastalıklar, % 11,30 Ortopedi ve travmatoloji hastalıkları, % 10,43 Kronik hastalıklar, % 6,96 Diğer hastalıklar, % 2,61 Hematolojik ve onkolojik hastalıklar ve % 0,87 Akciğer ve solunum sistemi hastalıkları tespit edilmiştir. Evde sağlık hizmeti verilen hastaların tanı sayılarına göre incelenmesinde hastaların % 38,10'nun sadece 1 hastalık tanısı % 38,10'nun 2, % 17,46'sının 3, % 4,76'sı 4, % 1,59'nun ise 6 tanısı olduğu görülmektedir.

Evde sağlık hizmeti veren personel durumunda ise hastalara birim çalışanları hizmet vermiştir. Gereğinde hizmet vermesi gereken diyetisyen, diyabet hemşiresi, psikolog, sosyal çalışmacı gibi meslek grupları hizmet vermemiştir.

Evde sağlık hizmeti birimi çalışma tanımlanmasında, görev tanımlarının yapıldığı, çalışma talimatlarının oluşturulduğu, hasta değerlendirme ve izleme, tedavi ve bakım, hasta onamı, eğitim, randevu vb. hizmetlerin tanımlanarak kayıt altına alındığı dokümantasyon sisteminin uygulanmaktadır.

Sonuç: Kurumumuzda, Evde Sağlık Hizmetleri uygulaması yeni başlamış olmasına rağmen, incelenen süre içerisinde 63 hastaya hizmet vermiştir. Evde Sağlık Hizmetleri Yönergesine göre oluşturulan hizmet verme modeli uygulanmaktadır. Modelin uygulanmasında Evde Sağlık Hizmeti Birimi dışındaki personellerinde hizmete dahil edilmesi ve taburculuk aşamasında hizmet alması gereken hastaların birime yönlendirilmesi konuları iyileştirilme alanları olarak belirlenmiştir. Evde Sağlık Hizmeti alması gereken hastalara kaliteli sağlık hizmeti sunarak memnuniyetlerini sağlamaya yönelik çalışmalarımız devam edecektir.

Anahtar Kelime: Evde Sağlık Hizmeti 1, Kronik Hastalık 2, Memnuniyet 3.

GİRESUN AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ'NDE PROTEZ HİZMETLERİNDE HATA DEĞERLENDİRMESİ VE İYİLEŞTİRİLMESİ:

YILMAZ, Hülya.

Giresun Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi / Giresun / Türkiye

AMAÇ:Giresun Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi'nde, hastalara verilen protez hizmetlerinde hatalı protezlerin değerlendirilmesinin yapılması amacıyla kurulan Protez Muayene Komisyonunun, 2010 yılı çalışmalarının değerlendirilmesi ve bu anlamda yapılan iyileştirme çalışmalarının paylaşılmasıdır.

YÖNTEM:Giresun Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde verilen protez hizmetine karşılık, protez hizmetinden memnun olmayan hasta sayısı oranları ve yapılan iyileştirme çalışmaları değerlendirilmiştir.

GİRİŞ: Bir hastanenin kendisinin tasarlayarak belirlediği standartlara uygun hizmet üretmesi kadar, bu uygunluğun geri bildirim olan müşteri tarafından algılanan kaliteye yönelik sistematik çabalara da girmesi gerekli hale gelmektedir. Bu bağlamda da hastane işletmeciliğinde müşteri (hasta) tatmini kavramı önemli hale gelmektedir. (<http://umitsahin.com>)

Avrupa Kalite Kontrol Örgütü (EQQC) ile Amerikan Kalite Kontrol Derneğince benimsenen kalite tanımı şu şekildedir: "Kalite, bir ürün ya da hizmetin, belirlenmiş bazı ihtiyaçları karşılamadaki yeterliliğine ilişkin özelliklerinin tümüdür."

Hizmetlerdeki kalite için "Hizmet Kalitesinde Denge Üçgeni"nin göz önünde tutulması gerekir

Bu üçgen eşkenar bir üçgen olup kenarlar üç bileşeni ifade etmektedir:

-İnsan,

-İşlemler, çevre ve süreç,

-Teknoloji ve profesyonel özellikler,

Bunların herhangi birine ağırlık veya öncelik vermek kaliteyi etkileyecektir. (Hayran ve Uz)

Sağlık Hizmetlerinde KALİTE GÜVENCESİ, mevcut performansın ölçülmesi ve bu düzeyin istenilen veya normatif performansla karşılaştırılarak aradaki farklılığı yaratan nedenlerin ortadan kaldırılmasıyla, tekrar uygulamaya geçilmesidir. (Hayran ve Uz)

Kalite iyileştirme bir felsefe olarak kabul edilmeli ve her sağlık kuruluşu kalite iyileştirme programlarının uygulanması için hem kendini, hem de diğer kurumları zorlamalıdır. Ulusal kalite yaklaşımı sürekli kalite yaklaşım programlarının yol gösterici olabilir, ancak ulusal programlar geliştirilinceye kadar her kurumun bu konuda çalışmaya başlaması şarttır. (Akalın,2010)

BULGULAR : Giresun Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi'nde 2010 yılında toplam 7384 hareketli protez ve 20012 üye sabit protez hizmeti verilmiştir. Verilen protez hizmetinden memnun olmayan başvuran hasta sayısı 84 kişidir. 2010 yılında protez hizmetlerinde hatalı protez oranı, %0,8'dir. Bu tür başvuruları değerlendirmek ve karar vermek üzere görevlendirilen Protez Muayene Komisyonu 1 Başhekim yardımcısı, 1 Protez Uzmanı, 3 Diş Hekimi, 1 Diş Protez Teknisyeni ve Hasta Hakları Birim Sorumlusundan oluşmaktadır. 2010 yılında hasta başvuru sayılarına göre değişik zamanlarda 8 implant yapılmış ve başvuran hastalara ait 62 parça protezin çeşitli nedenlerle yenilenmesine karar verilmiştir. 7 hastanın protezlerinin kullanıma uygunluğuna karar verilip, protez kullanımı ile ilgili önerilerde bulunulmuştur. 14 parça/ hastada ise düzenleme yapılarak mevcut protez kullanıma uygun hale getirilmiştir. 1 hasta ise akrilik alerjisi yönünden incelenmesi için bir üst sağlık kuruluşuna gönderilmiştir. Protez hastalarının protezlerine sorunsuz olarak kullanmalarını ve alışmalarını sağlamak amacıyla, Protez Bilgilendirme Broşürü hazırlanmıştır. Protez hastalarına verilen broşürler yoluyla iyileştirme sağlanmıştır.

SONUÇ: Kaliteyi sorgulayan araştırmaların kalitesi, en kritik parametredir. Bir işletmede müşteri tatmini araştırmaları; müşteri hayal kırıklıklarının belirlenerek, sistematik olarak irdelenip, iyileştirilmesini amaçlamalıdır. (<http://umitsahin.com>)

Bu amaçla Giresun Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi'nde protez hizmetlerinde oluşan hataların, verilen hizmetten memnun olmayan hastaların, yeniden değerlendirilmesi amacıyla Protez Muayene Komisyonu kurularak, iyileştirme sağlanmıştır.

KAYNAKLAR:

1. Hayran, O., Uz, H. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi www.skid.org.tr/index.php?option=com_docman&task...
2. Hastane İşletmeciliğinde Kalite:Hasta Tatmini Ve İşgören Tatmini Paradigması, <http://umitsahin.com>
3. Akalın H. Erdal , Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Temel kavramlar, sorunlar ve çözüm yolları, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/online-makaleler/159,2010>

GİRESUN PROF.DR. A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ, GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİNDE TEKRARLI ÇEKİMLERİN ÖNLEMESİ

1. Bal Ahmet, 2. Korkmaz Günay, 3. Çalış Aynur, 4. Memiş Resmiye, 5.Yıldız Adnan, 6. Yılmaz Hatice,
Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

Çalışmanın Önemi: Sağlıkta kalite yönetimine yönelik ülkemizde çeşitli çalışmalar olmakla birlikte, tekrarlamaların neden olduğu radyasyon zararı, tanı gecikmeleri ile zaman, emek ve para kaybının ülkemizdeki boyutu bilinmemektedir. "Sık tekrarlanan hatalar nelerdir?", "Hangi aşamalarda eğitime veya denetimlere gereksinim vardır?", gibi soruların yanıtlanması, atılacak adımlar için yol gösterici olabilir. Sorunun yaygınlığını ve boyutlarını ortaya koymak, durumun düzeltilmesi konusunda yapılabilecek çalışmaların ilk basamağını oluşturabilir. (Özsunar ve Çetin,2006: 12.)Hasta güvenliğine yönelik radyoloji tekrarlarının azaltılması, çalışanlar arasında sosyal iletişimin artması, hizmet sunanlarla ilgili problemlerin çözülmesi, motivasyonun artması, politiklik hizmetlerinde verimlilik sağlayacaktır. (Demirel,2010)

Amaç: Kaliteli hizmet anlayışı ile hizmet veren kurumumuzun, görüntüleme hizmetlerinde tekrarlı çekim sayılarını ve nedenlerini belirleyerek gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler ile sürekli iyileştirmeyi sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: 2008, 2009, 2010 yıllarında radyasyon riski taşıyan, röntgen, tomografi ve mamografi çekimleri, tekrarlı çekim sayısı ve nedenleri retrospektif

değerlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı Form No:57 ve radyoloji performans formlarındaki veriler yıllara göre, oran ve dağılım olarak ele alınmıştır. Bulgular: Radyolojide radyasyon riski taşıyan, röntgen 2008 yılı çekim sayısı 82.049'dur. Bu çekimlerin 431'i (%0.53) tekrarlı çekim, tekrarlı çekimlerin nedenlerinin incelenmesinde; 150'si (%34.80) teknik neden, 135'i (%31.32) çalışan hatası, 146'sı (%33.87) hasta hatasıdır. 2008 tomografi çekimleri 19.118'dir. Tomografide tekrarlı çekim verisi yoktur. Mamografide 2008 yılında 2646 çekim yapılarak, bu çekimlerin 45'i (%1.70) tekrarlı çekim, tekrarlı çekim nedenleri; 24'ü (%24.53) teknik neden, 10'u (%22.22) çalışan hatası, 11'i (%24.24) hasta kaynaklı hatalardır.

2009 yılı röntgen çekim sayısı 102.962'dir. Bu çekimlerin, 1980'i (%1.92) tekrarlı çekim, tekrar nedenleri 29'u (%1.46) teknik neden, 335'i (%16.92) çalışan hatası, 351'i (%17.73) hasta kaynaklı hatadır. Tomografide 2009 yılında 23.704 çekim yapılmıştır. 2009 yılında mamografi 3113 çekim yapılmıştır. Bu çekimlerin 36'si (%1.16) tekrarlı çekim, nedenleri ise 21'i (%58.33) teknik neden, 17'si (%47.22) hasta kaynaklı hatalardır.

2010 yılı röntgen çekimleri 115.103 tanedir. Bu çekimlerin 1645'i (%1.43) i tekrarlı çekim, tekrar çekimlerin sebeplerinde; 84'ü (%5.11) teknik neden, 680'i (%41.34) çalışan hatası, 870'i (%52.89) hasta kaynaklı hatalardır. Tomografi 2010 çekimleri 26.306'dır. 2010 mamografi çekim, 3236'dır. Mamografide 43 (%1.33) tekrarlı çekimin 9'u (%20.93) teknik neden, 3'ü (%6.93) çalışan hatası, 7'si (%16.42) hasta kaynaklı hatalardır. Tekrarlı çekim sayılarını incelenen yıllara göre değerlendirildiğimizde toplam 359.138 çekimin 4180'i (%1.16) tekrarlı çekim nedenlerini değerlendirdiğimizde %33.54 ile en fazla hasta kaynaklı olduğu, %27.82 çalışan hatası, %7.58 teknik nedene bağlı hatalardır.

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda, kurumumuz tekrarlı çekim oranının kabul edilebilir oranların (%3-4) altında olduğu, tekrarlı çekim nedenlerinden hasta kaynaklı tekrarların önlenmesine yönelik çalışmalar, odaklanmamız gereken noktaları belirlemede etkili olmuştur. TEAK lisanslı radyoloji ünitemizde, pacs sistemi acil radyoloji ünitesinde kullanılmaktadır. Hasta ve çalışan güvenliği kapsamında, kaliteli ve sürekli iyileştirmeyi esas alan kurumumuz, pacs ve dijital arşivleme sistemini, tüm görüntüleme hizmetlerinde kullanmayı hedeflemiştir.

Anahtar Kelime: Riskli durumlar 1, Hasta güvenliği 2, Sürekli iyileşme 3

AKREDİTASYON STANDARTLARI KAPSAMINDA BİR TAŞERON HİZMETİN İZLEMİ VE DENETİMİ BAYINDIR HASTANESİ ÖRNEĞİ

Ayfer BAHTIYAR, Doç. Dr. Tevfik TEZCANER, Dr. Hakan AKAN, Hilal ŞEKERCİ
Bayındır Hastanesi, Ankara, Türkiye

Amaç: Bu çalışmanın amacı, taşeron hizmet olarak aldığımız ambulans hizmetlerinin, kurum kalite sistemine uygunluğunun belirlenmesini sağlamaktır.

Yöntem: Hastanelerimizde, taşeron hizmet olarak aldığımız ambulans hizmetlerinin izlemi, denetimi ve iyileştirme süreci, ortak çalışma olarak dört aşamada gerçekleştirilmektedir.

1. İzlem: İzlem iki aşamada yapılmaktadır. Birinci aşama; ambulans hizmeti alan her hastanın hizmet alımından sonra, aldığı hizmet değerlendirmesinin yapılmasına yönelik geri bildirim sağlayan "Ambulans Hizmetlerini Değerlendirme Formu" nun doldurulması alanlardan Bakıma Ulaşım ve Bakımın Sürekliliği Komitesine gönderilmesini kapsar. Acil servis, yatan hasta katları ve yoğun bakımdan alınarak başka kuruma götürülen ya da başka bir kurumdan hastanelerimize transfer edilen hastaların, transfer süresince klinik bakımını ve hastanın gereksinimlerinin karşılanması ve hastanın transfer edileceği kuruma, hasta hakkındaki bilgi verilir. Bu bilgiler tanı, glasgow değerlendirilmesi, vital bulgular, ventilatör kullanımı, transfer sırasında infüze edilen solüsyon ve ilaçlar, oral alımı, allerji öyküsü, konsültasyon hizmetleri, hastaya yapılan ameliyatlara, girişimsel işlemler, kateterler, kateterlerin uygulanma tarihleri hasta ile transfer edilen tetkikler, gideceği kurumda ihtiyacı olan ekipman konularını içerir.

Transfer süresince hastanın klinik durumunda gelişen problemler hakkında geri bildirim sistemi uygulanmaktadır.

2. Denetim: Kurum "tesis güvenliği denetim" sistemi kapsamında yılda iki kez ambulans hizmetleri de denetlenmektedir.

3. İyileştirme: İzlem ve denetim sonuçları, "Bakıma Ulaşım ve Bakımın Sürekliliği Komitesi" nde değerlendirilerek, sonuçları taşeron firma yöneticileri ile paylaşılmaktadır. İyileştirme çalışmaları, komite ve ambulans hizmetinde aktif yer alan yetkili çalışanlar (ambulans sorumlu doktoru) ile birlikte planlanmaktadır.

4. Ortak çalışma: Hizmet alınan kurumla birlikte planlanan ve uygulamaya geçirilen çalışmalardır. Ortak çalışmaların temel hedefi, hasta transferinin güvenli yapılabilmesi için, her iki kurum çalışanlarının ekip davranışı sergilemesi, aynı bilgi ve beceri düzeyinin kazandırılmasıdır.

4.1. Afet tabikati: Bayındır Hastanesi Söğütözü ve Bayındır Hastanesi Kavaklıdere' de olmak üzere, yılda bir kez iki ayrı tatbikat yapılmaktadır.

4.2. Eğitim: Afet triajı eğitimi, ambulansla yenidoğanın transportu ve transport ventilatör kullanımı eğitimleri yapılmıştır.

Sonuç:

2007 yılında sadece anket geri bildirim ile başlatılan çalışma, geliştirilerek sürdürülmektedir.

Anket sayısı: 4 yıllık geri bildirim sayısı 733 olarak saptanmıştır.

Denetim: 8 denetim gerçekleştirilmiştir.

Eğitim: İki eğitim programı gerçekleştirilmiştir.

Tatbikat: 2009 yılı bir afet tatbikati, 2010 yılı iki afet tatbikati yapılmıştır.

Yorum: Ambulans hizmetleri taşeron hizmet olarak alınmakta ise, hizmet bütünlüğünün sağlanabilmesi için izlem ve denetim önem taşır.

Kaynakça:

1. JCI Accreditation Standards for Hospitals; 4'th Edition, 1 January 2011

2. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes, Andrew Stiell, Alan J. Forster, Ian G. Stiell, Carl van Walraven, Canadian Medical Association or its licensors, CMAJ • NOV. 11, 2003; 169 (10)

SAĞLIKLI VE GÜVENLİ HASTANE ORTAMI İÇİN RISK ANALİZİ- ÖRNEK ÇALIŞMA

Güler ÇAKMAK,

Kalite Direktörü, Medicalpark Hastaneler Grubu/ İstanbul/Türkiye

NIOSH (Ulusal İşçi Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü-National Institute for Occupational Safety and Health), sağlıklı ve güvenli hastane ortamını "işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, bunlara bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu" olarak tanımlamaktadır. Sağlıklı ve güvenli hastane ortamının mevcut olması; çalışanların sağlığının geliştirilmesi, meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesinde temel koşul olarak kabul edilmektedir. NIOSH ve OSHA (İşçi Güvenliği ve Sağlığı Birliği-Occupational Safety and Health Administration), bu koşulun yerine getirilmesinde, çalışma ortamı ve iş kaynaklı tehlike ve risklerin belirlenmesinin, çalışma koşullarının ve çalışma ilişkilerinin sağlık çalışanlarının lehine düzenlenmesinin önemine işaret etmektedir. İşte bu nedenle hastanelerde; çalışma ortamında bulunan tehlikeli durumlar için önlem alınmalı, çalışma koşullarından kaynaklanan her türlü tehlike ve sağlık riski azaltılmalı, insan sağlığını etkilemeyen seviyeye düşürülmelidir.

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler; biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olmak üzere gruplandırılmış ve NIOSH, hastanelerde 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 24 tip biyolojik, 6 tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğunu bildirmiştir. Dolayısıyla sağlıklı ve güvenli hastane ortamı yaratmak için öncelikle "kazalardan, yangınlardan, enfeksiyonlardan ve çevre kirliliğinden korunma" üzerinde durulmalı ve çalışma ortamına özgü risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Risk değerlendirmesi, bir riskin kabul edilebilir olup olmadığının belirlenmesi için riskin büyüklüğünün tahmini çalışmasıdır. Sağlık risklerinin değerlendirilmesinde, tehlikelerin belirlenmesi ve maruziyetin değerlendirilmesi gerekmektedir. Risk değerlendirmesi ortamda bulunan faktörlerin değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Dolayısıyla risk değerlendirme süreci; "tehlikeleri tanımlama, riski belirleme ve riskin ne düzeyde olduğuna karar verme, risk kontrol altına alma, planın gözden geçirilmesi ve iyileştirme" aşamalarından oluşmaktadır. Etkin bir iş güvenliği için bu aşamaların adım adım uygulanması gerekmektedir.

Bu bağlamda, kurumumuzda işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerini yürütmek için İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Komitesi oluşturulmuştur. Ortaya çıkabilecek her bir tehlike için bölüm çalışanları ile görüşülerek ve yerinde incelemeler yapılarak bölümlere özgü tehlikeler belirlenmiştir. Belirlenen tehlikelere "Risk Matrisi" uygulanarak bölümlere özgü riskin ne düzeyde olduğu belirlenmiş ve 17 adet "Risk Matrisi" (acil servis- ameliyathane-yoğun bakım-yatan hasta hizmetleri-günübirlik cerrahi hizmetleri-eczane-anjiyo-radyoloji-sterilizasyon-nükleer tıp-tıbbi mühendislik-teknik-temizlik-gamaşırhane-mutfak-kafe-ofis çalışanları) oluşturulmuştur. Risk düzeyine göre bölümlerde önlemler alınmış ve aksiyonlar planlanmıştır. Çalışan Güvenliği Programı oluşturulmuştur. Çalışanlara konuyla ilgili eğitimler düzenlenerek programa uygun hareket edilmesi ve iş güvenliği çalışmalarına destek verilmesi sağlanmıştır. Çalışanlarda iş güvenliği çalışmalarına karşı farkındalık oluşmuş ve çalışma ortamında işçi sağlığı ve iş güvenliği için tehlike oluşturabilecek her türlü uyarının, çalışanlar tarafından farkedilerek kalite departmanına önleyici ya da düzeltici faaliyet isteği olarak raporlanması sağlanmıştır.

Çalışanlardan gelen geri bildirimler ile süreç sürekli güncellenmektedir. İşçi sağlığı ve iş güvenliğini ilgilendiren her türlü problem komitenin her ay rutin toplantısında gündem maddesi olarak tartışılmakta ve konuyla ilgili aksiyonlar planlanmaktadır. Gerekli görülürse ilgili bölümlerden iyileştirme çalışması (PUKÖ-Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al) istenmekte ve süreç takip edilmektedir. Yapılan iyileştirmeler sonrasında yeniden risk matrisi ile değerlendirme yapılmakta ve risk düzeyine göre gerekirse yeniden PUKÖ döngüsü devam ettirilmektedir.

Sonuç olarak; çalışanların maruz kaldıkları riskleri belirlemek, çalışma ortamlarında ortaya çıkabilecek tehlikelerin sınıflandırılması, risklerin değerlendirilmesi ve söz konusu risklerin kontrolünün sağlanması için alınması gereken önlemlerin planlanması gerekmektedir. Bunun içinde çalışma ortamlarının özellikleri dikkate alınarak bölümlere özgü risk değerlendirmesi yapılmalı ve gerekli aksiyonlar planlanmalıdır

**Yard. Doç. Dr. Yaşar ODACIOĞLU,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi- ESKİŞEHİR**

Günümüz hastanelerinde klinik, poliklinik ve acil servislerinde hasta tanı ve tedavi süreçlerinde milyonlarca adet röntgen filmi çekilmektedir. Röntgen filmlerinin satın alma süreci, radyoloji ünitelerinde filmlerin çekimi, banyo edilerek basılan filmlerin arşivlenmesi hastane yönetiminin önemli işlerinden biridir. Picture Archiving and Communication System (PACS) ile radyoloji cihazlarından elde edilen görüntülerin klasik film basılmadan elektronik ortama aktarılması mümkündür Uygulama örneği:

960 kadro, 124 yoğun bakım yatağı ile 3. Basamak sağlık hizmeti sunan Eskişehir Osmangazi Üniversitesi hastanesinde hazırlana bir proje ile Picture Archiving and Communication System (PACS)'e geçilmiştir.

- PACS projesi ile;
- Hastanede farklı laboratuvarlarda mevcut radyoloji cihazlarının hangilerinin dijital sistemi desteklediği/desteklemediği tespit edilmiştir.
 - Dijital sistemleri destekleyen cihazların sistem bağlantıları yapılırken, konvansiyonel cihazlar için CR (computed radyografi) çözümü uygulanmıştır.
 - Otomasyon sisteminde donanım ve network alanında iyileştirmeler yapılmıştır.
 - Hareketli görüntüler dâhil verilerin dijital ortama aktarılması sağlanmıştır.
 - İnternette görüntüye ulaşım alt yapısı oluşturulmuştur.

Bu bildiriye tüm bu hazırlıkların detaylarıyla birlikte tartışılırken, elde edilen kazanımlar çeşitli boyutlarda irdelenecektir. Bu kazanımlar özetle şu şekilde sıralanabilir:

- 1) Yılda ortalama 500 000 TL film maliyetinden kurtulma sonucu finansal iyileşme,
- 2) Ameliyathaneler, poliklinik ve klinikler gibi otomasyon olan her noktadan görüntüye ulaşabilme,
- 3) Hastaya ait eski görüntüler ile yeni görüntüleri aynı ekranda kıyaslama,
- 4) İstenirse görüntünün CD/DVD formatında hastaya verilmesi,
- 5) Röntgen film arşivine ihtiyaç kalmaması nedeni ile fiziksel alan ve personelden sağlanan tasarruf,

şeklinde sıralanabilir.

Otomasyon sistemindeki server ve network ağının yenilenmesinde Picture Archiving and Communication System (PACS) projesini de dikkate alan bir yapı kurulmuştur. Tamamlanan alt yapı sonrası milyon dolarlarla ifade edilen PACS yazılımı 70 000 TL gibi küçük bir bütçe ile tamamlanmıştır.

KALİTE YÖNETİMİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASI; BİLGİ SİSTEMLERİ

BAŞARAN Cem-1, AYDOĞDU Hikmet-1, BÖLÜKBAŞ Cemile-2, BAŞTUĞ Aynur-3, BAĞCI Osman-3, AYDEMİR Salih Cüneyt3

1. **Medicana Hospitals Bahçelievler, İstanbul / Türkiye**
2. **Medicana International İstanbul, İstanbul / Türkiye**
3. **Medicana Hospitals / Türkiye**

ÖZET : Sağlık kayıtları iyi hekimlik uygulamasının vazgeçilmez araçlarıdır. Sağlık kayıtlarının kalite dokümantasyon sistemine uygun olarak tutulması bu için en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Kalite yönetiminin en ciddi sorunlarından biri hiç şüphesiz sağlık kayıtlarının tutulmasında yaşadığımız güçlüklerdir. Bunların başında doktor orderlerinin, hasta anamnezlerinin ve epikrizlerin standartlara uygun yazılmamasından kaynaklanan hasta güvenliğinin olumsuz etkileyebilecek durumlar gelmektedir. Hekimlerin orderda olması gereken alerji, tanı, gibi bilgileri eksik yazmaları veya hiç yazmamaları ile doktor el yazılarının hemşire veya eczacılar tarafından okunmasındaki güçlükler en önemli sorunlardan biridir. Hekim kayıtlarındaki eksiklikten kaynaklanan; hemşirelik hizmetlerinde ve eczanede yaşanabilecek hataların önüne geçebilmek için, doğru kurgulanmış ve yeterli teknik desteğin verildiği elektronik bir ortamın kullanılması gerekmektedir.

AMAÇ : Gerek ülkemizde gerekse dünyada sağlıkta kalitenin sağlanabilirliği tıbbi kayıtlardaki başarı ve tutarlılıkla paraleldir. Hastanın bir sonraki başvurusunda da hastanın eski kayıtlarına hızlı bir şekilde ulaşmanın önemi çok büyüktür. Daha da önemlisi bu kayıtların doğru ve düzgün tutulmuş olmasıdır. Bu çalışmadaki temel amacımız ise manüel olarak tutulan kayıtlar ile elektronik ortamda tutulan kayıtların arasındaki farkları değerlendirerek tıbbi kayıtlarda insan faktörünü en aza indirgeyerek hekimlerin tutmuş olduğu tıbbi kayıtların kalitesini artırmaktır.

YÖNTEM : Hekimlerin uygun order vermesi, anamnez bilgilerinin tamliğinin sağlanması ve diğer klinik takip formlarının standartlara göre kullanımının uygunluğunu değerlendirmek için Ocak 2010 da başlatılan bu çalışma Aralık 2010 tarihinde sona erdirilmiştir. Elektronik ortamdaki tıbbi kayıtların kişilerin inisiyatifine bırakılmaması için sistemde bazı yeni düzenlemelere gidilmiştir. Elektronik ortamda; zorunlu alanlar doldurulmadan epikriz alınmaması, anamnezde alerji bilgisi girilmemiş olan bir hastaya order yazılmaması, diyet orderi verilmemiş bir hastaya ilaç orderi verilememesi, hastanın bir önceki güne ait klinik takibi yazılmadan orderin yazılmaması gibi sistemsel zorunluluklar getirilmiştir. Bu sayede hasta kayıtlarındaki eksiklikleri minimuma indirmeye hedeflenmiştir. Manüel orderlarda önlenemeyen; okunaksız el yazısı, ilaçların doz ve verilmiş yolunun belirtilmemesi, onaylanmamış kısaltmaların kullanımı gibi durumların neden olabileceği hataların elektronik order kullanımı ile ortadan kaldırılması hedeflenmiştir.

BULGULAR : Medicana Bahçelievler Hastanesinde Tıbbi Kayıt Komitesinin takip ettiği indikatörlerden eksik dosya oranları indikatörünün elektronik ortama geçmeden önceki verileri ile 2010 yılı indikatörlerinin karşılaştırılması neticesinde elektronik ortama geçmeden önceki doktor dosya eksikliklerinin % 23'ünün doktor anamnez formundan, % 30'unun epikriz raporundan ve % 21'inin doktor order formundan kaynaklandığı görülmüştür. elektronik ortama geçildikten sonraki indikatör sonuçlarına göre doktor eksikliklerinin %6'sı doktor anamnez formundan, %10'u epikriz raporundan ve %3'ü doktor order formunda kaynaklandığı tespit edilmiştir.

SONUÇ : Elektronik tıbbi kayıtlar sağlık bakımında kalite ve etkiliği geliştirmek için önemli bir yönetsel araçtır. İnsan faktörünün müdahil olmadığı elektronik ortamlarda hasta kayıtlarının kalitesinin arttığı gözlenmiştir. Elektronik tıbbi kayıtlar hasta güvenliği, hasta tatmini ve kurumsal etkiliği geliştirmek için önemli bir uygulamadır.

TIBBİ KAYITLAR VE HASTA GÜVENLİĞİ

ÇELİKKOL Uğur1-, GÜNDOĞDU Fatma-1,BAŞTUĞ Aynur-2, BAĞCI Osman-2, OSMANOĞLU Gökhan-1, AYDEMİR Salih Cüneyt-2

1. **Medicana International Ankara / Ankara / Türkiye**
2. **Medicana Hospitals / Türkiye**

Giriş ve Amaç : Sağlık hizmetlerinde farklı disiplinlerin bir arada yer alması hizmetin karmaşıklığını ortaya koymaktadır. Bu karmaşıklığın bir düzen içinde organize edilmesi ve yürütülmesi hizmetin kalitesini göstermektedir. Bu bağlamda tıbbi kayıtlar bu disiplinlerin bir arada olmasını ve uyumlu çalışmasını sağlayan en önemli birleştirici unsurdur. Tıbbi kayıtların hasta güvenliğinin tüm aşamalarında güvenilirlik kontrolü sağlanması hasta güvenliği kültürünün oluşmasında da katkısı büyüktür. Tıbbi kayıtlar bir sağlık kuruluşunun var olması için vazgeçilmez bir unsurdur. Sağlık hizmetlerinde tıbbi kayıtların önemi kuruluş içindeki sağlık disiplinleri ile yapılan çalışmalarda hizmetin bütünlüğünü sağlamıştır. Hastanemizde tıbbi kayıtların kontrolü ile ilgili bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada tüm tıbbi kayıt yetkisi bulunan sağlık sağlayıcılarının (doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen) bu kayıtları bir bütün olarak değerlendirilmesi ve birbirlerinden kaynaklanan tıbbi kayıt eksiklikleri bakım sağlama sürecindeki etkilerini değerlendirmişlerdir.

Yöntem ve Materyaller : 01.01.2010 tarihi ile 31.12.2010 tarihleri arasında randomize olarak tüm bölümlerden hasta dosyaları seçilmiştir. Bu dosyaların incelenmesi için tüm tıbbi kayıt yetkisi bulunan sağlık sağlayıcılarından üyeler seçilerek (2 Doktor, 1 Diyetisyen, 3 Hemşire, 1 Fizyoterapist, 1 Tıbbi Arşiv Sorumlusu) "Tıbbi Kayıt İnceleme ve Değerlendirme Komitesi" kurulmuştur. Bu komite tarafından %10 randomize ile tüm bölümlerden ve doktorlardan örneklem dosyalar seçilmiştir. Bu dosyaların incelenmesi için "Hasta Dosyası Değerlendirme Formu" tüm tıbbi kayıt yetkisi olan sağlık profesyonellerinin alanlarına yönelik sorular ile oluşturulmuştur. Haftalık toplantılar ile dosya incelemeleri yapılmıştır.

Bulgular : Yapılan değerlendirmelerde sağlık sağlayıcılarının arasında en önemli yere sahip olan yazılı bilginin yeterli düzeyde kayıt edildiği görülmüştür. 61 parametrede değerlendirilen hasta dosyasının doktor kayıtlarında istenilen zamanda ve nitelikte yazılması %71, hemşirelik alanında tıbbi kayıtların %84, diyetisyen kayıtlarının %82, Fizyoterapist kayıtlarının %93 oranında eksiksiz olduğu görülmüştür.

Sonuç : Tıbbi kayıt sistemi iyi oluşturulmamış olan hastanelerde sağlık sağlayıcılarının iyi organize olamadıkları görülmektedir. Tıbbi kayıtlar; kayıt=bilgi=güç olarak tanımladığımızda gücün ve bilginin olmadığı bir sistemde hizmet kalitesinin ve en önemlisi hasta güvenliğinin sağlanmasının mümkün olmadığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda hasta güvenliği kültürünün bir hastanede oluşması için tıbbi kayıtların düzenli bir şekilde sağlık sağlayıcılara açık olması ve gerekli kontrollerinin bununla ilgili bir komisyon tarafından rutin değerlendirilmesi önem arzemektedir.

KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİNDE BİLGİ GÜVENLİĞİ VE GÜNCELLEĞİ

BAŞTUĞ Aynur-1, TENER Burcu-2, BAŞARAN Cem-3, ÇELİKKOL Uğur-4, BÖLÜKBAŞ Cemile-5, BAĞCI Osman-1, AYDEMİR Salih Cüneyt-1

1. Medicana Sağlık Grubu, Türkiye
2. Support Yazılım, İstanbul /Türkiye
3. Medicana Hospitals Bahçelievler, İstanbul / Türkiye
4. Medicana International Ankara, Ankara /Türkiye
5. Medicana International İstanbul, İstanbul / Türkiye

Amaç : Medicana Sağlık Grubu Kalite Koordinatörlüğü olarak kalite yönetimi ile ilgili tüm dokümanların doğru ve güvenli bir şekilde hazırlanmasını, kalite yönetim sistemleri otomasyonuna aktarılmasını, onaylanmasını, saklanmasını, revize edilmesini, gözden geçirilmesini, kontrollü dağıtımını ve kullanıcıların istedikleri anda güncel dokümanlara hızlı bir şekilde ulaşmalarını sağlamak amaçlanmıştır.

Yöntem : Medicana Sağlık Grubu Kalite Koordinatörlüğü olarak; prosedürler, talimatlar, görev tanımları, planlar, yönetmelikler, kanunlar, destek dokümanlar ve ana dokümanlar; yönetim sistemleri otomasyonunda güncel ve güvenli olarak izlenebilmektedir. Prosedürler, talimatlar, görev tanımları, planlar, destek dokümanlar, yönetmelik ve kanunlar yılda en az 1 kez, politikalar 3 yılda 1 olmak üzere otomasyon sistemi üzerinden gözden geçirme, yeniden değerlendirme zorunluluğuna göre sistem kurgulanmıştır.

Bulgular : Medicana Sağlık Grubu olarak Kalite İşleyiş otomasyonunda kurumumuz tüm dokümantasyon yapısını güncel olarak izleyebilmektedir. Doküman revizyonu ile ilgili talep gelmedikçe ve dokümanı hazırlayan kişi doküman ile ilgili bir revizyon başlatmadıkça kullanıcılar dokümanların güncelliğini kontrol edememekteydi. Medicana Sağlık Grubu ve bağlı tüm lokasyonlardaki kullanıcıların iş yükünün azaltılması adına Kalite Koordinatörlüğü olarak otomasyonda tüm kullanıcıların dokümanların güncelliğinden haberdar olabilmesi için sistemde "dokümanların gözden geçirme tarihi" ve dokümanı hazırlayan kullanıcıya uyarı sistemi olması gerektiği düşünülmüş ve iyileştirme planlanmıştır. Kalite İşleyiş otomasyonunda "Gözden Geçirme için Revizyon Talebi ön süresi" parametresi enklenmiş ve dokümanı hazırlayan kişiye otomasyon üzerinden kurumsal mail adresine ve sistem üzerindeki görev listesine görev oluşturması sağlanmıştır.

Sonuç : Kalite yönetim sistemleri otomasyonunda tüm dokümanların güvenliğini Bilgi Sistemleri Koordinatörlüğü ve Kalite Koordinatörlüğü sorumludur. Kalite Koordinatörlüğü ve tüm lokasyonlardaki dokümantasyon sorumluları dışındaki kullanıcılar dokümanları bilgisayarlara yükleyemez, yazdıramaz, hastane dışında kullanamazlar. Dolayısı ile Medicana Sağlık Grubu olarak Kalite yönetim işleyiş otomasyonunda veri güvenliği ve güncelliği kurumumuz bünyesinde sağlamaktayız.

10:30 – 12:30 **PARALEL OTURUMLAR III**

SALON - II [AKREDİTASYON VE RİSK YÖNETİMİ](#)

Moderatör

Güler Çakmak, Kalite Geliştirme ve Hasta İlişkileri Direktörü, Medikal Park, İSTANBUL, Türkiye

Konusmacılar

HASTANE KALİTE YÖNETİCİSİ AYNI ZAMANDA HASTANE GENEL MÜDÜRÜ OLMALIDIR (STANDARTLAR KİTABININ GENEL MÜDÜR YÖNETİM EL KİTABI OLARAK KULLANIMI)

TURAN, MUSTAFA TANSEL (MD, PhD),
BSK Metropark Hastanesi / ADANA / TÜRKİYE

AMAÇ : Ülkemizde de , dünyada da bir kalite yöneticisi , uygulamada en büyük zorluğu.Yönetim Kurulu Başkanı ve Genel Müdürü iken ederken yaşar.Çünkü bu kişiler çalışmanın daha çok maddi boyutları ile ilgilendiklerinden gerçek amaç hakkında genelde yeterli kadar bilgili değildir hiçbir zaman da hiç kimse onlara detaylı olarak anlatamadığından bu kısır döngü devam eder.Oysa JCI Akreditasyonu ve tüm akreditasyon sistemleri özünde birer yönetim el kitaplarıdır.Bir genel müdürün sadece bunları uygulaması hastaneyi doğru yönetebilmesi için yeterlidir.Çalışma bu teoremi desteklemek için yapılmıştır.

BULGULAR VE SONUÇ :JCI Akreditasyon Sandartları 1917 yılında ilk ortaya çıkışından bu yana bir sağlık işletmesinin hangi kurallara göre işletilmesi gerektiğine dair kuralları ortaya koymaya çalışmış ve geçen süreç içinde de bunu sürekli geliştirerek fonksiyonlarını daha da çeşitlendirmiştir.

Dünyada ve ülkemizde JCI Akreditasyonu için çaba gösteren kurumlara baktığımızda Kalite Yöneticilerinin aşmakta en zorlandığı kişilerin başında üst düzey yöneticiler vardır.Özellikle de Yönetim Kurulu Başkanları ve Genel Müdürler.Kalite ve Akreditasyon çabaları biraz da Kalite Yöneticilerinin yanlış yönlendirmeleri ile daha çok hastanede süreçleri zorlayan ve ek maliyet çıkaran bir çaba gibi görülür.

Öte taraftan JCI Akreditasyon Standartları gerek yönetsel gerekse tıbbi standartları ile bir hastanenin ve bir sağlık kurumunun nasıl yönetileceğini 4000 in üzerinde madde ile detaylı olarak açıklamaktadır.

Standartların doğru yönetimi ve yönetim organizasyonunun bu standartlara göre yapılması , uygulanması ve denetlenmesi doğru ve mükemmel bir yönetim modeli oluşturacaktır.İyi ve akıllı bir kalite yöneticisi ; adı genel müdür ve/veya yönetim kurulu başkanı olsun veya olmasın gerçekte hastanenin en üst düzey yöneticisidir.Yani hastaneyi gerçekte yöneten kişi Kalite Yöneticisidir.

Bu amaçla tıbbi standartlar ve idari standartlar genel çerçeveleri ile ele alınmış bu çerçevede bir yöneticinin yönetsel gereksinimleri ile karşılaştırılmıştır.İkna sürecin çok daha hızlı ve kontrol edilip denetlenebilir gerçekleştirilmesi teoremin beklentinin üzerinde fayda sağladığını göstermiştir.

Sonuç olarak ; genel müdür ve kalite yöneticinin aynı kişiler olması , hem onay süreçleri , hem uygulama süreçleri hem de maliyetler açısından çok anlamlı bulunmuştur.

NEREDEN BAŞLAMALI ? YENİ AÇILACAK BİR HASTANEDE JCI AKREDİTASYON ÇALIŞMALARINA NEREDEN BAŞLAMALI VE NASIL BİR İŞ PLANI OLMALI

TURAN, MUSTAFA TANSEL (MD, PhD),
BSK Metropark Hastanesi / ADANA / TÜRKİYE

AMAÇ : Açılıştan itibaren JCI Akreditasyon Standartlarına uygun çalışmak isteyen yeni kurulmakta olan hastanede nereden başlanacağı ve nasıl bir yol izleneceği hep problem ve karmaşaya neden olmaktadır.Bu çalışmada geçmiş deneyim ve çalışmalara dayanarak bir yol haritası oluşturulmaya çalışıldı.

BULGULAR VE SONUÇ : İnşaat projelendirme esnasında yapılacak çalışmalar , açılıştan önce yapılacak çalışmalar , oryantasyon programının düzenlenmesi , hekim ve sağlık personeli sözleşmesinde yapılması gereken eklemeler , süreçlerin dizaynı , form ve prosedür oluşturma , kalite takımının nasıl oluşturulması gerektiği , denetim ve ek eğitimler , risk analizi konuları özetlenerek bir yol haritası önerisi yapılmıştır.

AÇILIŞTAN ÖNCE ÇALIŞMAYA BAŞLADIKTAN HEMEN SONRA

- Detaylı İş Takvimi çıkarılması
- Bina denetimi (gezerek ve avan mimari planlar üzerinden) ve genel düzeltme raporu
- Özellikle Alan Çalışmaları ve Raporları

AÇILIŞTAN 3 – 4 AY ÖNCE YAPILACAKLAR

- Ana draft formların hazırlanması
- İşe alım prosedürleri
- Personel dosyaları
- Kalite Ekibinin seçilmesi ve eğitilmesi

AÇILIŞTAN 1 AY ÖNCE YAPILACAKLAR

- Tüm form ve prosedürlerin tamamlanması
- Oryantasyon Eğitimleri içinde Kalite Eğitimlerinin verilmesi
- İndikatörlerin Belirlenmesi
- Clinicpathway , Tedavi protokolleri ve ClinicalGuideları belirlenmesi

AÇILIŞLA BİRLİKTE

- Tatbikatların tarihinin belirlenmesi
- Mocksurvey tarihinin belirlenmesi ve başvurusu
- Denetim tarihi ve başvurusu yapılması

Şeklinde bir yol haritasının en uygun sıralama olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

NEREDEN BAŞLAMALI ?İŞLEYEN BİR HASTANEDE JCI AKREDİTASYON ÇALIŞMALARINA NEREDEN BAŞLAMALI VE NASIL BİR İŞ PLANI OLMALI

TURAN , MUSTAFA TANSEL (MD , PhD) ,
BSK Metropark Hastanesi / ADANA / TÜRKİYE

AMAÇ : JCI Akreditasyon Standartlarına uygun çalışmak isteyen hastanede nereden başlanacağı ve nasıl bir yol izleneceği hep problem ve karmaşaya neden olmaktadır. Özellikle de hastane eski ise ve hastane bina projesi başka projeden hastane projesine çevrilmişse. Bu çalışmada geçmiş deneyim ve çalışmalara dayanarak bir yol haritası oluşturulmaya çalışıldı.
BULGULAR VE SONUÇ : Karar aşaması ile birlikte yapılacak çalışmalar , eğitim programının düzenlenmesi , hekim ve sağlık personeli sözleşmesinde yapılması gereken düzenlemeler , süreçlerin dizaynı , form ve prosedür oluşturma , kalite takviminin nasıl oluşturulması gerektiği , denetim ve ek eğitimler , risk analizi konuları özetlenerek bir yol haritası önerisi yapılmıştır.

ÖNCELİKLİ İŞLER

- Detaylı İş Takvimi çıkarılması
- Bina denetimi (gezerek ve avan mimari planlar üzerinden) ve genel düzeltme raporu
- Özellikle Alan Çalışmaları ve Raporları

İKİNCİ KADEMEDE YAPILACAKLAR

- Hastanede kullanılan tüm formların gözden geçirilmesi
- Draft formların hazırlanması
- Varsa tüm prosedürlerin gözden geçirilmesi , yoksa yeniden yazıma başlanması
- Personel dosyaları
- Kalite Ekibinin seçilmesi ve eğitilmesi
- Personele amaçların , sonuçların ve takvimin anlatılması
- Komitelerin kurulması

ÜÇÜNCÜ AŞAMA

- Tüm form ve prosedürlerin tamamlanması
- Kalite Eğitimlerinin verilmesi
- İndikatörlerin Belirlenmesi
- Clinicpathway , Tedavi protokolleri ve ClinicalGuideları belirlenmesi

SON AŞAMA İŞLER

- Tatbikatların tarihinin belirlenmesi
- Mocksurvey tarihinin belirlenmesi ve başvurusu
- Mocksurvey sonrası iyileştirmeler
- Ana Denetim tarihi ve başvurusu yapılması

Şeklinde bir yol haritasının en uygun sıralama olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

HASTANELERDE KADIN ÇALIŞANLARIN KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN BİREYSEL PERFORMANS VE KURUMSAL KALİTE ÇALIŞMALARINA ETKİLERİ

KÜÇÜKİHLAN Mustafa,

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Türkiye

AMAÇ :Çalışanlarının çoğunluğunun bayanlardan oluştuğu hastanelerde kadın çalışanların karşılaştıkları sorunların bireysel performanslarına ve kurumsal kalite çalışmalarına etkilerini ortaya koymak.

YÖNTEM :Araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi kadın çalışanları üzerinde yüz yüze anket yöntemi kullanılarak 100 kişi üzerinde demografik sorular dışında 11 Adet soru 5'li likert tarzında yöneltilerek yapılmıştır. Veriler SPSS istatistik programı aracılığı ile frekans analizi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR :Araştırmamıza katılan kadın çalışanların 40' i hemşire, 20'si temizlik personeli, 20'si sekreter, 10'u laboratuvar çalışanı, 10'u hekim çalışandır. Yaş dağılımına göre: 18-25 yaş arası 45 kişi, 25-30 yaş arası 28 kişi, 30 yaş üzeri 27 kişidir.

SORULAR	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Karasızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Çalıştığım İşimden memnunuz	13	51	16	12	8
Ekonomik nedenlerden dolayı çalışmak zorundayım	57	23	8	10	2
Çalışmaktan hoşlanıyorum	33	22	25	19	1
Hastaneden ayrılmayı düşünmüyorum	19	48	14	11	8
Hastane beni maddi olarak tatmin etmemektedir.	66	22	6	4	2
Yöneticiler kadın çalışanlara yönelik olumsuz bir tutum sergilemektedir	16	14	21	29	20
Hastanede yükselme olanağı bulunmamaktadır	55	26	6	8	5
Kalite çalışmalarında daha çok hemşirelerin aktif olması kurum için olumsuz bir sonuç doğurmaktadır.	11	12	14	28	25
Kalite çalışmalarında daha çok hemşirelerin aktif olması hemşireler için olumlu bir sonuç doğurmaktadır.	24	41	5	18	17
Hekimlerin kalite çalışmalarına ilgi göstermemesi çalışanlar arasında çatışmaya neden olmaktadır.	63	27	2	6	2
Kadın çalışanlar kalite çalışmalarında erkek çalışanlardan daha başarılıdır	72	12	6	5	5

SONUÇ :Kadın çalışanların genel olarak işinden memnun olduğu (%64) ancak kendini ağırlıklı olarak ekonomik nedenlerden dolayı çalışmak zorunda hissettiği (%80) görülmektedir. Çoğunluğunun maddi olarak tatmin olmadığı (%88) tatminsizliğinin en önemli nedenlerinden birinin de yükselme olanağı bulunmaması olarak (%81) tespit edilmiştir. Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi kalite çalışmalarında çoğunlukla kadın çalışanlar (hemşireler) görev almış, erkek çalışanlar genel olarak çalışmalara katılmama eğilimi göstermiş olup kadın çalışanların bu durumdan görünüşte sözel olarak şikayetçi olmalarına karşın "Kalite çalışmalarında daha çok hemşirelerin aktif olması kurum için olumsuz bir sonuç doğurmaktadır" sorusuna katılımın az olması (%23) kadın çalışanların kendilerine duyduğu öz güveni yansıması bakımından önem arz etmektedir. Bunun hemşireler için olumlu sonuç doğuracağı düşüncesinin genel olarak hakim olduğu (%65) ve kalite çalışmalarında görev alan erkek çalışanlar ile (özellikle erkek hekim çalışanlar) kadın çalışanların arasında toplandırlara katılmamanın çatışma nedeni olduğu görülmüştür. Kadın çalışanların bu çatışmayı engellemede içgüdüsel özellikleri ve kendi özgüvenleri ile aştıkları onlara yöneltilen "Kadın çalışanlar kalite çalışmalarında erkek çalışanlardan daha başarılıdır" sorusuna verilen yanıtın anlaşılmalıdır. Bu soruya verilen yanıtın kadın çalışanların kendilerini erkek çalışanlardan daha başarılı gördüklerini (%84) ve çalışmalara devam ettiklerini ve sonuçta bireysel performanslarının ve kurumsal kalite çalışmalarının çok da olumsuz etkilenmediği yönünde bir değerlendirme yapmak mümkün olmuştur

SAĞLIK TURİZMİNDE JCI AKREDİTASYONUN ÖNEMİ

YURT SEÇİL, BSKMetropark Hastanesi , Adana , Türkiye

GÜMÜŞGERDANLI Ayşe, BSKMetropark Hastanesi , Adana , Türkiye

AMAÇ :Sağlık turizm merkezlerinde hastalar sağlık hizmetlerini araştırırken hizmet sunumunun güvenilirliğini ve akreditasyon sahibi bir hastaneyi tercih eder. Akredite olmuş kuruluşlar, çoğu zaman akredite programı sayesinde yönetim etkinliklerini geliştirmektedirler. Bu sayede, bakım kalitesi artarken, maliyetler azalmaktadır. Akredite olmuş kuruluşları seçen müşterilere, standartları karşılamış sağlık bakımı sağlayıcıları konusunda garanti verebilir.

Bulgular ve Sonuç : Uluslar arası hasta pazarından bir medikal destinasyonuna hasta çekilmek isteniyorsa, pazarlama araştırması kapsamında bir envanter ve kimlik çalışması yapılarak, medikal turizm destinasyonunun sunduğu medikal hizmetler ve kalite düzeyleri belirlenmelidir. Ardından hedeflenen pazarlarda tüketici özelliklerinin belirlenmesine yönelik ikinci bir çalışma daha yürütülür. Bir sağlık turizm yeri kendi özelliklerini bilmeden faaliyet göstereceği avantajlı medikal uzmanlık alanlarını bilemez. Bu alanları bilmeden ürün veya ürün grupları, paket programlar geliştirip fiyat belirleyemez. Ürün belli olmalı ki tanıtım reklamları yapılabilir. Bir sağlık turizm merkezi, belirlenmiş güçlü özelliklere, tanıtım imkanlarına sahip olursa marka olabilir. Bu yüzden sağlık turizmi açısından pazarlama önemli bir konudur. Bunların yanısıra, medikal hizmetlerde uzmanlık, araştırma gücü, çok iyi derece tıbbi ekipman donanımı, web siteleri, açık-anlaşılır ve kolay ulaşılabilir fiyat listeleri, doru bilgilendirici reklam ve tanıtım kampanyaları, yaratıcı reklam medyaları hedef kitlelerin için önemli yer arz etmektedir. Bunlara ek olarak medikal turistlerin hastanelerde aradığı bazı özelliklerde unutmamak gerekir. Bunların başında yabancı dil bilen; sağlık, hastalar, destinasyon, tedavi gibi konularda hasta ile yabancı dilde konuşabilecek, dilinden net şekilde anlayabilen, gerektiği durumlarda açıklama yapabilen personel gerekmektedir. Fiziksel özellikleri çok iyi, akredite olmuş, uzmanlaşmış, sürekli eğitilen ve yabancı dil bilen personel çalıştıran, yüksek teknolojiyi takip eden ve uygulayan, tedavi süreci sistemini hasta için zahmetsiz hale getiren, sigorta şirketleri, sağlık sigortaları ve en önemlisi fiyatlardır başta gelmektedir. Bir sağlık turizm işletmesinin tedavide uyguladığı fiyatların dünya genelinde diğer rakiplerine oranla rekabeteçi olması, çeşitli ödeme seçeneklerinin sunulabilmesi turistler açısından önemlidir. Bir yerin sağlık turizm merkezi olabilmesi için bir çok özelliği aynı anda sahip olması gerekmektedir. Örneğin, uzman doktorlarına, akredite olmuş medikal turizm hastane ve alt yapıları gibi. İklim, fiyat seviyesi, satın alma gücü düzeyi, güvenlik şartları, toplumu bilinç düzeyi, yabancı hastaları bakışı, merkezin gl imajı gibi konular dikkate alınmalıdır. Yaşam maliyetlerinin düşüklüğü, hastaların ya da ziyaretçilerin ülkesine coğrafik ve kültürel yakınlık, dil ortaklığı gibi konularda avantaj sağlamaktadır. Bir sağlık turizm merkezi estetik cerrahi, diş tedavi hizmetleri, kanser tedavisi, kök-hücre tedavisi, göz tedavileri gibi bir veya birkaç alanda mutlaka uzmanlaşmalıdır. Hastalar bilmelidir ki belirli tip tedavilerde o merkez çok iyidir ve gidilmelidir. Eğer o tedavi için o merkeze gidilmez ise hasta kendini risk altında hissedecektir.

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ISO9001:2008 KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ ve DİCLE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ UYGULAMALARI

Yrd.Doç.Dr. İsmail YILDIZ(1) , Murat BİÇİMLİ(2)

1 Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, DİYARBAKIR
2 Dicle Üniversiteleri Hastaneleri, Kalite ve Strateji Geliştirme Koordinatörlüğü, DİYARBAKIR

Sağlıkta Kalite; vatandaşımızın ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, sağlık kuruluşunda hastanın doğru değerlendirilmesini sağlamak ve Doğru hastaya, doğru zamanda, doğru tedavinin uygulanmasıdır. Ayrıca, hizmet sunumunda hasta ve yakınlarının haklarına saygı gösterilmesi, hastaların bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, çalışanlarımızın niteliklerinin geliştirilmesi, hizmet sunum sürecinde bilginin doğru yönetilmesi, Sağlık kuruluşunun etkinliği ve verimliliği, sağlık tesisinin doğru ve güvenli bir biçimde çalışması, hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrol altına alınması da sağlıkta kaliteyi oluşturmaktadır. Kısaça Sağlıkta Kalite; Vatandaşlara ve Çalışanlara doğru ve iyi hizmet verebilmelerini sağlamak için atılan tüm adımlardır.

Sağlık Hizmetlerinde Risklerin Doğru Yönetilmesi ve Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Sağlamak İçin Kullanılan Araçlardan bir tanesi de ISO9001:2008 Kalite Yönetim Sistemleridir. ISO9001:2008 Kalite Yönetim Sistemleri;

Kuruluştaki, Yönetimin iyileştirilmesi, Faaliyetlerin daha hızlı ve organizeli planlanması, Problemlerin daha hızlı çözümlere kavuşturulması, Verimliliğin, kazancın ve iç-diş çevrede saygınlığın artmasını sağlar.

Ayrıca Hastanenin; Hasta memnuniyeti (tatmini), Çalışanlarının memnuniyeti, Kârlılık ve Kamuoyundaki itibarını sağlamaktır.

Özetle; Her işin bir defada, Hatasız/eksiksiz olarak (sıfır hata) ve Hizmetten yararlananların %100 tatmini.

Yukarıdaki genel kavramlar dikkate alınarak, Dicle Üniversiteleri Hastanelerinde ISO9001:2008 Kalite Yönetim Sistemleri Standardı çerçevesinde; Hastanelerimizin mevcut durum tespiti yapılarak tüm işler 3 süreç grubunda(Operasyonel-Destek ve Yönetim süreçleri) kategorize edildi. Bu süreç gruplarına bağlı 15 Temel Süreç, 34 Alt Süreç ve bu süreçlerin dışında kalan işler için de Talimatlar tasniflendi. Beş adet zorunlu prosedür yazıldı. Tüm çalışanlarımızın unvanlarını kapsayan Görev Tanım Listesi (171 adet tespit edildi) belirlenerek Görev Tanımları yazıldı. Tüm birimlerimiz (45 AD/BD Başkanlığı ve 48 İdari Birim olmak üzere 93 birim) listelenip kodlandı ve Süreç kategorilerimize (Operasyonel-Destek-Yönetim) uyumlu Birim Yazışma Kodlama çalışması tamamlanarak Yazı İşleri Birimimize teslim edildi. Kalite El Kitabı(KEK) ve Organizasyon El Kitabı(OEK) hazırlanıp, basımı yapılarak tüm birimlere teslim edildi. 1001 adet cihazımızdan, kalibrasyonu yapılması gereken 836 adet tıbbi cihaz kalibre edildi. Müşteri Memnuniyet anketleri uygulandı. Kuruluş içi iç tetkik yapıldı. Yönetimin Gözden Geçirilmesi toplantısı yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Kalite, ISO Standardı, Risk Yönetimi,

SALON - III

Moderatör

Konuşmacılar

BİNA VE TESİS GÜVENLİĞİ

Prof. Dr. Yekta Ülgen, Boğaziçi Üniversitesi, Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü, TÜRKİYE

AÇIL DURUMLARA SÜREKLİ HAZIR KALABİLMEK İÇİN TATBİKAT

Özden Baylam

Anadolu Sağlık Merkezi / Kocaeli / Türkiye

AMAÇ: Sağlık hizmeti veren kurumlar 7/24 hizmet sunmak durumunda olup afet vb. durumlarda diğer kurumların işlerinin aksaması ya da durması sözkonusu iken sağlık hizmeti veren kurumların böyle zamanlarda iş yükü daha da artmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarının afet vb. olağandışı durumlara hazırlıklı olması, sürecini aksatacak durumları belirleyerek hizmet sunumunu kesintiye uğratmadan sürecin yürütülebileceği bir sistem oluşturması gerekmektedir. Gerçekleşebilecek riskli ve olağandışı durumlara karşısında iş sürekliliğinin ve çalışan / hasta güvenliğinin sağlanması için her an hazır olabilmek adına tatbikatların planlanması, uygulanması ve iyileştirmeye açık alanlarının belirlenerek geliştirilmesi gerekir. Bu çalışmada sağlık kurumları için tatbikat planının nasıl yapılabileceği ve hangi başlıklar kapsayabileceği anlatılmaktadır.

YÖNTEM: Tatbikatlar için yıllık planlama yapılması ve kurumda hangi tatbikatların hangi yöntemle, kimlerin katılımı ile yapılacağına karar verilmesi gerekir. Uygulanacak tatbikatların başlıklarının, sıklığının, uygulama yerlerinin ve sorumlularının belirlenmesi ve 1 yıllık takvime yerleştirilmesi ile kurumun tüm lokasyonlarını kapsayacak şekilde düzenlenmesi, periyodik aralıklarla ve ihtiyaç duyulan alanlarda yapılmasının sağlanması, benzer tatbikatların birbiriyle çakışmasının önlenmesi ve genel planın bir takvim üzerinde görülmesi sağlanmalıdır. Bu çalışmanın adımları aşağıdakiler içerebilir:

- Çalışma grubunun oluşturulması
- Tatbikat başlıklarının oluşturulması (Yangın, deprem, iş ve hasta güvenliği tatbikatları vb.)
- Tatbikat sıklıklarının belirlenmesi (yıl 1, ayda 1 vb.)
- Tatbikat yerlerinin ve zaman dilimlerinin belirlenmesi (Yatan hasta katları-poliklinikler; gündüz-gece vb.)
- Tatbikat yönteminin belirlenmesi (Masabaşı tatbikatı, uygulama vb.)
- Tatbikat katılımcılarının belirlenmesi (Hekimler, hemşireler, bölüm 21 çalışanları vb.)
- Tatbikatlardan sorumlu departman ve kurulların belirlenmesi (Tesis Güvenliği Kurulu, İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu vb.)
- Takvime lokasyonlar ve aylar bazında işlenmesi (Hastane, uydu klinikler gibi)

BULGULAR: Anadolu Sağlık Merkezi yıllık olarak planladığı tatbikatları yıl içinde uygulamakta ve yapılan her tatbikat sonrasında bir değerlendirme toplantısı yapmaktadır. Değerlendirme toplantılarında tatbikata katılan ve iyileştirme süreçlerinde yer alacak tüm personelin bulunması sağlanır. Tatbikat sırasında kaydedilen video görüntüleri, fotoğraflar ve alınan notlar değerlendirilerek her bir katılımcıya tek tek söz hakkı verilir. Olumlu ve olumsuz yanlar görüşülerek iyileştirme önerileri alınır. Tatbikatın planlama aşamasında tutulmaya başlanan Tatbikat Planı ve Uygulama Raporu tamamlanarak aksiyon planı oluşturulur. Rapor ilgili bölümler ve yönetim ile paylaşılır. İlgili bölümler / kurullar tarafından aksiyon planlarının takibi sağlanır.

SONUÇ: Yapılan tatbikatlar varolabilecek olağandışı durumları ya da hizmet sürecini aksatacak tüm durumları içerecek şekilde planlanarak uygulandığında ve tüm uygulamalar sonrası yapılan değerlendirme ile aksiyon planları oluşturulduğunda sürekli gelişime dayalı ve her an acil durumlara hazır bir kültür oluşturulmuş olacaktır.

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNİN ETİLEN OKSİT İLE STERİLİZASYON GÜVENLİĞİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

1. Ahmet Bal, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye
2. Aynur Çalış, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Giresun/Türkiye

Çalışmanın amacı: Etilen oksit (EO) sterilizasyonu düşük ısıda, standart sürelerde, basınç, nem ve etilen oksit gazı ile sterilizasyon işleminin gerçekleştirilmesidir. Dezavantajlarının yanı sıra, birçok malzeme ile uyumlu olması, ısıya, neme duyarlı plastik malzemelerin sterilizasyonu için birçok kurum tarafından tercih edilen bir yöntemdir.

Hastanemizde yüksek riskli alan olarak belirlenen Etilen Oksit (EO) sterilizasyonu çalışmaları durumunu saptamak, iyileştirme de odaklanmamız gereken çalışmaları belirleyerek uygulamaların olması gereken standartlara yükseltilmesi ve hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak.

Yöntem: EO sterilizasyonu yapan ünitenin değerlendirilmesinde, fiziki koşullar, cihaz özellikleri, yükleme özellikleri, havalandırma, koruyucu önlemler, çalışan güvenliği, dokümantasyon ve kayıtları içeren 7 ana konu'da 25 parametrede hazırlanan değerlendirme seti kullanılmıştır. Değerlendirme seti literatür taraması yapılarak güncel bilgiler doğrultusunda hazırlanmıştır. Değerlendirme skorları "evet, hayır" şeklinde düzenlenmiş, parametreleri karşılama düzeyi yüzde, oran ve ortalama olarak değerlendirilmiştir. 2010 yılında 3'er ay ara ile yapılan değerlendirme sonuçları ele alınmıştır.

Bulgular: (EO) sterilizasyonu 2010 yılı ağustos ayında hizmet vermeye başlamıştır. (EO) sterilizasyon cihazı kartuşlu sistemdir. Değerlendirme seti, Çalışan Güvenliği ile Dokümantasyon ve kayıt %24, Fiziki Yapı %16, Yükleme Esasları, Havalandırma %12, Kritik değişkenler %4 konularından oluşmuştur.

1. değerlendirmede parametreleri karşılama düzeyi ortalaması %12 olarak belirlenmiştir. Değerlendirme sonuçlarının incelenmesinde; Fiziki yapı konusunda %50, Havalandırma konusunda ise %33 oranında parametreleri karşıladığı diğer tüm konulardaki parametreler iyileştirme alanları olarak belirlenmiştir.

2. değerlendirme de ise, parametreleri karşılama düzeyi ortalaması %96, dir. 1.değerlendirmeye göre %84 oranında artış vardır. "Etilen oksit sterilizasyonu için kritik değişkenler" konusu iyileştirme gereken tek alan kalmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda EO sterilizasyonu yapan birimizin Parametrelerin karşılama düzeyi %96'lık oran ile yüksek seviyede bulunmuştur.

Değerlendirme sürecinde işlemlerin standardizasyonuna yönelik çalışma dokümanlarının hazırlanması, yapılan eğitim çalışmaları bu süreçte etkili olmuştur.

Anahtar Kelime: EO Sterilizasyonu 1, Yüksek Risk 2, Hasta ve Çalışan Güvenliği 3.

TANISAL RADYOLOJİ UYGULAMALARINDA HASTA VE ÇALIŞANLARIN RADYASYON FARKINDALIĞI

Levent SONĞUR(1), Kamer AKYOL AYTÜRK(2)

Van Devlet Hastanesi, Sağlık Fizikçisi (1), Kalite Temsilcisi (2), Van Türkiye

Radyasyon enerjinin parçacık ya da dalga şeklinde yayılmasıdır ve genel olarak sınıflandırıldığında iyonize ve iyonize olmayan olmak üzere ikiye ayrılır. Radyasyon uygulamaları tıpta tanısalsal ve tedavi amaçlı olmak üzere yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Tanısal radyoloji uygulamalarında x ışınları kullanılmaktadır. X ışınları dalga şeklinde yayılan ve iyonize edici bir radyasyon türüdür. İyonize edici olması sebebiyle zararlı olduğu bilinmekte ve uygulamaların kontrol altında gerçekleşmesi gerekmektedir. Radyasyon duyu organlarımızla algılanmadığı gibi zararları da alınan dozun etkisine göre kısa süre içinde ya da çok uzun sürede görülebilir. Modern tıbbin tanı belirlemedeki vazgeçilmez unsurlarından biri olan x ışınları uygulamalarının yapılmasına karar verilirken fayda-risk analizi kesinlikle yapılmalı ve net bir fayda sağlamayan hiçbir radyasyon uygulaması yapılmamalıdır. Ayrıca uygulama yapılırken de çok hassas ve dikkatli olunmalıdır. Hasta ve çalışan güvenliği kapsamında önemli olan bu konuda hastaların ve çalışanların yeterince bilgi sahibi olmadıkları için gereken hassasiyeti göstermedikleri düşünülmektedir. Bu hassasiyetin farkındalığını ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmada 50 hastaya ve radyasyon alanında çalışan 50 personele 20 şer sorudan oluşan anketler uygulanmıştır. Anket sonuçları SPSS paket programında değerlendirilerek tablolar ve diyagramlar halinde verilmiştir. Sonuçlar analiz edildiğinde, hastaların çoğunun radyasyon uygulamaları hakkında farkındalığının az olduğu ve alacakları riskleri bilmedikleri görülmüştür. Radyasyon alanında çalışan personellerin de kendilerini radyasyondan yeterince koruyamadığı, radyasyon bilgilerinin yeterli olmadığı görülmüştür. Bu konuda hasta ve çalışan güvenliği kapsamında alınması gereken tedbirler ve öneriler çalışmada sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: radyasyon, x ışınları, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, spss paket programı

HASTA GÜVENLİĞİNDE; MEDİKAL CİHAZ KULLANIM GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

DERYAHANOĞLU, Onur KESKİN, Ali Ümit, YILDIZ, Alper

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi / İstanbul / Türkiye

AMAÇ: Medikal cihaz kullanım hatasından kaynaklanan hasta güvenliğini riske edecek olayların oluşumunun önlenmesi.

MATERYAL, METOD: Sürekli iyileştirme aracı olarak PUKE (Planla-Uygula-Kontrol Et-Eyleme Geç) Döngüsü, Beyin Firtınası, Kök-Neden Analizi, İstatistiksel Analiz yöntemleri kullanılmıştır.

BULGULAR:

Problem Tespiti:

- Hasta güvenliğini etkileyen medikal cihaz kullanımıyla ilgili 14 adet UYGUNSUZLUK
- Bildirimi yapılan 2494 arızanın 145 adetinin; 94'ünün Ameliyathane, 51'inin Genel (Poliklinik - Hasta Katları - Yoğun Bakımlar) kullanıcı hatası olması,
- Artan kullanıcı ve doktor şikâyetleri.

Sürekli İyileştirme Takımı Kurulması: Problemin takibi, iyileştirmesi için Biyomedikal Sistemler Müdürlüğü'nün öncülüğünde, Kalite, Hekimlik - Hemşirelik Çalışanlarının yer aldığı Sürekli İyileştirme Takımı kurulmuştur.

Kök Neden Analizi: Belirlenen kriterler PUKE döngüsü ve Kök Neden Analizi yöntemiyle önceliklendirilmiş, en fazla probleme sebep olan kriter başlangıç kabul edilerek uygulama kararları alınmıştır.

Uygulama Kararları:

- Bu sürecin işlerliğini artırmak amacıyla "Sürekli Uygulamalı Eğitim Planı" oluşturulması
- 1. uygulama alanı Ameliyathane 2. uygulama alanı olarak Genel alanlar belirlenmesi
- Biyomedikal Sistemler Müdürlüğü ve Ameliyathane çalışanlarının "Yetkilendirilme Planı" oluşturulması
- Sadece Ameliyathane Bölümünde görev yapacak bir "Biyomedikal Teknikeri" görevlendirilmesi

Hedeflenen Sonuçlar:

- Beklenmedik olay ortaya çıkma olasılığına engel olmak, hasta güvenliğini sağlamak
- Toplam bildirim yapılan pay içindeki kullanıcı kaynaklı arıza, hata oluşumunu %5'den %1'e düşürmek.
- Uygunsuzluk sayısını %50 oranında düşürmek.
- Hata maliyetini toplamda %25 oranında azaltmak.
- Medikal cihaz kullanıcı güvenliğini, memnuniyetini arttırmak.
- Cihaz downtime sürelerini minimuma indirmek.

1. Karşılaştırma Analizleri:

- Sürekli uygulamalı eğitim modeliyle hasta güvenliğini yüksek risk altına sokan beklenmedik olay ortaya çıkma olasılığının azaldığı
- Dönem sonunda toplam bildirilen arıza sayıları içindeki kullanıcı hatası sayısının 145'ten 76'ya düştüğü, %47'lik bir iyileşme sağlandığı,
- Hata maliyetlerinin toplamında %20 oranında iyileşme kaydedildiği,
- UYGUNSUZLUK sayılarında ciddi oranda düşüş görüldüğü,

Yeni Uygulama Kararları:

- Ameliyathane Bölümünde operasyon öncesi kontrol mekanizması işlerliğinin devamı sağlanmasına,
- Ameliyathane bölümünden sorumlu biyomedikal teknikerinin etkinliğinin, bölümler arası etkileşiminin artırılarak operasyon sırasındaki doktor memnuniyetinin artırılmasına,
- Ameliyathane bölümünden sorumlu biyomedikal teknikeri tarafından yapılacak olan günlük teknik kontroller in Bakım onarım yazılımına dahil edilerek uygulamaya alınmasına,
- Cihaz kullanıcıları tarafından günlük kullanıcı kontrolleri için yöntem oluşturulmasına ve uygulamaya alınmasına karar verildi.

2. Karşılaştırma Analizleri:

- Bu dönemde veriler aylık olarak toplanmış, analiz edilmiş, dönem sonunda toplam bildirilen arıza sayıları içindeki kullanıcı hatası sayısının 76'dan 23'e düştüğü, %69'luk bir iyileşme sağlandığı,

- Hata maliyetlerinin toplamında %51 oranında iyileşme kaydedildiği,
- Sadece 1 adet UYGUNSUZLUK bildirimi yapıldığı görülmüştür.

SONUÇ:

- Hasta Güvenliğini yüksek risk altına sokan beklenmedik olay ortaya çıkma olasılığının bu iyileştirme planı çalışmasından elde edilen başarılı sonuçlar nedeniyle önüne geçilmiştir.
- Toplam bildirilen arıza sayıları içindeki kullanıcı hatası sayısı %5'den %1'e gerilemiştir.
- Kullanıcı hatası sayısının 145'ten 23'e düştüğü toplamda %84 oranında iyileşme sağlandığı gözlenmiştir.
- Medikal cihaz kullanım hatalarıyla ilgili oluşan ekonomik maliyetler toplamında %60 oranında iyileşme sağlanmıştır.
- UYGUNSUZLUK sayılarında %98 oranında iyileşme sağlanmıştır.
- Cihaz "arızalı kalma" sürelerinde azalma gözlenmiştir.

13:30 – 15:00 **PARALEL OTURUMLAR IV**

SALON - III

TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRELİK BAKIM KALİTESİNİN ÖNEMİ

Modaratör

Op.Dr. S. Cüneyt Aydemir, Medicana Sağlık Grubu, Kalite Koordinatörü, Göğüs Cerrahi Uzmanı, İstanbul, TÜRKİYE

Konuşmacılar

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATALAR VE HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN ALGILAMALARI

Uğur Esra*, Çiftçi Ersoy Özlem, Semiz Aydın Seçil**, Akbal Elif****

*** Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye**

**** Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, İstanbul, Türkiye**

AMAÇ : Hasta güvenliği tüm sağlık ekip üyelerinde olduğu gibi temel hemşirelik bakımının da önemli unsurlarındandır. "Tıbbi hatalar neden ileri geliyor?" sorusunun cevabını verebilmek ve hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapabilmek için öncelikli olarak sistemik bir yaklaşım içine girmek gereklidir. Bu yaklaşım içinde kanıt toplama ve araştırma, sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması önemli yer tutar. Bu çalışma; bir üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelerin tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine ilişkin algılamalarının belirlenmesi ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine yönelik yapılacak çalışmalar ve oluşturulacak programlar için temel düzeyde veri elde edilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

YÖNTEM : Tanımlayıcı olarak planlanan çalışmanın örneklemi bir üniversite hastanesinde çalışan 112 hemşire oluşturdu. Veriler 1-20 Şubat 2011 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgiler formu ve Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi aracılığı ile toplandı. Veriler SPSS 15.0 paket istatistik programında kodlandı ve analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı, 0.05'ten küçük p değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR : Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 28.24 (± 4.58), mesleki deneyim süresi 7.71 (±4.8) yıl idi. Hemşirelerin %88.4'ü daha önce hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldıklarını, %86.6'sı hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir faaliyet içerisinde yer almadıklarını, %50.9'u meslek hayatı boyunca hasta güvenliğini tehdit eden bir olaya tanık olduklarını bildirdi. Hataya tanık olduklarında hemşirelerin sadece %31.3'ünün yazılı rapor formu doldurmuş oldukları belirlendi. Hemşireler hatalara sıklıkla personel sayısında yetersizlik (%83.9), dikkatsiz/özensiz çalışma (%64.3) ve iletişim bozukluklarının (%63.4) neden olduğunu düşündüklerini, hemşirelerin %90.2'si tıbbi hata durumunda hataların nedenleri ve sonuçlarının araştırılıp önlem alınması gerektiğini belirttiler.

Hemşirelerin %83'ünün tıbbi hatalardan korunmak için kendi farkındalıklarına çok güvendikleri, güven düzeyinin mesleki deneyim süresi ile artış gösterdiği (p<0.05) belirlendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin Hasta Güvenliği Hastane Anketi maddelerine verdikleri olumlu cevap yüzdesi %69 bulundu. Cevaplar anketin alt boyutları düzeyinde incelendiğinde en yüksek olumlu cevap yüzdesinin hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim (%98.2) alt boyutunda verildiği hemşirelerin büyük bir bölümünün (%81.3) hasta güvenliği konusunda çalıştıkları birimi mükemmel ve çok iyi olarak değerlendirdiği belirlendi. Hasta güvenliği ile ilişkili eğitim gereksinimlerinin başında stresle baş etme ve iletişim (%54.5), kimyasal madde güvenliği (%42) ve enfeksiyon kontrolü (%41.1) konularının bildirildiği görüldü.

SONUÇ : Hastanelerde hasta güvenliği sağlamada risklerin azaltılması, güvenli bir bakım süreci sağlamaya yönelik tedbirlerin alınması, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi hemşirenin görevleri yerine getirebilmesindeki başarıları kurumda yerleşmiş güvenli kültürü ile doğru orantılıdır. Hastanelerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde planlı eğitimlerin yapılması, olayların raporlanması ve analizi için güvenli ve kolay yöntemler geliştirilmesi, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik alınacak kararlara, yürütülen faaliyetlere her düzeyde hemşirenin ve diğer uygulayıcıların katılmalarını sağlanması önem taşımaktadır.

BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Meryem ALIÇI, Şengül GÜNGÖR,

Gölcük Asker Hastanesi, KOCAELİ, TÜRKİYE

Amaç: Bu çalışmanın amacı bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini ölçmek ve tıbbi hata görüme sıklıkları, türleri ve nedenlerini belirleyerek öncelik sırasına dizmektir.

Yöntem: Araştırma Kocaeli'de bulunan bir kamu hastanesinde görev yapan 50 hemşire üzerinde yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Özata ve Altunkan tarafından geliştirilen beş boyutlu ve 49 maddeden oluşan "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" ile bilgi formu kullanılmıştır. Bu ölçek beşli likert soru sistemini içermekte olup; 1 hiç, 2 çok nadir, 3 zaman zaman, 4 genellikle ve 5 her zaman anlamını taşımaktadır. Değerlendirme yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bilgi formunda demografik özellikler ile çalışma süresince kişinin karşılaştığı ve meslektaşlarında gözlemediği tıbbi hata türleri ile tıbbi hata nedenlerinin önceliklendirilmesi yer almaktadır. Veri toplama işlemi 14-25 Şubat 2011 tarihleri arasında, hastanenin etik kurulundan izin alınarak yapılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. Veriler tanımlayıcı testler ve yüzdelik değerler alınarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin %61,5'i 26-35 yaş arasında ve % 66,7'si önlisans mezunu olup, % 56,4'ünün çalışma süreleri 6-15 yıldır. Yapılan değerlendirme sonucunda, hemşirelerde hata yapma puanı 4,7 olarak bulunmuştur. En çok karşılaşılan tıbbi hata türü olarak; iğne/kesici delici alet yaralanması, ameliyat komplikasyonları, yanlış doz ilaç uygulamaları belirlenmiştir. Arkadaşlarının hatalarına şahit olma oranı ise %28 olarak tespit edilmiştir. Tıbbi hata nedenlerinin önceliklendirilmesinde en üst sıraları; yanlış yerden ilaç uygulama, çalışılan birimin sabit olmaması, iletişim eksikliği ve iş yükünün fazla olması Anketin cronbach alpha değeri 0.90 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık hizmetinin sunulduğu hastanelerde değişik oran ve türde tıbbi hata meydana gelmektedir. Tıbbi hataların yok edilmesi veya en aza indirgenmesi için; hizmet içi eğitimlerde ilaç uygulamaları ve güvenli iletişim konularına önemle yer verilmesi, yeterli hemşire istihdamı, çalışma saatlerinde düzenleme ve konularında uzmanlaşmış hemşirelerin görevlendirilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, tıbbi hatalar, hasta güvenliği, hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeği

BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24'ÜN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Kursun Şerife, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Konya-Türkiye

Kanan Nevin, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul- Türkiye

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik bakım kalitesinin hasta ve hemşireler tarafından değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24)'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Metodolojik araştırma tipinde yürütülen çalışma, Kasım-Aralık 2008 tarihleri arasında İstanbul'da iki tip fakültesi hastanesi genel cerrahi servisinde ameliyat olan 240 hasta ve bu servislere çalışan 103 hemşire ile gerçekleştirildi. Veri toplama aracı olarak hasta ve hemşireler için tanıtıcı bilgi formu ve hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesini sağlayan Bakım Davranışları Ölçeği-24 kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde, geçerlik analizinde kapsam geçerlik indeksi, doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirlik analizinde pearson momentler çarpımı korelasyonu, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ve pearson momentler çarpımı korelasyonu düzeltilmiş formülü (point-bi-serial) kullanıldı.

Bulgular: Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik çalışması için yapılan kapsam geçerliği uzman görüşleri ile değerlendirildi ve kapsam geçerlik indeksi %95 bulundu. Yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri hastalarda ki-kare= 885.71, (p= 0.000), serbestlik derecesi= 246, RMSEA= 0.10 (p<0.05), SRMR= 0.059, CFI= 0.97, NNFI= 0.97, GFI= 0.76 ve AGFI= 0.71, hemşirelerde ise ki-kare= 473.98, (p= 0.00), serbestlik derecesi= 246, RMSEA= 0.095 (p<0.05), SRMR= 0.076, CFI= 0.97, NNFI= 0.96, GFI= 0.72 ve AGFI= 0.66 olarak bulundu. Güvenlilik çalışması için yapılan test-tekrar test korelasyon sonuçları hastalarda 0.84, hemşirelerde 0.82'dir. Ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri hastalarda 0.97, hemşirelerde 0.96; alt boyutlar için ise hastalarda 0.89-0.93 hemşirelerde 0.81-0.94 arasında olduğu belirlendi. 24 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonu hastalarda 0.59-0.84 arasında, hemşirelerde ise 0.53-0.85 arasında olup, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olduğu saptandı. Sonuç: Çalışmanın sonucunda, Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe formunun, hastanelerin farklı birimlerinde, hemşirelik bakım kalitesinin hasta ve hemşireler tarafından değerlendirilmesi amacıyla kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlendi. Anahtar kelimeler: Hasta, hemşire, hemşirelik bakımı, ölçek uyarlaması

HASTA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN ANALJEZİK KULLANIMINDA HASTA BİLGİLENDİRME

FAYDALI, Saide, Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Aksaray, Türkiye
BAYRAKTAR, Nurhan, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

Amaç: Bu çalışma cerrahi hastalarının, hemşireler tarafından analjezik uygulanmasına ilişkin görüşlerini ve konu ile ilgili bilgilendirilme durumlarını saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Materyal ve Metod: Bu çalışma Türkiye'de gerçekleştirilen "Analjeziklerin Kaliteli Kullanımına İlişkin Verilen Eğitimin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi" konulu doktora tezinden üretilmiştir. Adı geçen çalışmada hemşirelerin cerrahi kliniklerinde analjeziklerin kaliteli kullanımı ile ilgili eğitim öncesi ve sonrasında bilgi ve uygulamaları değerlendirilmiştir. Ağrısı olan ve hemşireler tarafından analjezik uygulanırken gözlemlenen 210 hastaya yüz yüze görüşme yoluyla, hemşirelerin analjezik uygulamaları ile ilgili görüşleri ve analjezik uygulaması ile ilgili bilgilendirilme durumları sorulmuştur. Veriler SPSS veri tabanında ortalama, yüzde ve ki-kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Görüşme yapılan hastalar 17-84 yaş aralığındadır. Hastaların %55.9'u erkeklerden, %54.1'i kadınlardan oluşmaktadır ve %55.7'si postoperatif dönemdedir. Hastaların %46.7'si analjezik tedavisi ile ilgili hemşirelerin verdiği hizmetten memnun kaldığını ifade etmiştir. Hastalara hemşireler tarafından analjezik kullanımı ile ilgili yeterli bilgi verilemediği saptanmıştır. Hastaların yaşına, cinsiyetine, eğitim düzeyine, hastanede yatış süresine, preoperatif ya da postoperatif dönemde olma durumuna ve hemşirelerin analjeziklerin kaliteli kullanımı ile ilgili eğitim alma durumlarına göre; hastaların memnuniyeti ve analjezik kullanımı ile ilgili bilgilendirilme düzeyleri karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç ulaşılamamıştır (p>0.05).

Sonuç: Analjeziklerin kullanımı ile ilgili hastaların bilgilendirilmesi, ağrı tedavisinin etkinliği, ilaç kullanım hatalarını önleme ve hasta güvenliği açısından önemlidir. Planlı hasta eğitimi ilaç kullanımında kalitenin artmasını sağlayacaktır.

HEMŞİRELERİN DÜŞME RAPORLANMASINA İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLARI

1.KESGİN Vildan, 2.ÇİFTLİK Emine Elvan,3.ÖZKAN Serpil, 4.KURT DURMUŞ Meral, 5.ÇOBAN Didem,6.YİĞİT Özgür

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

1 Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

1 Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

1 Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

1 Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

1 Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

1 Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

JCI Uluslararası hasta güvenliği hedeflerinin 6. olan düşme, bireyin herhangi bir zorlayıcı kuvvet, baygınlık ya da inme olmadan, dikkatsizlik sonucu bulunduğu düzeyden daha aşağıdaki bir düzeyde hareketsiz hale gelmesidir (Işık 2006; Myers 2002).

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek ve hataları azaltmaya yönelik kullanılan en önemli yöntem; hataların rapor edilmesi ve analizidir. (Aorn Guidance Statement: Creating a Patient Safety Culture) Hastaların hastane ortamında düşmesinin tamamen önlenemeyeceği ancak uygulanacak etkin koruyucu önlemler ile en aza indirilebileceği belirtilmektedir (Heinze, Halfens, Roll ve Dassen 2006; Hitcho 2004; Suzanne 2005).

Fakat tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de düşme gibi hasta güvenliğini tehdit eden olayların bildirimine ilişkin sıkıntılar yaşanmaktadır.

Yapılan bu çalışma, ile sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yere sahip olan hemşirelerin Hasta ve çalışan güvenliğinin vazgeçilmezlerinden olan hasta düşmelerini bildirmeleri ile ilgili tutum ve davranışlarının belirlenerek hasta düşmesi bildirimleri konusundaki farkındalıklarının artırılması amacıyla yapılmıştır.

Ekim-Aralık 2010 tarihleri arasında tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen çalışmanın örneklem grubunu araştırmaya katılmayı kabul eden 139 hemşire oluşturmuştur. Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan 15 soruluk anket formu kurum amirinden izin alındıktan sonra katılımcılara uygulanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 29,81±7,180'dir. Meslekte çalışma yılı ortalamaları 9,82 ±7,138'dir. Çalışanlara "hasta düşmeleri konusunda bu güne kadar eğitim alıp almadıkları" sorulduğunda %84,9'u eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Çalışanlara "düşen hastalarıyla ilgili raporlama yapıp yapmadıkları" sorulduğunda ise % 56,8 raporlama yaptıklarını, % 43,2'si ise yapmadıklarını belirtmişlerdir. Öğrenim durumlarına baktığımızda %2,9 yüksek lisans, %46,8 lisans, % 25,9 ön lisans, %24,5'i lise mezunudur. Lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanları %30,4 oranında bildirirken, lisans ve yüksek lisans eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanları %69,6 oranında bildirim yapmışlardır. (p=0,000) Yine eğitim seviyesi arttıkça düşmelerin önlenmesi için önerilerde bulunma oranı da artmaktadır. Bildirimde bulunan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu öncelikli doktor haber verdiğini (%62,0) ve hasta dosyasına not düştüğünü belirtmişlerdir. Raporlama yapmayan çalışanlara sebebini sorduğumuzda büyük çoğunluğu yanıt %35'i onları savunacak yeterli hukuki düzenleme olduğuna inanmadığını, %5 'i bildirdiğinde cezalandırıldığını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak; hemşire hastanın kabulünden taburculuğuna kadar geçen sürede düşme riski açısından hastayı uygun ölçeklerle değerlendirmelidir ve gerekli önlemleri almalıdır. Ayrıca hemşireler bildirim yapmaları konusunda desteklenmelidir.

Herhangi bir düşme vakasının bildirimi sonucunda yapılacak analizler koruyucu önlemlerin alınması için şarttır.

Anahtar Kelimeler:Hasta ve çalışan güvenliği, Düşme , Olay raporlama

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMI RİSKLERİ İLE İLGİLİ ALGILARI VE BU ALGILARI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Gündoğdu Seval, Mendeş Hatun,
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Hemşirelerin çalışma ortamı riskleri ile ilgili algılarını ve bu algıları etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan 280 hemşire, örneklemi ise araştırmaya katılmayı kabul eden, izni ve raporlu olmayan 150 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada 41 sorudan oluşan "Hemşirelerin Çalışma Ortamı Riskleri İle İlgili Algılarının Belirlenmesi" anketi kullanılarak, veriler ortalama, standart sapma ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin %57,3'ü günlük çalışma süresinin 8 saatten fazlasını ayakta geçirdiğini ve %62,7'si çalışma ortamı tehlike ve riskleri konusunda hizmet içi eğitim aldığı belirtilmiştir. %74,7'si enfeksiyonların, %88,7'si stresin, %66'sı aşırı uzun çalışmanın ve %61,3'ü havasız ortamın çalışma ortamlarında sağlığını olumsuz etkilediğini düşünürken; %75,3'ü hemşirelik mesleğinin yüksek riskli bir meslek olduğunu düşünmektedir. %40'ı çalışma ortamında hiçbir hastalığa maruz kalmadığını belirtirken; hastalıklara maruz kalanların %70'i varis ve %62,2'si kronik bel ağrısı şikayeti olduğunu söylemiştir. Hemşirelerin %64'ü son 6 ay içerisinde herhangi bir mesleki travmayla karşılaşmazken; karşılaşanların %74,1'i kesici, delici cisim yaralanması yaşadığını ifade etmiştir. %19,3'ü çalışma ortamında ruhsal travmayla karşılaşmazken; karşılaşanların %65,3'ü hasta ve hasta yakını tarafından sözel şiddet ve saldırıya maruz kaldığını belirtmiştir. 25 ve altı yaş grubundaki hemşirelerin %77,3'ü, 36 yaş ve üzerindeki hemşirelerin %41,7'si çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı aldıkları önlemlerin yetersiz olduğunu düşünmektedir (p=0,04 x²:8,17). 25 ve altı yaş grubundaki hemşirelerin %52'si çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı aldıkları önlemleri sık sık uygularken; 36 yaş ve üzerindeki hemşirelerin %58,3'ü bu önlemleri elinden geldiğince uyguladığını belirtmiştir (p=0,04 x²:17,63). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin %66,7'si, poliklinikte çalışan hemşirelerin %16,7'si çalıştıkları bölümün sağlığı açısından yüksek riskli olduğunu düşünmektedir (p=0,03 x²:10,14).

Poliklinikte çalışan hemşirelerin tümü çalışma ortamında iş kazası geçirme riskini yüksek bulmazken, ameliyathanede çalışan hemşirelerin %59,3'ü riski yüksek bulmaktadır (p=0,001 x²:17,63). Servislerde çalışan hemşirelerin %75'i, poliklinikte çalışan hemşirelerin %16,7'si çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı aldıkları önlemlerin yetersiz olduğunu düşünmektedir (p=0,004 x²:15,63). Servisler (%78,6), yoğun bakım (%87) ve acilde (%77,8) çalışan hemşireler, poliklinik (%58,3) ve ameliyathanede (%51,9) çalışan hemşirelere göre enfeksiyonların çalışma ortamlarında sağlığını daha fazla olumsuz etkilediğini düşünmektedir (p=0,01 x²: 12,75). Poliklinikte çalışan hemşireler (%58,3), acil (%88,9), servis (%89,3), ameliyathane (%88,9) ve yoğun bakımda (%95,7) çalışan hemşirelere göre çalışma ortamlarında stresin sağlığını daha az olumsuz etkilediğini belirtmiştir (p=0,04 x²: 10,02). Ameliyathanede çalışan hemşireler diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre kimyasal maddelerin sağlığını daha fazla olumsuz etkilediğini belirtmiştir (p=0,009 x²: 13,45). Yoğun bakımda çalışan hemşireler (%39,1) servis ve poliklinikte çalışan hemşirelere göre (%73,9) daha az kronik bel ağrısı hastalığı yaşadığını ifade etmiştir (p=0,01 x²:7,89). Servisler (%82) ve acilde (%85,7) çalışan hemşireler ameliyathanede (%5,3) çalışan hemşirelere göre hasta ve hasta yakını tarafından sözel şiddet ve saldırıya daha fazla maruz kaldığını belirtmiştir (p=0,000 x²:39,90). Ameliyathanede (%78,9) çalışan hemşireler, poliklinikte (%25) çalışan hemşirelere göre daha fazla meslektaş çatışması yaşadığını ifade etmiştir (p=0,01 x²:12,11). Acilde çalışan hemşireler (%33,3), poliklinik (%0) ve yoğun bakımda (%4,3) çalışan hemşirelere göre uygunsuz ve vücudunu zorlayıcı pozisyonlarda çalışmamaya her zaman dikkat ettiğini belirtmişlerdir (p=0,01 x²:19,82).
Sonuç: Hemşirelerin çalışma ortamı riskleri algılamaları ile yaş, çalışılan bölüm ve diğer sosyodemografik özellikler arasında anlamlı farklar olduğu belirlenmiştir.

SALON - IV

KLİNİK RİSK YÖNETİMİ UYGULAMALARI

Modaratör

Dr. Erhan Önal, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, İl Sağlık Müdür Yardımcısı, Ankara, **TÜRKİYE**

Konusmacılar

HEMODİYALİZ ÜNİTESİNDE HATA TÜRLERİ VE ETKİLER (FMEA)

BÖLÜKBAŞ Cemile1, GÜR Ahmet1, KAÇAR Gülay1, DEMİRBAŞ Yeliz1, YAVUZ Nihal1, AYDEMİR Salih Cüneyt2

1. Medicana International İstanbul, İstanbul Türkiye

2. Medicana Sağlık Grubu, Türkiye

Giriş ve Amaç : Sağlık hizmetleri sunum süreçlerinde hasta güvenliğini olumsuz etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bazı süreçler; hasta durumunda hasta üzerinde kalıcı olumsuz etki yarattıkları için diğer süreçlerden daha öncelikli olarak ele alınması gerekir. Hemodiyaliz tedavileri invaziv bir işlem olarak göz önüne alındığında; insan faktörü ve uygulama hataları açısından yüksek riskli süreçlerden oluşmaktadır.

Çalışmamızda, Medicana International İstanbul Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi süreçlerinin güvenilirliğini belirlemek ve süreç kalitesini artırmak, potansiyel hata nedenlerini belirleyerek; hata riskini hesaplamak ve riskli alanları önceliklendirerek, yüksek riskli olan süreçleri güvenli hale getirmek amaçlanmıştır.

Yöntem ve Materyaller : Hemodiyaliz ünitemizdeki süreçlerin güvenilirliğini tespit etmek ve önlem alınması gereken süreçleri belirlemek için 20 hemodiyaliz cihazı bulunan hemodiyaliz ünitesinde Ocak 2010- Aralık 2010 tarihleri arasında yaklaşık 10000 seans takip edilerek bu çalışma yapılmıştır.

FMEA çalışması için Hemodiyaliz Ünitesi, Hemşirelik Hizmetleri, Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Kalite Yönetimi Bölümlerinden multidisipliner bir ekip oluşturulmuştur.

Ekip üyeleri tarafından hemodiyaliz işleminin ana ve alt süreçleri tanımlanmıştır. Alt süreçlere ilişkin tüm olası hata türleri, nedenleri, etkileri, etkilerinin şiddeti ve saptanma olasılıkları belirlenmiştir. Risk Öncelik Parametreleri Tablosundan faydalanılarak tespit edilen olası hataların etki (şiddet) puanı (S), bu hatanın etkileri sonucunda olasılık puanı (O) ve olayın saptanabilirliği (D) çarpımı ile elde edilen risk öncelik puanı (RÖP) hesaplanmıştır. Risk öncelik puanı (RÖP) için eşik değerler belirlenerek RÖP>100 olan süreçler için önleyici faaliyet başlatılmıştır. RÖP<100 olan süreçler çalışma kapsamına alınmamıştır.

Bulgular . Yapılan FMEA çalışması sonucu 7 adet ana süreç, 35 adet alt süreç ve bu süreçlere ilişkin 50 adet potansiyel hata, 63 olası hata nedeni ve etkisi tanımlanmıştır. Ana ve alt süreçlere ilişkin Risk Öncelik Puanları (RÖP) hesaplanmıştır. Tespit edilen risk öncelik puanı (RÖP) 2374'ten geliştirilen uygulamalar ve alınan önlemler sonucunda 1235'e getirilmiş ve %47,9 oranında düşüş sağlanmıştır. Hastaların değerlendirilmesi sürecinde % 61,3, teknik hazırlık aşamasında %7,4, hastaların kabul sürecinde %26,4, tedavi sürecinde %61,4, hemodiyaliz sonlandırılması sürecinde %15, hastaların taburculuğu sürecinde % 22,5, cihaz ve oda temizliği sürecinde % 61,5 oranında iyileşme sağlanmıştır.

Sonuç : Sonuç olarak; FMEA çalışması ile riskleri minimize ederken; mevcut önlemlerin etkinliği de değerlendirilmiştir. Hemodiyaliz ünitesinde mortalite ve morbiditeyi azaltmak için süreç yönetiminin güvenliğinin sağlanmasında özellikle tıbbi personelin eğitimi ve bilgilerinin güncellenmesinin çok önemli olduğunu düşünmekteyiz.

GİRESUN PROF. DR.A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ YOĞUN BAKIM ENFEKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Bal Ahmet,2. Demir Meral,3. Erelvi Keziban,

Prof. Dr.A.İlhan Özdemir Devlet Hastanesi , Giresun/Türkiye

Anahtar Kelime ; Yoğun bakım enfeksiyonu, sağlık bakım kaynaklı enfeksiyonlar, invaziv araç günü , invaziv girişim,

Amaç: Modern tıbbin kaçınılmaz bir gereksinimi olan yoğun bakım ünitesi (YBÜ), sağlık bakım kaynaklı enfeksiyonların (SBK) sık görüldüğü ve mortalitesinin en fazla olduğu, invaziv girişimlerin sık uygulandığı ve dirençli mikroorganizmaların daha çok izole edildiği birimlerdir.1 YBÜ'lerinde enfeksiyon gelişme riski 6- 20 kez artmaktadır. 2 Çalışmamızın amacı; 2010 yılı içinde YBÜ'lerimizde tedavi gören hastalarda gelişen sağlık bakım kaynaklı enfeksiyonları ve dağılımlarını inceleyerek ulusal ve uluslar arası verilerle kıyaslama yapmaktır.

Materyal ve Metod : 1 Ocak-31 Aralık 2010 tarihleri arasında hastanemizin Anestezi Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi (ARYBÜ), Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi (NYBÜ), Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi (DYBÜ)nde gelişen sağlık bakım kaynaklı enfeksiyonlar klinik ve laboratuvar verilerine dayalı aktif prospektif süreyans yöntemi ile izlenmiştir. Veriler enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından hasta süreyans formuna kaydedilmiş ve "Centers for Disease Control and prevention (CDC) " tanı kriterlerine göre tanımlanmıştır. Verilerin istatistikleri ; YBÜ SBK Enfeksiyon Hızı: Hastane enfeksiyonu sayısı/Yatan hasta sayısı) x 100, Araç Kullanımı ile ilişkili SBK Hızı : Araç Kullanımı ile ilişkili SBK Enfeksiyon Sayısı/Alet günü) x 1000, Araç Kullanım Oranı: Araç günü sayısı/hasta günü, formülleri ile hesaplanmıştır.

Bulgular : 2010 yılında YBÜ'lerimizde 1062 hasta 8218 hasta gününde takip edilmiş, enfeksiyon hızı (122 enfeksiyon) % 11,48 bulunmuştur. Tanılarına göre değerlendirildiğinde en sık %38,52 oranında kan dolaşımı enfeksiyonu geliştiği görülmüştür. Bunu %29,50 oranında pnömoni ve % 18 oranında üriner sistem enfeksiyonu izlemiştir. Hızların YBÜ'lerine göre dağılımı: ARYBÜ % 21, NYBÜ % 12,82, DYBÜ % 2 bulunmuştur.

Araç Kullanımı ile ilişkili SBK Enfeksiyon incelendiğinde; en sık Ventilator ilişkili Pnömoni (VIP) 9,43 ve ventilatör kullanım oranı 0,72 ve Santral Venöz Kateter ilişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu (BAKT-KAT) Hızı 6,13 ve SVK kullanım oranı 0,70 olarak ARYBÜ'de bulunmuştur. Bunu Üriner Kateter ilişkili Üriner Sistem enfeksiyonu (ÜSE-KAT) Hızı 3,25 ve Üriner kateter kullanım oranı 0,99 olarak NYBÜ izlemiştir.

Enfeksiyon etkenleri incelendiğinde en sık olarak *acinetobacter spp.* % 36, *pseudomonas aeruginosa* % 15, candida % 12, *Koagulaz negatif stafilokok* % 10 ve *stafilokok aureus* % 7 oranında bulunmuştur.

Sonuç : Veriler incelendiğinde National Healthcare Safety Network (NHSN) Süreyans Sistemine göre VIP hızı 9,43 , ventilatör kullanım oranında 0,72 olarak % 90 persentilin üzerinde bulunmuştur. SVK-KDE Hızı % 75 ,SVK kullanım oranında % 90 persentile,denk gelmektedir.Veriler Türkiye Süreyans Sonuçlarına (2009) göre incelendiğinde VIP hızı %25-%50 persentil arasında ve alet kullanımı %75 persentilde ; BAKT-KAT Hızı % 50-%75 ve SVK kullanımında % 50-%75 persentil arasında bulunmuştur. Enfeksiyon kontrol hemşireleri ve hekimleri tarafından günlük vizitler yapılmakta, el hijyeni uyumu, invaziv girişimlerde aseptik tekniğin kullanılması ,sterilizasyon-dezenfeksiyon ve izolasyon uygulamaları takip edilmektedir.Yapılan süreyans sonuçlarının geri bildirimleri yapılmaktadır. Göreve yeni başlayan personele oryantasyon eğitimi kapsamında enfeksiyon önleme ve kontrol uygulamaları anlatılmaktadır. Gelişen enfeksiyonlara yönelik birim içi eğitimler ve denetimler arttırılmaktadır. İyileştirici faaliyet olarak 12 yataklı ARYBÜ'de Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak 2 yatak azaltılmıştır. 2011 yılı için araç kullanımı ile ilişkili enfeksiyon hızları % 25 persentil altında olması hedeflenmiştir.

AÇIL LABORATUVARI KRİTİK TEST DEĞERLERİNİN BİLDİRİM SİSTEMİ YÖNÜNDEN ANALİZİ:

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

1.Bal Ahmet, 2.Yılmaz Hatice, 3. Çalış Aynur,4.Korkmaz Günay,5.Memiş Resmîye, 6.Yıldız Adnan, 7. Menevşe Süleyman F.

Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

Amaç: Hasta güvenliği kapsamında, kritik test değerleri bildirim sisteminin etkinliğini değerlendirerek, bununla ilgili iyileştirme alanlarını belirlemek, hasta güvenliği uygulamalarından biri olan bildirim sisteminin etkin uygulanmasını sağlamaktır.

Önemi: Hasta güvenliğini sağlamada klinik laboratuvarlar önemli bir role sahiptir. Hastanın tanı, tedavi ve izleminde kullanılan laboratuvar testlerinin doğruluğu hasta güvenliği açısından çok değerlidir (Özarda 2009: 42-44).

Acil servisten gönderilen örneklerde hatalar yapılması, hasta güvenliğini tehdit edebilen kritik sonuçlara sebep olabilmektedir. Bu hatalar, özellikle laboratuvar test sonuçlarına dayanan yatış, taburcu ve tedavi gibi işlemlerde önemli kararların verilmesinde etkilidir (Küme vd., 2009).

Test sonucunda hastaya en kısa sürede müdahale edilmesini gerektiren veya hastaların tedavisinde önemli değişikliklere neden olabilecek sonuçlar, kritik değerler olarak adlandırılmaktadır (Dolunay ve Haşçelik, 2008).

Yöntem: 14.10.2009 – 14.09.2010 tarihleri arasında Acil Laboratuvarından bildirilen Acil Olarak Bildirilmesi Gereken Kritik Test Değerleri Formları retrospektif olarak incelenmiştir. Bildirimler Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standardı ve Hasta Çalışan Güvenliği Tamimine, çalışan tüm parametrelerin yüksek ve düşük değerlerine uygun olarak yapılmaktadır.

Bulgular: İlgili dönemde Acil Laboratuvarında 230.582 adet test çalışılmış, % 0.53 numune; % 82.67 hemoliz, % 9.57 pıhtılı, % 5.78 yetersiz ve % 1.98 yanlış numune tespiti ile reddedilmiş, 414 hastaya ait, 499 (% 0.22) kritik test değeri tespit edilmiştir. Kritik test değerleri; en yüksek % 47.3 biyokimya, en düşük ise % 2.6 koagülasyon gruplarındadır. Bildirilen kritik test değerlerinin incelenmesinde; % 16.4 beyaz kürenin, % 10.2 kan şekeri, % 7.0 üremin, % 6.0 potasyumun yüksek değerler, % 16.0 hemoglobinin, % 9.2 ise sodyumun düşük değerler olarak bildirildiği görülmektedir.

Bildirilen kritik test değerlerin bölümlere göre dağılımları; Acil Ünitesi % 60.72, Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi % 9.62, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi ise % 6.61'dir. Tetkiklerin verilme süreleri literatürlerde belirtilen sürelerle uygun olarak; biyokimya, kardiyak ve koagülasyon testlerinde 60', histogram 20', idra 40', Gaitad Gizi Kan ise 30' olarak belirlenmiştir. Tetkiklerin verilme süreleri incelendiğinde, tanımlanan sürelerle uyumlu olduğu görülmektedir.

Kritik test değerleri bildirilen hastalar, tanı ve tedavilerine göre incelendiğinde; % 32.37 oranında yatarak tedavilerinin yapıldığı görülmüştür. En fazla dahiliye servisine yatış yapılmış, bunu nefroloji servisi izlemiştir. Yatışı yapılan hastaların % 8.96'sı üst kurumlara sevk edilmiş, % 11.19'u ise ex olmuşur.

Sonuç: Hastanemizde kurulan kritik test değerleri bildirim sisteminin etkin olarak kullanıldığı, belirlenmiş olan sonuç verme sürelerine uygun çalışıldığı görülmüştür. Hizmet Kalite Standartları ve Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğde belirlenen esaslara uygun olarak kritik test değerleri için; Hastane Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden renkli uyarı, form ve telefonla olmak üzere üçlü bildirim sistemi kurulmuştur. Kritik değerlerin bildiriyle ilgili, laboratuvar çalışanlarının tamamına olmak üzere, sağlık çalışanlarının % 85'ine eğitim verilmiştir. Acil laboratuvarı çalışmaları kritik test değerleri bildiri, red sayıları ve nedenleri performans ölçümleri ile aylık olarak izlenerek gerekli iyileştirme faaliyetleri yapılmaktadır.

Anahtar Kelime: Kritik Test Değeri 1. Bildirim Sistemi 2. Acil Laboratuvarı 3

HEMŞİRELERİN İLAÇ UYGULAMA HATALARINI ÖNLEMEDE SEKİZ-DOĞRU

FAYDALI Saide,

Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Aksaray, Türkiye

Amaç: Bu çalışma hemşirelerin ilaç uygulama hatalarının önlenmesinde sekiz-doğru standarda dikkati çekmek amacıyla hazırlanmıştır.

Materyal ve Metod: Sekiz-doğru; doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman, doğru yol ve teknik, doğru ilaç şekli, doğru yanıt, doğru kayıttır. Bu çalışma ilaç uygulamalarında sekiz-doğru standarda ilişkin araştırma sonuçlarından yararlanılarak derlenmiştir.

Bulgular: Hemşire ilaç uygulamasında anahtar kişidir. Hemşirelerin ilaç uygulamalarını "sekiz doğru" standarda dikkat ederek gerçekleştirmesi ilaç uygulama hatalarının önlenmesinde hayati önem taşır. Madegodva'nın yaptığı çalışmada ilaç uygulama hatalarının yanlış doz (%16.7), ilaç (%10.0), zaman (%9.2), hastada (%7.5) ortaya çıktığı belirtilmektedir. Arndt'in çalışmasında da görülme sıklığına göre ilk 3 sırada yer alan ilaç hatalarının yanlış doz, yanlış hasta ve yanlış ilaç ile ilgili olduğu saptanmıştır. Vural'ın hemşirelerde ilaç uygulama hatalarını önlemek amacıyla yaptığı çalışmada ilaç uygulama prosedürünün ve bu konuda verilen eğitimin sekiz-doğru ile ilgili hata oranını azalttığı saptanmıştır.

Sonuç: Güvenli ilaç uygulaması açısından sekiz-doğru standarda uyulması önemlidir. Hemşirelerin ilaç uygulaması sırasında ilaç hatalarının izlenmesi ve önleme yollarının geliştirilmesi ilacın kaliteli kullanımına hizmet edecektir

OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ: MEDICALPARK HASTANELER GRUBU (MPHG) ÖRNEĞİ

ÇAKMAK Güler,

Medicalpark Hastaneler Grubu/ İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Kuruma özgü geliştirilen "olay bildirim sistemi ve takip süreci" ile MHPG'de tüm çalışanların, sistemin iyileştirilmesine katkıda bulunma bilinciyle hareket etmesini ve oluşan veya oluşabilecek hataların raporlanmasını sağlamak, tedavi olan hastaların beklenmeyen ve olası hatalara maruz kalmasını engellemek amaçlanmıştır. Hastalar dışında refakatçi, ziyaretçi ve çalışanların başına gelen olayları izlemek ve bu olaylara yönelik önleyici ve düzeltici faaliyetleri planlamak da olay bildirim sürecine dahil edilmiştir. Bu sayede hataların ve olası hataların bir daha gerçekleşmemesi için izlenecek önlemleri ve iyileştirme faaliyetlerini tanımlamak hedeflenmiştir.

UYGULAMA: Çalışanlar tarafından olay bildirim süreci ile ilgili farkındalık oluşturmak için "Olay Bildirim Süreci Akış Planı" oluşturulmuş ve tüm çalışanların bilgilendirilmesi sağlanmıştır. Bu sayede, kurum politikasının kesinlikle kişilerin eksik yönlerini bulmaya çalışmak ve cezalandırmak olmadığı, yapılmak istenenin hasta bakım kalitesinin ve güvenliğinin sürekli iyileştirilmesi için süreçlerdeki eksiklikleri analiz etmek ve eksik olan yönleri iyileştirmek olduğu tüm çalışanlar tarafından net anlaşılması sağlandı. Bu akış planına göre; herhangi bir olay ile karşılaşan personelin "Olay Bildirim Formu" doldurarak olayı rapor etmek asli yükümlülüğüdür. Kalite Müdürlüğüne bildirilen olaylar, MHPG Kalite Direktörlüğü tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen skorlama sistemine göre 0-7 puan arasında puanlandırılır. Buna göre; risk puanı 5 ve 5'in üzerinde olan, hastanın ölümü/fonksiyon kaybı ile sonuçlanan olaylar Beklenmeyen (Sentinel) Olay (İlaç hataları, yanlış taraf cerrahisi, cerrahi yanıklar vb.) olarak kabul edilir. Risk puanı 1-5 arasında (1 dahil, 5 hariç) olan, tedaviye ve bakıma yönelik, hastada ciddi etki yaratmayan hata ve yaralanmalar İstenmeyen (Adverse) Olay, risk puanı 0 olan, istenmeyen ya da beklenmeyen olayların gerçekleşme riskini barındıran ancak hastaya ulaşmadan, herhangi bir zarar vermeden önlenen hatalar Ramak Kala (Near-Miss) Olay olarak kabul edilir. Sentinel olay yaşandığında; hemen Hasta Güvenliği Komitesi toplanır. Hasta güvenliği ve tıbbi hata konusunda deneyimli kişilerce sorunun ortaya çıkış süreci izlenir. "Kök Neden Analizi" uygulanır ve "Aksiyon Planı" oluşturulur. Sentinel olay, komite tarafından Tıbbi ve Etik Kurul'a yazılı rapor olarak bildirilir. Tıbbi ve Etik Kurul, sentinel olayları gizlilik içinde yürütme ve son kararı verme yetkisine sahiptir. Hukuki sorumluluklar taşıyan olaylarda adli mercilerin bilgilendirilmesi yasa gereği olup, hastane üst yönetiminin sorumluluğundadır. İstenmeyen ve ramak kala olay bildirimlerinde ise Hasta Güvenliği Komitesi'nin rutin toplantılarında gündem maddesi olarak ele alınır. Hataların sıklığı ve gelecekteki tekrarlanma olasılığı göz önünde bulundurularak Hata Türleri ve Etkileri Analizi (HTEA) yapılır. PUKÖ (Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al) yapılmasına karar verilir. Planlanan aksiyonlar, ilgili birim tarafından yürütülür ve sürecin takibi Kalite Müdürlüğü tarafından yapılarak Hasta Güvenliği Komitesi'ne ve gerekli durumlarda üst yönetime raporlanır.

SONUÇ: "Olay bildirimleri" sistemin aksayan yönlerini, iletişim problemlerini, tıbbi hataların bildirimlerini içerdiğinden kurumun zayıf noktalarını anlayıp ortadan kaldırmakta ve riskleri yönetmekte kalite yönetim sisteminin elindeki en önemli anahtarlardır. Çalışanın mevcut veya olası hataları, işini kaybetme, cezalandırılma, küçük düşürülme gibi bir korkusu olmadan olayları, hataları tam raporlaması için mevcut engellerin giderilmesi konusunda mücadele edilmelidir. Sağlık bakım organizasyonlarında, problemleri belirleyebilmek, çözüm sağlamaya çalışmak ve hatalardan öğrenmeyi kolaylaştırmak için hata raporlama sistemleri geliştirilmelidir. Kurumlar bu konuda politikalar geliştirerek hata raporlamayı desteklemelidir.

İLAÇ GÜVENLİĞİ KONUSUNDA EĞİTİM VERİLMESİ VE VAKA BİLDİRİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aysun ÇİÇEK KIYIÇİĞLU,

Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

AMAÇ :USP' nin ilaç hata raporuna göre; hataların yaklaşık %25 'ini ilaç isimlerinin birbirine benzemesi ve bundan kaynaklanan karışıklıklar oluşturmaktadır. İlaç isimlerinin birbirine benzer oluşu Dünyada yaygın olarak hatalı uygulamalara neden olmaktadır. Binlerce ilaç isminin medikal uygulamada olması, ilaç isimlerinin ve görünüşlerinin karışmasına yol açmaktadır. Bu etkenlerin karışmasının temel sebebi uygun olan isimler ile uygun olmayan isimlerin bir arada bulunmasıdır. Bu karışıklığa yol açan faktörlerin bazıları; ilaçların elle yazılması, ilaç isimleri ve bilgisinin yetersiz olması, yeni çıkan ürünler, benzer paketlemeler veya etiketler,

benzer kimlik uygulamaları, dozaj formları, üretim ve düzenleyici otoritelerinin denetim yetersizliği ve düzenleme yapmamasıdır. İlaç piyasasında uluslar arası düzenlemenin önünde çok büyük engeller vardır.

Amacımız ilacın hastaya ulaşması sürecinde büyük bir rolü olan hemşirelerin ilaç güvenliği konusunda bilgi ve becerilerinin geliştirilerek, farkındalık yaratmak ve vaka bildirimlerinin yapılmasını sağlayarak, vakaların kök neden analizlerini yapmaktır.

Yöntem :Dahili kliniklerde çalışan 25 hemşire ile cerrahi kliniklerde çalışan 25 hemşireye ilaç güvenliği konusunda; yüksek riskli ilaçlar, LASA, sözel order, kısaltmalar, uzun adam modeli, ilaçların etiketlenmesi, saklanması konularını içeren 10' ar kişilik gruplar halinde 45 dakikadan oluşan 4 oturum halinde interaktif eğitimler verilmiştir. Vaka bildirim formu yapılan gerçekleşen ve veya fark edilen hataların bildirilmesi talep edilmiştir. Bildirilen vakalara kök neden analizi yapılması planlanmıştır.

Bulgular :Eğitime katılan 50 hemşirenin bir bölümü daha önce yaptıkları yada tanık oldukları ilaç hataları ile ilgili bilgi vermesi vaka bildiriminin yapılmasını önünde bir engel olmadığını düşündürmüştü. Eğitim esnasında bildirilecek vakalar ile ilgili herhangi bir idari işlem yapılmayacağı konusunda bilgi verilmesine rağmen sözlü yada yazılı olarak bir vaka bildirimini yapılmadı.

Sonuç :İlaç güvenliğinin sağlanması konusunda uluslar arası tavsiyelerin odak noktasında ismi ve söylenişi benzer ilaçların uygulama sürecinin takip edilmesi ve koruyucu mekanizmaların ortaya konması üzerinedir. Elektronik reçete ve elle yazılan reçete, orderların uygulanmadan önce tekrar kontrolü ve doğrulamaya tabi tutulması, hastalara ilaçları uygulamadan önce tanıtılması ve sözel orderlarda "read back" yapılması başlıca koruyucu mekanizmalardır. LASA ya konu olan ilaç isimlerinin otoriteler tarafından belli periyotlarla takip edilmesi, yeni ilaç isimlerinin benzerlerini sağlayan anlayış ve uzun adam uygulaması da diğer önleyici uygulamalardır. LASA eğitimi ve bunun hastane yönetimleri tarafından kurum kültürü haline getirilmesi problemin büyümesini önleyeceği düşünülmektedir. İlaç hatalarının medikal hatalar arasında geniş bir yer tutmasına rağmen bizim çalışmamızda herhangi bir vaka bildiriminin olmaması düşündürücüdür. Kişilerin bildirdikleri hatalardan dolayı idari soruşturmaya maruz kalma düşüncesi, üstleri ve veya çalışma arkadaşları tarafından mobbinge maruz kalma düşünceleri, konunun önemini fark etmemeleri, eğitimin istenen farkındalığı yaratamaması eğitim süresinin yetersiz olması bu sonucu doğurduğu düşünülmektedir

15:15 – 16:30

PARALEL OTURUMLAR V

SALON IV

Modarator

Demet Hayali Yıldırım İzmir Sağlık Müdürlüğü, TÜRKİYE

Konuşmacılar

SAĞLIKTA RİSK YÖNETİMİ

Demet HAYALİ YILDIRIM,
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir, Türkiye

Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminde Amaç; Hastaları, hastane personeli ve hastaneye gelen ziyaretçileri fiziki ve psikolojik bakımdan olumlu etkileyecek bir ortam yaratmak; kazaları önleme yönünde her türlü tedbir almak ve bu tedbirleri alırken hastane kayıplarını ve harcamalarını minimize etmek; yaralanma hatta ölümlerle sonuçlanabilecek kazalara imkan vermeyerek tazminat giderlerini asgariye indirmekdir.

Hastaneler çok geniş hedef kitleye sahip işletmeler olduğundan günümüzün tek ve benzersiz işletmeleri konumundadırlar. Hastanelerin sundukları hizmetler, anayasal ve yaşamsal haklardır. Hastaneler hizmet sundukları her alanda, tüm olumlu ve olumsuz yönleri ile bireylerle etkin iletişime girmek zorunluluğundadır. Hastanelerde sunulan hizmetlerin öncelikle "yaşamsal hizmetler" olması, bu işletmelerin hedef kitesini globalleştirmektedir. Hastanelerde sunulan örnek uygulamalar, ülke sınırlarını da aşarak, medya ve diğer kitle iletişim araçları ile, bu hizmetten henüz yararlanmayan bireylere ve çevresine de ulaşmaktadır. Yine bir hastanenin, hizmet kalitesizliği de aynı ölçüde yankı bulmaktadır.

Risk yönetiminde öne çıkan terimleri tanımlamak gerekirse; Tehlike, Risk, Risk yönetimi, Risk Analizidir.

SAĞLIKTA RİSK YÖNETİMİ :Hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ile başlayan hastalara, ziyaretçilere ve çalışanlara zarar verebilecek, çevrenin güvenlik ve emniyetini tehlikeye atabilecek, hukuksal açıdan işletmeye finansal zarar verebilecek olası durumlardaki riskleri tanımlayıp önlem almayı içeren bir yönetim biçimidir.

SAĞLIKTA RİSK KAYNAKLARI

Teknolojiden kaynaklanan sorunlar

Tıbbi cihaz tehlikeleri

Hasta kayıtlarına erişim

Genel anestezi ölümler

Klinik mühendisliği, tıbbi cihaz koruyucu bakım ve kalibrasyonu

Eğitimsizlik, kullanıcı hataları ve tıbbi cihaz kazaları

Yüksek risk taşıyan cihazlar, cihaz kazalarının rapor edilmesi

Tek kullanımlık malzemelerin tekrar kullanılması

"Clean-Air" sistemleri vb.

SAĞLIKTA RİSK ALANLARI

Hasta bakımıyla ilgili riskler

Sağlık görevlileriyle ilgili riskler

Çalışanlarla ilgili riskler

Fiziki mekan ile ilgili riskler

Finansal konularla riskler

Diğer konularla ilgili riskler (zararlı ve tehlikeli maddeler vb)

Bilimsel metodlar kullanılarak belirlenen risklere yönelik kontrol önlemleri belirlenerek listelenmelidir. Sağlık hizmetlerinde risk yönetiminde anahtar; ekip çalışması, gözlem, düzeltme, sonuç alana dek ısrarla uygulamanın tekrarıdır.

Risk yönetiminin temel hedefi, karar verme mekanizmaları için riskleri görünür ve ölçülebilir hale getirmek ,subjektifliği azaltmaktır

SÜREKLİ İYİLEŞTİRMEDE İNDİKATÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BAĞCI Osman1, POLAT Semra1, AYDOĞDU Hikmet2, BÖLÜKBAŞ Cemile3, ÇELİKKOL Uğur4, BAŞTUĞ Aynur1, AYDEMİR Salih Cüneyt1

1. Medicana Hastaneler Grubu, Türkiye

2. Medicana Bahçelievler Hastanesi, İstanbul Türkiye

3. Medicana International İstanbul Hastanesi, İstanbul Türkiye

4. Medicana International Ankara Hastanesi, Ankara Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ :Günümüzde hastanelerin hizmet vermek amacıyla nasıl organize olduklarına değil hizmetlerini nasıl verdiklerine ve sonuçlarına bakılmaktadır.

Çünkü iyi organize olduğunu düşünen bir hastane iyi bir hizmet vermiyor olabilir. Bunu da ölçmenin en iyi yolu indikatörlerdir. İndikatörün kelime anlamı göstergedir. Performans indikatörleri, çabaların sonucunun göstergeleridir. Bu konuda bir çok hastanenin bir çok indikatör tuttuklarını bilmekteyiz. Bu tutulan indikatörlerin ne kadarının hastane lokasyonuna uygun olduğu, tutmaktaki gereksinim nedenleri ve ulaşmak istenilen hedef ya da eşik değerlerin neye göre belirlendikleri hep belirsiz kalmıştır. Şu ana kadar yapılan gözlemlerde bir çok hastanenin benzer indikatörleri tuttuğu ve bununla ilgili bir kıyaslama söz konusu olmadığı için tutulan indikatör sonuçlarının doğru değerlendirilmediği söz konusudur. Bu bildirinin amacı da hastanelerin büyük emek vererek ölçtükları indikatörleri ne kadar doğru belirledikleri ve sonuçlarını ne kadar güvenle değerlendirdiklerini ölçmektir.

YÖNTEM VE BULGULAR :Medicana Sağlık Grubu olarak akreditasyon çalışmaları nedeniyle çok sayıda indikatör takip ediyorduk. Takip edilen indikatörlerin bir kısmı çalışanların birimleri için önemle takip etmek istedikleri, bir kısmı Bakanlığın tutulmasını zorunlu kıldığı, bir kısmı ise çevre akredite olmuş hastanelerden örnek alınan ve tutulmasının ne kadar doğru olduğu bilinmeyen indikatörlerdi. Bunların sayısı bazı hastanelerimizde 80'e bazı hastanelerimizde 100'e kadar ulaşıyordu. Medicana Kalite Koordinatörlüğü olarak tüm grup hastane çalışanlarına 2008 yılında Hastane Hizmet Kalite Göstergeleri (İndikatör) Eğitimi, Veri Toplama ve Analiz Eğitimi verdik. Eğitim sonrasında tüm çalışanlardan hastanede tutulması zorunlu indikatörler dışında birimimizde kalite iyileştirmesi olarak takip edilmesine gerek duyduğunuz indikatörleri ve neden tutulması gerektiğini belirterek mail ya da yazılı ortamda bildirmelerini istedik. Eğitim sonrası iki ayı takiben birimlerden çok sayıda takip edilmesi istenilen indikatör talebi geldi. Gelen tüm bu indikatörleri bir şablon altında topladık ve ilgili komite toplantılarında görüşerek hastane lokasyonlarına göre düzeltmeler yaptık. Takip edilmesi kararlaştırılan indikatörlerin bir kısmı için eşik ve hedef değerleri belirlemede ulusal ve uluslar arası referans kurumları (WHO, CDC, PATH gibi) göz önünde bulunduk. Kıyaslama yapılmayan diğer tüm indikatörlerin takip edilmeye başlanılan ilk 6 ay içerisinde eşik değerlerinin "%0", hedef değerlerinin ise "%100" olmasına ve 6 ay takip sonrasındaki grup hastane içerisinde en iyi sonucu elde eden hastane

sonuçlarının ortalamasının eşik ve hedef değer olarak belirlenmesine karar verdik. Medicana Hastaneler Grubunun yapmış olduğu bu çalışma sonrasında bir çok hizmetini diğer grup hastaneleriyle kıyaslama fırsatı doğdu ve indikatörlerde belirlenen eşik-hedef değerler güvenilirlik kazandı. Medicana Sağlık Grubu Kalite Koordinatörlüğü olarak özel hastanelerdeki kalite müdürlerine hastanede kaç tane indikatör takip ettiklerini, takip ettikleri indikatörlerin eşik değerlerini nasıl belirlediklerini ve indikatör sonuçlarını kıyaslama yapıp yapmadıklarını yönelik anket çalışması yaptık. Anket sonuçlarının değerlendirilmesinde; anket uygulanan tüm hastanelerin indikatör takip ettikleri, grup hastaneler dışındaki hastanelerin indikatör sonuçlarını emsal hastanelerle kıyaslama yapmadıkları ve gizlilik şartı ile kıyaslama yapmak istedikleri tespit edildi.

SONUÇ: Sonuç olarak Türkiye genelinde bir çok özel hastane kendi bünyesinde kalite göstergesi olarak indikatör tutmaktadır, ancak emsal hastanelerle kıyaslama imkanı olmadığından dolayı takip ettiği indikatör sonuçları doğru değerlendirilememektedir

BURDUR İLİ YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDAKİ HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yıldırım Cüneyt, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye
Kılıç Ahmet Selçuk, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye
Badıllıoğlu Okan, Bucak Toplum Sağlığı Merkezi, Burdur, Türkiye
Çetin Turan, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye
Ercoban Nida, Burdur Devlet Hastanesi, Burdur, Türkiye

Amaç: Çalışmada, Burdur ili sağlık kurumlarındaki hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışmada; araştırmacılar tarafından hastanelerdeki hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının sorgulandığı bir check-list oluşturulmuş, hastaneler 2011 yılı Ocak ayında ziyaret edilerek uygulamaların yerinde tespiti yapılmış, hastanenin türüne göre bazı istisnalar da göz önünde bulundurulmuş 700 tam puana karşılık, katsayı= 1 olacak şekilde bir katsayı hesaplanmıştır. 1.basamak entegrasyonu olan ildeki 2 ilçe hastanesi kapsam dışında tutulmuştur.

Bulgular: İlin en büyük hastanesi olan 320 yataklı Burdur Devlet Hastanesi 658 puana karşılık hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarında 0.94, 235 yataklı Bucak Devlet Hastanesi 646 puana karşılık 0.94, 50 yataklı Gölhisar Devlet Hastanesi 604 puana karşılık 0.88, 15 yataklı Yeşilova Devlet Hastanesi 512 puana karşılık 0.78, ilin tek özel hastanesi olan 49 yataklı Özel Lider Hastanesi ise 616 puana karşılık 0.89 katsayısı hesaplanmıştır. İlaç güvenliği, güvenli kan transfüzyonu, güvenli cerrahi uygulamaları, çalışan güvenliği ve hasta düşmelerinin en sorunlu alanlar olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Burdur Devlet Hastanesi, Bucak Devlet Hastanesi ile Özel Lider Hastanesi'ndeki hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının tatminkâr olduğu, diğer hastanelerde ise hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının yeniden gözden geçirilmesi gerektiği, tüm hastanelerde özellikle ilaç güvenliği, güvenli kan transfüzyonu, çalışan güvenliği ile hasta düşmeleri alanlarında düzeltici ve önleyici tedbirlerin alınması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: hasta, çalışan, güvenlik, Burdur

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ HASTA BAKIMINDA TIBBİ HATALARIN ÖNLEMESİ

1. Bal Ahmet,2. Çalis Aynur,3.Yılmaz Hatice, 4.Korkmaz Günay, 5.Memiş Resmiye, 6.Yıldız Adnan, 7.Menevşe Süleyman F. Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

Çalışmanın Amacı: Tıbbi hatalar konusu tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Çünkü hemşireler hasta bakımında doğrudan görev almakta ve yaptıkları yanlış uygulamalar hastanın hayatını tehlikeye sokabilmektedir (Özata ve Aslan). Hastanemizin hemşirelik hizmeti uygulamalarında, tıbbi hataya yol açabilecek alan ve faktörleri belirleyerek hata oluşumunu önlemek ve güvenlik kültürünü geliştirmek.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte bu çalışmada, 2010 yılında Musa Özata ve Handan Altunhan tarafından geliştirilen hemşirelikte tıbbi hataya eğilimi ölçen, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanıldı. Ölçek 5 boyutlu ve 49 maddedir. Ankete sosyo- demografik bilgileri içeren bir bölüm eklenmiştir.

Anket hasta bakım alanlarında çalışan 268 sağlık personeline dağıtılmış ve geri dönen 118 anket değerlendirmeye alınmıştır. Geri dönüş oranı % 44'dür. Eğilim ölçeğindeki ilgili sorular ölçeğin orijinaline bağlı olarak yüzdeye ve puana dönüştürülmüştür.

Bulgular: Ankete katılanların demografik özellikleri; % 80'si hemşire, % 81.4'ü önlisans mezunu, Meslek süresi 11-20 yıl arasında ve % 41.5'i 34-45 yaş aralığındadır. Ankete katılanların %90'ı daha önce hasta güvenliğine yönelik eğitim aldığını belirtmiştir.

İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları bölümünün değerlendirilmesinde; "Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim" %7.8, "İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım," % 2.6 oranında hiçbir zaman uygulamadıkları alanlar belirtilmiştir. İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları puanı % 95.5 dir.

Hastane Enfeksiyonları bölümünün değerlendirilmesinde; "Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştirim" ve "Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim" % 1,8, " Enfekte hastaların izolasyonunu sağlıyorum" % 3.6 oranlarında, hiçbir zaman uygulamadıkları alanlar olarak belirtilmiştir. Hastane Enfeksiyonları bölümünün genel değerlendirme puanı % 93.11 dir.

Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği bölümünün değerlendirilmesinde; Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim, %5.3 "Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim" % 4.2, oranlarında, hiçbir zaman uygulamadıkları, genel değerlendirme puanı % 88.12' dir.

Düşmeler bölümünün değerlendirilmesinde; "Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim" % 3.4 hiçbir zaman uygulamadıkları, genel değerlendirme puanı % 91.86' dir. İletişim bölümünün değerlendirilmesinde; Serviste çift order kontrolü uygulamasına dikkat ederim, % 4.2 "Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim," % 2.6 hiçbir zaman uygulamadıkları, genel değerlendirme puanı % 75.73 dir.

Sonuç: Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hemşirelerin hata eğilim ölçeğine göre % 91 oranında hatalı uygulamaları yapmadıkları bu konularda farkındalık ve duyarlılık oluştuğunu göstermektedir. Ancak çalışanlar hata bildiriminde bulunmamaktadır. Hataların önlenmesine yönelik iletişim alanında (% 75.73) iyileştirme çalışmalarına odaklanmamız gerekmektedir.

Anahtar Kelime: Güvenlik Kültürü 1, Tıbbi Hata 2, Hemşirelik Hizmetleri 3

KURUMSAL RISK YÖNETİMİNDE, SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ RİSK YÖNETİM MODELİ UYGULAMASI

Emrullah İNCESU1, Mehmet YORULMAZ2, M.Hakan ALTUNTAŞ3

1.Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Temsilcisi, Konya

2.Konya İl Sağlık Müdürlüğü İl Kalite Koordinatörlüğü, Konya

3. Konya Seydişehir Devlet Hastanesi, Konya

Hastanelerimiz birçok farklı süreci bir arada bulduran ve bunları uyumlu olarak yürütmesi gereken yerlerdir. Bu çalışmanın amacı, Seydişehir Devlet Hastanesinin de uygulanan risk yönetimi uygulamasının diğer sağlık kurum ve kuruluşların da uygulayabileceği bir risk yönetim modeli oluşturmak ve bu model sayesinde hastane işletmeciliğinde risklerin önceden tanımlanıp, değerlendirilmesine ve riskleri en aza veya tam olarak ortadan kaldıracak önlemlerin alınmasına katkıda bulunmaktır. Bu uygulamada basit bir risk yönetim modeli geliştirilmiştir. Bu model, hastane işletmeciliğinde oluşabilecek risklerin tespiti ve çözüm yollarını belirlemede etkili olacaktır. Sağlık hizmetlerinde risk analizi ve yönetimi; ekip çalışması ile sürekli gözlemleyerek, bu gözlemler sonucu düzeltmeler yaparak ve sonuç alınıncaya kadar ısrarla uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kurumsal Risk Yönetimi, Hastane İşletmeciliğinde Risk Yönetimi, Risk Analizi, Risk Yönetim Modeli

HASTANELERDE RİSK DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARI

Dr. Hacı Bayram ZENGİN / Malatya İl Sağlık Müdürü, Malatya, Türkiye
Op.Dr.Erol DEMİRTAŞ / Başhekim / Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesi, Malatya, Türkiye
Dr. Hasan Tuncer / Malatya İl Sağlık Müdür Yardımcısı, Malatya, Türkiye
Hilal MORDOĞAN / Malatya İl Sağlık Müdürlüğü, Kalite Uzmanı, Malatya, Türkiye
Suat ÇOBAN / Malatya İl Sağlık Müdür Yardımcısı, Malatya, Türkiye
Saim BÜBER / Kalite Birim Sorumlusu, Malatya, Türkiye
Mehmet SOYLU / Yeşilyurt Devlet Hastanesi, Malatya, Türkiye
Nurhan Özkan AYDIN / Malatya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi / Kalite Koordinatörü, Malatya, Türkiye

Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesinde Risk Değerlendirme işlemleri hastanemizin mevcut ve yeni projelendirilen tüm faaliyetlerinde; tehlikelerin tanımlanması, risklerin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, kontrol tedbirlerinin ve önceliklerinin belirlenmesi için yapılmaktadır. Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesinde değerlendirmesi yapılmasının nedenlerini önceden belirlemiş i ve PR. RİSK. 01 Risk Değerlendirme prosedüründe belirlenmiştir. Risk değerlendirme çalışmalarımız gerçekçi ve doğru veriler toplanarak yapılmıştır. Bilgi ve veri toplama metodu önceden prosedürümüzde tanımlanmıştır. Bu işlemlerde veri olarak kullanılmak üzere Hastanemizde özellikle beklenmedik olay/tıbbi hata ve meslek hastalıkları kayıt altına alınmaktadır. Belirlenen riskin düzeyi; riskin gerçekleşme olasılığı riskin şiddeti ile çarpılması ile belirlenmektedir. Tehlike tanımlanıp verebileceği maksimum zarar büyüklüğü ve gerçekleşme olasılığı belirlendikten sonra bu etkinliğin tehdit ettiği insan sayısının bulunmaktadır. Hastanemizde tehlikeyi yok etmek ya da azaltmak için iş sağlığı ve güvenliği faaliyetleri uygulanmaya başlatılmıştır. Riskin önem durumuna göre Risk değerlendirme işlemleri yapılmış ve önleyici faaliyetlere başlanmıştır. Bu faaliyetler kişisel koruyucu kullanımı, uyarı işaretlerini, eğitimleri; faaliyet veya cihaz için ise mekanik ve elektronik koruyucu uygulamasını, güvenlik testleri ve ölçümlerinin yapılması gibi faaliyetlerdir. Hastanemizde uyguladığımız risk yönetimi çalışması gerek ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemi çalışmaları gerekse Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Yönetimi çalışmalarını doğrudan ve olumlu olarak etkilemektedir. ANAHTAR SÖZCÜK: Hastanelerde Risk Değerlendirme.

10:30 - 12:00 PARALEL OTURUMLAR VI

SALON - I I [HİZMETİÇİ EĞİTİMLER, İŞ DURUMU VE KLİNİK RİSK YÖNETİMİ İLİŞKİSİ](#)

Oturum Başkanı **Uzm. Dr. Süha Şen**, Enfeksiyon hastalıkları Uzmanı ve Başhekim yardımcısı Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar **BİLECİK İLİNDE AİLE HEKİMLERİNİN İŞ MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN PERFORMANSLARINA ETKİSİ**

Hemşire Sevgül YILMAZ, Sağlık Memuru **Hatice ÇELİK**,
Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü, İl Performans Kalite Birim Sorumlusu, Bilecik

Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır ve I.Basamak Sağlık Hizmeti konusunda özgün uzmanlık almış tıp doktorunu tanımlanmaktadır. Fakat ülkemizde pratisyen hekim terimi tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekimler için kullanılmaktadır. Genel tanımlanacak olursa aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın bireylere ve ailelere kişisel, kesintisiz ve bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti sunan, konusuna en az üç yıl uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur. Araştırmada Bilecik ilinde görev yapan sözleşmeli aile hekimlerinin iş memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesinin yapılarak İl bazında uygulamanın değerlendirilmesi ve bu memnuniyet düzeyinin hekimlerin bireysel performansına etkisi değerlendirilmiştir.

Toplam 54 aile hekimi, araştırmanın evrenini oluşturmuş, veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma kapsamındaki aile hekimlerinin çoğunluğunun pratisyen hekim olduğu (% 92,6) ve yaş dağılımlarının 31-40 ile 41-50 yaş arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Araştırmaya katılan hekimlerin genel olarak iş koşullarından memnun olması, aldıkları ücreti tatminkar bularak uygulamadan ayrılmayı düşünmüyor olmalarına karşın uygulamada yaşanan olumsuzluklara ilişkin çeşitli derecelerde anlamlı farklılıklara rastlanılmıştır. Uygulamada yaşanan sorun ve olumsuzluklar hekimlerin kendi değerlendirmelerinden yola çıkılarak tespit edilmiş ve yine bu sonuçlar baz alınarak çözüm önerilerinde bulunulmuştur. Anahtar Kelimeler : Aile Hekimi, İş Memnuniyeti, Bireysel Performans, Aile Hekimliği Sistemi.

ANALJEZİKLERİN KALİTELİ KULLANIMINA İLİŞKİN VERİLEN EĞİTİMİN HEMŞİRELERİN BİLGİ VE UYGULAMALARINA ETKİSİ

FAYDALI, Saide, Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Aksaray, Türkiye
BAYRAKTAR, Nurhan, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

Amaç: Bu çalışma da analjeziklerin kaliteli kullanımına ilişkin araştırmacı tarafından verilen eğitimin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarına etkisini saptamak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Bu çalışma bir üniversite hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 35 hemşire ile gerçekleştirilmiş bir eylem araştırmasıdır. Araştırmanın uygulanması için hemşirelerin bilgilerini değerlendirmek amacıyla soru kağıdı ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla gözlem listesi oluşturulmuştur. Araştırmada eğitim öncesinde hemşirelere analjeziklerin kaliteli kullanımı ilkeleri ile ilgili bilgi soruları sorulmuş ve her hemşire 3 farklı hastaya analjezik uyguladığı sırada araştırmacı tarafından gözlenmiştir. Daha sonra hemşirelere analjeziklerin kaliteli kullanımı ile ilgili eğitim verilmiştir. Eğitim sonrasında hemşirelere tekrar aynı bilgi soruları sorulmuş ve hemşireler 3 farklı hastaya analjezik uyguladıkları sırasında gözlenmiştir. Gözlemlerden sonra analjezik tedavisi yapılan hastalara hemşirelerin analjezik uygulamaları ile ilgili görüşleri sorulmuştur. Veriler SPSS veri tabanında ortalama, yüzde, Mc Neamer Test, Wilcoxon Signed Rank Test, T Test, Mann-Whitney U Test ve korelasyon kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Eğitim öncesinde hemşirelerin bilgi puanı ortalamaları 49.4 iken eğitim sonrasında 73.9'a yükselmiştir. Hemşirelerin eğitim öncesi uygulama puan ortalamaları ise 47.8 iken eğitim sonrasında 63.8'e yükselmiştir. Eğitim öncesi ve sonrasında bilgi puanları ile uygulama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç: Analjeziklerin kaliteli kullanımı ilkeleri doğrultusunda verilen eğitim, hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını olumlu yönde etkilemiştir. Analjezik uygulamalarına yönelik kalitenin artırılabilmesi amacıyla benzer eğitim programlarının gerçekleştirilmesi önerilmiştir.

AYDIN DEVLET HASTANESİ ÇALIŞANLARININ HİZMET İÇİ EĞİTİME YÖNELİK DÜŞÜNCE VE BEKLENTİLERİ

Hatice Bircan, Sibel Şeker, Meryem Karabulut
Aydın Devlet Hastanesi, Aydın, Türkiye

Hizmet içi eğitimler hastane çalışanlarının bilgilerinin güncellenmesi ve hizmet kalitesinin artırılmasında büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma Aydın Devlet Hastanesi çalışanlarının hastanede yapılan hizmet içi eğitimlere yönelik düşünce ve beklentilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak 14-28 Şubat 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Aydın Devlet Hastanesi'nde çalışan 263 hemşire, 122 ebe, 20 sağlık memuru, 27 röntgen ve 45 laboratuvar teknisyeni olmak üzere toplam 477 kişi araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Evren örneklem olarak alınmış ancak araştırmanın yapıldığı tarihlere izinli, raporlu ve başka bir kurumda görevli olarak çalışanlar ile araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler dışında kalan 243 kişi örnekleme oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak

oluşturulan, katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile hizmet içi eğitime yönelik düşünce ve beklentilerini ölçen 38 soruluk anket formu kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların çoğunu hemşire ya da sağlık memuru (%66,2) ve cerrahi klinikte çalışanlar (%18,5) oluşturmuştur. Son bir yıl içinde hizmet içi eğitim alanların oranı %79,8 olup bunların %79,9'u hizmet içi eğitim biriminden eğitim almıştır. Katılımcıların %46'sı hizmet içi eğitimlerin yararına inandığını, %55,2'si isteyerek katıldığını, %50,5'i eğitimlerin mesleki açıdan gelişimini sağladığını ve %52'si iş yaşamında kullandığını ifade etmiştir. Katılımcılar en çok hasta başında (%44,9) ve konunun uzmanı olan kişilerden (%88,0) eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. En çok istenen hizmet içi eğitim konusu ise kişilerarası ilişkiler ve iletişim becerileridir (%18,1).

Anahtar Kelimeler: Hizmet içi Eğitim, Hastane, Eğitim Gereksinimi

HEKİM VE HEMŞİRELERDE KURUM BAĞLILIĞININ İŞTEN AYRILMA ÜZERİNE ETKİSİ

1. ÖZKAN Serpil, 2. KURT DURMUŞ Meral, 3. ÇİFTLİK Emine Elvan, 4. ÇOBAN Didem, 5. KESGİN Vildan, 6. YİĞİT Özgür
Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Son yıllarda sağlık sektöründe hem hizmet anlayışında hem de müşteri kavramında hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve müşteri memnuniyeti açısından sağlık personelinin iş tutum ve davranışları önemli bir konu haline gelmiştir. Sağlık sektöründe devlet tekelciliğinin kaldırılmasıyla birlikte yaşanan örgütsel değişimde çalışanların tutum ve davranışlarına gösterilen ilgi artmaya başlamıştır. Artık örgütlerin en önemli sermayesinin insan kaynağı olduğu görüşü sağlık sektöründe faaliyet gösteren kurum ve yöneticiler tarafından da anlaşılmaya başlanmıştır (Çarıkcı ve diğerleri, 2004:157). Çalışanların örgütlerine olan bağlılıklarını etkileyen çok sayıda değişkenin bulunduğu, konuyla ilgili yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur. Mowday, Porter ve Steers (1982), söz konusu bu faktörlere ilişkin bir sınıflandırmaya gitmişler ve çalışanların örgüte bağlılık düzeylerinde etki eden söz konusu bu faktörleri; kişisel özellikler, rol ve iş özellikleri, yapısal özellikler ve iş deneyimi ve çalışma ortamı olmak üzere dört başlık altında ele almışlardır. Nitekim konuya ilişkin yapılan çalışmalarda, genelde bu faktörlerle bağlılık ilişkisi irdelenmiştir. Bu çalışma İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan Hemşire ve Doktorların örgüte bağlılık düzeyleri ile işten ayrılma arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Verilerin toplanmasında Demografik Bilgiler Formu ve Örgüte Bağlılığı Ölçmek İçinde Sağlık Bakanlığı Çalışan Memnuniyet anketlerinin verileri kullanılmıştır. Çalışmaya katılanların 124 hekim, 296 hemşireydi. Hemşirelerden 77'sinin işten ayrılmayı düşündüğü ve 93' ünün başka bir işte çalışmayı istediklerini, hekimlerin ise 26'sının kurumdan ayrılmayı düşündüğü, 31'inin de başka bir işte çalışmayı istediklerini ifade etmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Örgüte Bağlılık, Hekim, Hemşire,

İNSÜLİN TEDAVİSİ ALAN DİYABETLİ HASTALARDA DİYABET EĞİTİM HEMŞİRESİNİN VERDİĞİ EĞİTİMLERİN İNCELENMESİ

BAL Ahmet, KURT Nebiha,
Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi -Giresun-TÜRKİYE

Amaç: İnsülin tedavisi alan Tipl ve Tipli diyabet tanılı hastalara, diyabet hemşiresi tarafından insülin uygulama ve diyabetini yönetme becerisine yönelik verilen bireysel eğitimin incelenmesidir.

İnsülin tedavisi alan Tipl ve Tipli diyabetli hastalarda en önemli basamak; eğitim, bireye insülin uygulama ve diyabetini yönetme becerisi kazandırmaktır. Bu nedenle diyabetli bireylerde insülin tedavisinin etkin olabilmesi için yeterli bilgi ve beceriyi kazanmasının sağlanması diyabet eğitim hemşiresinin önemli bir sorumluluğudur. Çünkü diyabetin yönetilmesi değişimi kolaylaştırır ve pozitif bir sonuç olasılığını artırır.

Yöntem: 01-Ocak-2009/31-Aralık-2010 yılı içinde Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Diyabet polikliniğine başvuran, ayakta ve yatan Tipl ve Tipli diyabet tanılı ve insülin tedavisi uygulanan 244 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler Diyabet Hastası Eğitim ve Takip Formu, Ayaktan Hasta Eğitim Takip Formu retrospektif incelenerek değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma için değerlendirilen hastaların %96'sı Tipli, %4'ü Tipli diyabet tanılıdır. Demografik özellikleri incelendiğinde %60'ı kadın, %40'ı erkek, %14'ü 25-45 yaş, %48'i 46-65 yaş aralığında, %38'i ise 66 yaş üzerindedir. %45'i okur-yazar, %42'si ilköğretim, %13'ü lise ve üniversite mezunudur. Tanı alma süreleri incelendiğinde %63'ü 1-10 yıl, %26'sı 11-20 yıl, %12'si 21 yıl ve üzeridir. Hastaların %46'sı günde iki kez, %24'ü günde üç kez ve daha fazla, %30'u OAD+ bir kez insülin uygulamaktadır. %11'i sigara, %6'sı alkol kullanmaktadır. %77 hastada diyabete bağlı bir komplikasyon geliştiği görülmüştür. En sık görülen komplikasyonlar: %66 retinopati, %45 nöropati, %44 diyabetik ayak, %20 nefropatidir. %27 hastanın hipertansiyon ve koroner arter hastalığı vardır. %19 hastanın başka bir tanısı yoktur.

Hasta eğitimleri "temel diyabet eğitimi, hipoglisemi, hiperglisemi, beslenme, oral antidiyabetik ilaçlar (OAD), insülin ve uygulama, egzersiz, komplikasyonlar, ayak bakımı, kendi kendine izlem, genel sağlık önerilerini "kapsamaktadır. Eğitimler bireysel olarak hasta ve/veya yakınına verilmekte, "düz anlatım, yazılı materyal (broşür, kitapçık), işitsel-görsel (eğitici film), soru-cevap teknikleri kullanılmaktadır.

Eğitim bulguları incelendiğinde; hastaların %100'ü şu anki sağlık problemlerini bildiklerini, %97'si diyabet hakkında bireysel eğitim almadıklarını bildirmiştir. %95'inin evde bakımında aile desteği vardır. %97 hastanın eğitim almayı engelleyecek bedensel engeli olmadığı ancak %66'sının eğitimi algılamada güçlük yaşadığı, %96'sında motivasyon eksikliği, %53'nün ise eğitim almaya isteksiz olduğu belirlenmiştir. Eğitim değerlendirme sonuçlarına bakıldığında %70 hastada eğitimin tekrar edilmesi gerektiğine, %30'unda sürekli tekrar edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Sonuç: Diyabet ömür boyu süren kronik bir hastalıktır. Hastanın diyabetini yönetmesi, sorumluluk alması, yaşam kalitesi ve komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu da etkin bir eğitimle sağlanabilmektedir. Çalışmamıza katılan hastaların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi okur-yazar ve ilköğretim seviyesindedir. Tamamı tanı olarak hastalıklarını bilmekte ancak büyük çoğunluğu bu konuda daha önce bireysel eğitim almamışlardır. Hastaların eğitim almaya bedensel engeli olmadığı ancak çoğunun eğitim almaya isteksiz ve diyabete yaşamaya yönelik farkındalıklarının yeterli olmadığı görülmüştür. Eğitimlerin büyük bir kısmına hasta yakınları da dahil edilmiştir. Diyabet hemşiresinin hasta ve yakınlarına bilgi ve becerilerini artırmaya yönelik verdiği eğitimin sürekliliği ve tekrar edilerek yapılmasının hastanın diyabetini yönetmesinde daha etkili olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hasta izlemi ve eğitimin değerlendirilmesine yönelik kayıt ve verilerin geliştirilmesine yönelik çalışmaların gerekliliği de görülmüştür.

Anahtar Kelime: Diyabet 1, Diyabet Eğitimi 2, Diyabet Eğitim Hemşiresi 3.

SALON - III

RISK YÖNETİMİNDE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

Ötürüm Başkanı

Dr. Gürbüz Akçay, Baştabip, Servergazi Devlet Hastanesi, TÜRKİYE

Konuşmacılar

BİR EĞİTİM HATANESİNDEN POLİKLİNİK HİZMETİ ALAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYİ

Yalcinkaya Serpil*, Yıldırım Aysegül, Sağbas Özlem*****

***Sağlık Bakanlığı, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL**

****Marmara Univ. Sağlık Bilimleri Fak.Sağlık Yon. B.Sağlık Ekonomisi A.B.D, İSTANBUL**

*****Sağlık Bakanlığı, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL**

GİRİS: Sağlık kurumları yönetiminde, yöneticinin sürekli kurumunun verdiği hizmetlerin kalitesini tarafsız olarak ölçmesi verilen sağlık hizmetleri kalitesinin önemli bir göstergesidir. Sağlık hizmetlerinde hasta/bireyin pasif rolden aktif role geçişi, eğitim düzeyinin artması, hastalığının tanısını anlamak istemesi, sağlık teknolojilerinin gelişmesine paralel olarak memnuniyet beklentilerinin artması hasta memnuniyeti kavramlarını da beraberinde getirmiştir. Fakat sağlık alanındaki memnuniyet farklıdır. Çünkü hizmet işletmelerinden farklıdır. Tüketiciler memnuniyetsizliklerini hizmet aldığı kurumları değiştirerek gösterebilirken, sağlık hizmetlerinde bireylerin sağlık kurumları değiştirebilme şansı sınırlıdır. Kaliteli sağlık bakımı alma isteğinin yaygınlaşması ile "kaliteli sağlık hizmeti" gündeme gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite; tıbbi sonuçlar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyeti ile değerlendirildiğinde işlevsel olacaktır.

Araştırmamızın amacı bir eğitim araştırma hastanesine başvuran, ayakta tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerinin çeşitli boyutlarıyla araştırılması ve ilişkili olabilecek sosyo-demografik değişkenlerin incelenmesidir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, kalite, akreditasyon, sağlık yönetimi

GEREC VE YÖNTEM:

Kesitsel bir anket uygulanmıştır. Şubat ayı içinde rastgele bir gün belirlenmiştir. O gün boyunca hastanenin polikliniklerine başvuran hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden 248 hasta ile yüz yüze görüşülerek anketler tipte olan bu çalışmada ayakta tedavi gören hastaların memnuniyet derecelerini değerlendirmek için 25 soruluk anket kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların %56 kadın, %44 erkektir. Ayakta tedavi gören hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesi %22 si mükemmel, %35'i çok iyi, %24 iyi, %17 orta, %1 ise kötü olarak hesaplanmıştır. Eğitim durumuna göre polikliniklerden aldığınız hizmeti genel olarak değerlendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($\chi^2=0.011$; $p<0.05$). Üniversite ve lise eğitimine 1, orta, ilköğretimine 2

denmiş, okuma yazma bilmeyenlerin oranı % 3 olarak bulunmuş ve sınıflama kapsamına alınmamıştır. ve tekrar genel memnuniyet puanları ile eğitim puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur($t=0.0031$; $p<0.05$). 1. grupta (üniversite ve lise) olanların memnuniyet oranları incelendiğinde %11 sinin kötü, %48 inin orta, %24 sinin iyi, %15 çok iyi, %2 mükemmel düzeyde memnun olduğu gözlenmiştir.

Cinsiyete göre hastaların memnuniyet düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Yaşa göre kategorik olarak memnuniyet düzeylerine bakıldığında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F=0.0032$; $p<0.05$). Yaş iki gruba ayrılmış; 40 yaş ve üstü 1 olarak değerlendirilmiş, 39-18 yaş arası 2 olarak değerlendirilmiştir. İkili grupla genel olarak polikliniklerden aldığımız hizmeti değerlendirme puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($t=0.002$; $p<0.05$). 18-39 yaş grubunda olanların memnuniyet oranları incelendiğinde %8 sinin kötü, %45 inin orta, %21 sinin iyi, %15 çok iyi, %11 mükemmel düzeyde memnun olduğu gözlenmiştir.

SONUÇ: Lise ve üstü eğitim düzeyi ile 39-18 yaş grubu içinde bulunma azalmış hasta memnuniyeti ile ilişkilidir. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça daha fazla kaliteli sağlık hizmeti beklentisi içinde olmaktadır. Aynı şekilde genç olarak sayabileceğimiz hasta grubunda da sağlık hizmetlerinden memnuniyet azalmaktadır. Geleceğin sorgulayan ve bilgiye daha rahat ulaşan eğitilmiş neslinin sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin artırılması sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarına hız verilmesi, her sağlık kurumundan verilen hizmetin standartlaştırılması ve ulusal akreditasyon çalışmalarına ivme verecektir.

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNDE, TEDARİKÇİLERİN DEĞERLENDİRMESİ

**Bal Ahmet, Yılmaz Hatice, Çalış Aynur,
Prof. Dr. A.İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye**

Amaç: Hastanemizdeki tedarikçi hizmetlerini değerlendirilerek, hizmet kalitesinin yükseltilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve sürekliliğinin sağlanmasıdır. **Önemi:** Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme entegre etmenin en önemli aracı ise, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir (accountable) niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır (Zerenler ve Ögüt).

Hasta güvenliğinin sağlanması tıbbi kazaları önleme olasılığını maksimize edecek faaliyetler ve süreçleri gerektirmektedir. Tedarik zinciri entegrasyonunun başarılı bir şekilde yapılması ve sürekliliğinin sağlanması tıbbi hataları giderilmesi sürecinde katkı sağlayacak bir unsur olarak ele alınmalıdır (Tütüncü ve Küçükusta, 2008,1-102). Sağlık sektöründe Hizmet İhalesi, klinik ya da klinik dışı hizmetlerin sunumunun kısmi ya da tüm sorumluluğunun özel sektöre kaydırılması ancak hizmetin finansmanının kamu sektöründe gerçekleştirilmesini içerir. Sağlık hizmetlerinde Hizmet İhalesi uygulamaları, yoğunlukla ev idaresi hizmetleri denilen çamaşır, temizlik ve mutfak gibi hizmetlerde kullanılmasına karşın son yıllarda özellikle "dahili piyasalar" (internal market) oluşturma amacıyla gerçekleştirilen reformlarda klinik hizmetlerin de ihale edilmesi gündeme gelmiştir.

Hastanemizde çamaşır, temizlik, yemek, bilgi işlem, sekreterlik, hasta karşılama ve yönlendirme, güvenlik ve MR hizmetleri tedarikçiler aracılığı ile yürütülmektedir. 2002 yılından bu yana, Kalite Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı çalışmaları gereğince belirlenmiş olan, muayene komisyonu üyelerin tarafından, standardize edilen konularda, aylık olarak tedarikçi değerlendirmeleri yapılmaktadır. Aylık değerlendirme sonuçları, şikâyet ve öneri kutularından alınan sonuçlar, hasta memnuniyet anketleri ve iç tetkikler ile tedarikçi hizmetleri değerlendirilmektedir.

Yöntem: 2005 – 2010 yıllarında, tedarikçi değerlendirilmelerinin yapıldığı, Aylık Muayene Raporlarındaki veriler, retrospektif değerlendirilmiştir. Tedarikçi değerlendirmeleri 67 parametrede 100 puan üzerinden yapılmaktadır. Değerlendirme sonuçlarının yıllık ortalamaları ve yıllara göre dağılımları incelenmiştir.

Bulgular: Yıllara göre tedarikçi değerlendirme sonuçları incelendiğinde; çamaşır temizlik ve bilgi işlem hizmetleri puanlarında artış olduğu (çamaşır 73-91, temizlik 74-91, bilgi işlem 80-92), yemek (86-89) ve güvenlik hizmetlerinin (87-90) aynı puanda kaldığı görülmüştür. Sekreterlik hizmetlerinde ise 2008 ve 2009 yılları puanında bir artış olmuş ancak 2010 yılında azalma olmuştur. MR hizmeti 2010 yılı değerlendirme ortalaması 96 ile en yüksek puan olmuştur. Hasta karşılama ve yönlendirme hizmetleri 2010 yılı sonuna kadar sekreterlik hizmetleri ile birlikte yürütülmüş olup bu tarihten itibaren ayrı değerlendirilmeye alınmıştır. 2010 yılı memnuniyet anketi sonuçlarına göre yemek hizmetleri memnuniyeti ile tedarikçi değerlendirme puanı birbirine yakın olmakla birlikte, temizlik hizmetlerinden memnuniyet, tedarikçi değerlendirme puanına göre düşük tespit edilmiştir.

Sonuç: Hastanemizde, 2005 – 2010 yıllarında yapılan tedarikçi değerlendirme ortalamaları; çamaşır hizmetlerinde 82, temizlik hizmetlerinde 83, yemek ve bilgi işlem hizmetlerinde 87, güvenlik hizmetlerinde 89, sekreterlik hizmetlerinde 90, MR hizmetlerinde ise 96 puan olarak tespit edilmiştir.

Hastanemizde çalışan tüm tedarikçilere hasta memnuniyetini artırmaya yönelik, Hizmet Kalite Standartlarında istenen ve şartnamelerinde belirlenmiş olan; hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişiler arası ilişkiler, hastane içi hizmet süreçleri, hastane çalışanları, mevcut uygulamalar (hekim seçme), yönetmelikler vb. konularında periyodik hizmet içi eğitimlerimiz yapılmaktadır. Tüm tedarikçi hizmetlerimiz, belirlenmiş olan muayene komisyonu üyelerince değerlendirilmektedir. Değerlendirme sonuçları, şikâyet ve öneri kutularından alınan sonuçlar, hasta memnuniyeti anketi ve iç tetkik sonuçlarına göre, tespit edilen uygunsuzlukların giderilmesi ve memnuniyetin artırılmasına yönelik çalışmalarımız devam etmektedir.

Anahtar Kelime: Hasta Memnuniyeti1, Muayene Raporu 2, Tedarikçi Değerlendirmesi 3.

BİLGİ GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMLERİ SERTİFİKASYON VE UYUMLULUĞUN SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ ÖNEMİ

**Kaya, Lami
Alfred Üniversitesi, Türkiye Kampüsü, Bakırköy-İstanbul,Türkiye**

Özet: Kurumların karşılaştığı tehditler gittikçe karmaşıklaşıyor ve ayrıca regülasyon istemleri hem rakamsal hem de içerik olarak artıyor. ISO 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi (BGYS) kurumlara bir kullanacakları bir çerçeve (framework) sunarak sistematik olarak kendilerini korumalarını sağlamaya çalışır. Bu çalışmada BGYS'yi sağlık sektöründe kurmanın önemi ve karşılaşılan bazı sorunlar, özellikle yönetsel konular, incelenip irdelenmiştir

Amaç: İstenmeyen durumlarla karşılaşmamak için personel ve hasta bilgilerinin işlenmesi, saklanması ve ilgili taraflara/yerlere iletilmesinde uygun güvenlik kontrollerinin nasıl yönetilmesi hususunda yapılması gerekenler ve deneyimleri paylaşmaktır

Bulgular: BGYS'nin kurulması (planlanması), gerçekleştirilmesi, çalıştırılması, gözlemlenmesi, gözden geçirilmesi, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi hususlarında gözlem ve deneyimlerimiz paylaşılacaktır

Sonuçlar: BGYS'nin gerçekleştirilmesi üst yönetimin önderliğini gerektirir. Bir BGYS programının arkasındaki sürükleyici güç ve ulaşılabilecek hedefler bir kurumun hedefleri arasında açıkça belirtilmelidir. Vizyonel güçlü liderlik olmadan, BGYS bir kurumdaki riskleri tanımlama ve gerekli korumaları geliştirebilir mümkün olmaz. BGYS gerçekleştirme üst yönetim ve BGYS projesini sürdüren ekip tarafından açıkça anlaşılması ve gerekli değişikliklere açık olunmalıdır

POSTER SUNUMLAR

HAZIRMİYİZ?

KÜÇÜK Ayfer*, **İNANGİL Demet****, **ALTINKESER Ayşegül*****, **BATUR Kifayet******, **YASDIKÇIOĞLU Kamuran*******, **EKBUL Mehmet*******
TSK Etimesgut Asker Hastanesi/ Ankara/ TÜRKİYE

AMAÇ: Çalışmamızda çalışan güvenliğini sağlamak için hemşirelerin hastanedeki deprem- afet planları konusundaki görüşlerini incelenmesini amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı tipte olan araştırmamızın örneklemini T.S.K Etimesgut Asker Hastanesinde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 79 hemşireye araştırmacılar tarafından geliştirilen anket uygulanmıştır. Veriler SPSS 15.0 programına girilerek yüzde analizleri yapılmıştır.

BULGULAR: Hemşirelerin yaşları 25 ile 52 yaşları arasında değişmekte olup ortalama yaşı 34.38 ± 5.3 , hastanemizde hizmet süresi 1 ile 30 yıl arası değişmekte olup 14.01 ± 6.76 dir. Hemşirelerin %75.9 SMYO mezunu olup, %88.6 sı görev başında iken deprem yaşamamıştır. Hastanenin afet planını olup olmadığı konusunda % 63.3 nün bir fikri yoktur. Kurumun hemşireleri bilgilendirmek amaçlı afet konusunda bilgi vermek için hemşirelerin %77.2 si toplantı düzenlenmediğini belirtmiştir. Risk yönetimi için yapılan senaryo uygulamasına % 75.9' u katılmamıştır.

SONUÇLAR: Kurumun çalışan güvenliğinde afet ve deprem ile ilgili aldığı tedbirler konusunda hemşirelerin farkındalık düzeyleri oldukça düşük. Bilgilendirme faaliyetlerinin ve tatbikatların gerçeğe yakın simülasyonlar şeklinde yapılmasının faydalı olacağı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin afet durumunda teşkilatlanma mekanizmasını tam bilmediği ve bu konuya hizmet içi eğitimde daha önem verilmesi gerektiği tespit edilmiştir.

HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA HASTA GÜVENLİĞİNİN YERİ VE HEMŞİRLERİN BU KONUDAKİ GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

İNANGİL Demet*, **ALTINKESER Ayşegül****, **BATUR Kifayet*****, **YASDIKÇIOĞLU Kamuran******, **GÖKBERBER Gülçin*******
TSK Etimesgut Asker Hastanesi/ Ankara/ TÜRKİYE

Anahtar kelimeler: Hasta güvenliği, Güvenli hemşirelik uygulamaları, Hemşirelik

Amaç: Hemşirelerin hastalara güvenli hemşirelik bakımı planlama uygulamalarını ve hasta güvenliği kavramı konusunda görüşlerini incelemektir.

Yöntem: T.S.K Etimesgut Asker Hastanesinde görev yapan ve anket doldurmayı kabul eden 83 hemşire ile tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmacılar tarafından literatür tarandıktan sonra 4 bölümden oluşan anket formu geliştirilmiştir. 1. bölümde demografik özellikler, 2. bölümde hasta güvenliği tanımları hakkında hemşirelerin görüşleri, 3. bölümde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik önerilerin hemşirelerin sorumluluğunda olup olmadığı?, 4. bölümde hemşireler hastaların güvenliğini sağlamak amaçlı uygulama etkinliğini ölçen sorular oluşturmaktadır. Anketler yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Veriler SPSS 15.0 programında girilerek yüzdeler ve ki kare testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük bölümü SMYO mezunu olup % 74,7(62), hemşirelik hizmetlerini poliklinikte yaparken %90,4 (75), hasta güvenliği uygulamaları hakkında eğitim %90,4 (75) almışlardır.

Hemşireler hasta güvenliği sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı düşüncesine % 72.3 (60) ve hemşirelerin hasta güvenliği açısından riskleri belirleyen önlemeye yönelik uygulamaları planlayan uygulayan ve değerlendiren düşüncesine % 62.7 (52) tamamen katılmaktadır. % 91.6(76) iletişimin güçlendirilmesi, % 96.4 (80) hasta ve ailelerine bu konuda bilgi verilmesi hemşirelerin sorumluluklarındadır demıştır.

Hemşirelerin hastanelerde gerçekleştiren hasta güvenliği uygulamaları değerlendirmek için verdikleri puan dağılımına baktığımızda % 71.6 etkinliği iyi olarak nitelendirmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin mezun oldukları okul ve hizmet sürelerini uygulamalar ile kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p < 0,02$ ki kare testi).

Sonuç: Hasta güvenliği kavramı hemşireler tarafından iyi algılandığı ve farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu, 2010 yılı Hasta Güvenliği Uygulama Talimatı emri ve eğitimi ile hastanemizde yeni uygulamalar faaliyete geçmiştir. Hemşireler bakım planı sürecinde hasta güvenliğine yönelik faaliyetler hizmet verirken planlanmaktadır.

HASTA GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN BİR DURUM

EKİMOZ, AĞRI VE HEMATOM NEDENLERİ VE ALINAN TEDBİRLER

İNANGİL Demet*, **ALTINKESER Ayşegül****, **BATUR Kifayet*****, **YASDIKÇIOĞLU Kamuran******, **GÖKBERBER Gülçin*******
TSK Etimesgut Asker Hastanesi/ Ankara/ TÜRKİYE

AMAÇ : Subkutan heparin uygulamasına bağlı enjeksiyon bölgesinde gelişebilen ekimoz, hematoma ve ağrı sonraki enjeksiyonlarda kullanılacak bölgelerin sınırlandırılmasına, tedaviyi reddetmesine, beden imajının bozulmasına ve hasta güvenliğinin azalmasına yol açabilmektedir. Bu araştırma, subkutan yolla heparin uygulamasına bağlı enjeksiyon bölgesinde gelişen ekimoz, hematoma ve ağrı oluşumunun önlenmesi ya da azaltılması için hemşirelerin aldıkları önlemleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ- YÖNTEM: Araştırma, Ankara'da bulunan bir Üniversite Hastanesinde yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmanın örneklemini Nöroloji, Kalp-Damar Cerrahisi, Dahiliye, Acil, Kardiyoloji, Anestezi ve Yoğun bakım kliniklerinde görev yapan toplam 79 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından literatür ve klinik uygulamada karşılaşılan sorunlar doğrultusunda hazırlanan soru formu kullanıldı. Verilerin çözümlenmesinde yüzdeler dağılımları ve ki kare testi uygulandı.

BULGULAR: Hemşirelerin %79.7'sinin (n=79) subkutan yolla heparin uygulaması sonrasında uygulama bölgesinde ekimoz, ağrı ve hematoma karşılaştıkları, % 83.5'inin (n=79) kullanıma hazır enjektörlerle subkutan yolla heparin uygulama konusunda herhangi bir hizmet içi eğitim almadıkları; % 62'sinin (n=79) kullanım klavuzunu okumadığı belirlendi. %43'ünün (n=79) uygulama bölgesi olarak yalnızca üst kolun dış yanını tercih ettikleri, %67.1'inin uygulama bölgesini değiştirdiklerini, %50.6'sının 11 ile 20 saniye süresince ilacı enjekte ettiği belirlendi. İlacın 21-30 saniye süre aralıklarında verildiğinde, enjektörde bulunan hava çıkartıldığında, uygulama süresince dokuyu kavrama sürdürüldüğünde, enjeksiyon bölgesinin değiştirilerek kullanıldığında uygulama bölgesinde ekimoz, ağrı ve hematoma görülme oranının anlamlı derecede azaldığı saptandı ($p < 0.01$).

SONUÇ: Hemşirelerin büyük bir kısmının subkutan yolla heparin uygulaması sonrasında uygulama bölgesinde ekimoz, ağrı ve hematoma karşılaştıklarını buna rağmen uygulama konusunda yeterli derecede eğitim almadıkları belirlenmiştir. Oluşan yan etkilerin uygulama tekniklerine bağlı olarak arttığı düşünülerek, eğitim ve uygulama konusunda farkındalığın artırılması önerilmektedir

YATAN HASTA KLİNİKLERİNİN VE POLİKLİNİK ALANLARININ KARDİYO-PULMONER RESÜSİTASYONA HAZIROLUŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

GÜNDOĞDU Fatma1, AKBAŞ Latife1, KARAKÇI Nurşen1, ÖZTÜRK Nebahat1, ÇELİKKOL Uğur1, ŞEKERCİ Sumru1
1. Medicana İnternational Ankara, Ankara / Türkiye

GİRİŞ ve AMAÇ :Bilindiği gibi kardiyopulmoner resüsitasyonun (KPR) zamanında ve etkin yapılması hayat kurtarmada ve hasta güvenliğinin sağlanmasında önemlidir. Bilgilerin unutulmaması ve yeni bilgilerin güncellenmesi için düzenli aralıklarla KPR konusunda eğitimlerin yapılması faydalıdır. Ancak KPR için gerekli olan malzemenin kliniklerde kullanıma hazır halde bulundurulması ve KPR ekibini destekleyecek sağlık çalışanlarının bu konuda hazırlıklı olması KPR'nin daha etkin olmasını sağlayacaktır. Bu nedenle hastanemizde kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının hazır oluşunu desteklemek ve geliştirilmesi gereken yönlerimizi değerlendirmek için bu çalışma yapılmıştır. **YÖNTEM ve MATERYALLER** :1 Ağustos-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında Medicana International Ankara Hastanesindeki klinikler, poliklinikler, radyasyon onkoloji, Fizik Tedavi Rehabilitasyon ve Kan Merkezi gibi toplam 12 bölüme yönelik hastanemiz KPR prosedürü doğrultusunda senaryolar hazırlanmış ve bu senaryolara göre kontrol formu oluşturulmuştur. Bu senaryolar tatbikat öncesi bölümlere verilmiş onlarında hazırlanması istenmiştir. Tatbikat sırasında maket kullanılmış ve bölümün acil arabası (crash-cart) kullanılmıştır. Tatbikat sırasında yapılan girişimler gözlenerek kontrol formuna kaydedilmiş ve videoya çekilmiştir. Tatbikatın sonunda geliştirilmesi gereken yönler için bölüm çalışanlarına bilgilendirme yapılmıştır. **BULGULAR** :Kontrol formunda mavi kod alarmı, hastanın hava yolu açıklığının sağlanmasına yönelik girişimler acil arabanın müdahale alanına getirilmesi ve ilaç ve malzemelerin etkin kullanılması, defibrilasyona ve entübasyona asiste etmeye yönelik toplam 41 kriter değerlendirilmiştir. Geliştirilmesi gereken ilk üç kriterin entübasyon sırasında eş zamanlı aspiratörün hazırlanması(%42), oksijen tüpünün açılması (%50)ve acil arabanın uygun yere çekilmesi (% 58) olduğu görülmüştür. **SONUÇ** : Yapılan çalışma sonucunda tatbikatların özdeğerlendirme ve KPR sürecini iyileştirme için faydalı olduğu ve belli aralıklarla tekrarlanması gerektiği sonucuna varılmıştır.

AMELİYAT ÖNCESİ HASTALARIN BİLGİ GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

GÖKBERBER Gülçin*, İNANGİL Demet**, ALTINKESER Ayşegül***, BATUR Kifayet****, KÜÇÜK Ayfer*****
TSK Etimesgut Asker Hastanesi/ Ankara/ TÜRKİYE

Anahtar kelimeler: Ameliyat öncesi hazırlık, Hasta, Gereksinim
Amaç: Yatarak tedavi gören askerin ameliyat öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlenmesini amaçlanılmıştır.
Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırmamızın örneklemini T.S.K Etimesgut Asker Hastanesinde en az 24 saatir yatarak tedavi gören ve acil ameliyat planı olmayan 95 hasta asker oluşturmaktadır. Araştırmacılar tarafından geliştirilen anket 2 bölümden oluşmaktadır. 1.bölümde sosyo demografik veriler ve 2. bölümde ameliyat öncesine ilişkin bilgi gereksinimlerini saptamak için sorular oluşturmaktadır. Veriler SPSS 15.0 programında yüzde analizleri yapılmıştır.
Bulgular: Hastaların yaşları 20 ile 30 yaş arasında olup grubun ortalama yaşı 22.75±1.91 dir. % 49.5 (47)' i lise mezunu, %47.4 (45)'ü serbest meslekte çalışırken büyük bir çoğunluğu orta geliri olup kazançları harcamalarına denk gelmektedir% 68.4(65). Hastaların % 86.3(82)'si ilk ameliyat tecrübesi olurken, ameliyat öncesi bilgi almak istediklerinde dr ve hemşirenin ayrı ayrı kendilerini tanıttıklarını %69.5(66)- %88.2(79) bu sayede iletişim kurulurken kanalların tıkanmadığını görmekteyiz. Etkili iletişim sayesinde hastalar soru sormaktan çekinmeyip ameliyatları ile % 85.3(81) bilgi almışlardır. Hastalar en çok ağrı konusunda bilgi aldıklarını 76.8(73) ifade etmişler.% 54.7 (52) si hem hemşire hem de doktordan bilgi aldıklarını bununda sağlık hizmetinin interdisipliner bir ekip anlayışından oluştuğu görülmektedir.
Sonuçlar: Ameliyat öncesi hastalara gereksinimlerine göre eğitim planlayıp, hastaların endişe ve korkularının ameliyatları ile aza indiğini ve bu konun personele hizmet içi eğitimlerde ameliyat öncesi hazırlık konusu hakkında bilgilendirilmesi ve bilgi sunarken görsel materyaller kullanılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

HEMŞİRELERİN KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE YARALANMALAYA YÖNELİK ALINAN TEDBİRLER

BATUR Kifayet*, ALTINKESER Ayşegül**, İNANGİL Demet***, YASDIKÇIOĞLU Kamuran****, KÜÇÜK Ayfer*****
T.S.K. Etimesgut Asker Hastanesi / Ankara/ TÜRKİYE

Anahtar kelimeler: Kesici delici yaralanma, Hemşire, Çalışan güvenliği
Amaç: Hemşirelerin kesici delici aletlerle yaralanma deneyimleri, yaralandıklarında aldıkları önlemleri ve çalışan güvenliği uygulamalarını geliştirmek için risk yönetim şeması oluşturmak amaçlandı.
Yöntem: Araştırmamızın örneklemini T.S.K. Etimesgut Asker Hastanesinde en az 1 yıldır görev yapan 63 hemşire oluşturmaktadır. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup, araştırmacılar tarafından literatür tarandıktan sonra geliştirilen veri toplama formu ile yüz yüze görüşülüp anket uygulanmıştır. Veriler SPSS 15.0 programında yüzde ve ki kare testi ile analiz edildi
Bulgular: Hemşirelerin yaşları 25 ile 52 yaşları arasında değişmekte olup ortalama yaşı 34.38±5.3, hastanemizde hizmet süresi 1 ile 30 yıl arası değişmekte olup 14.01 ± 6.76 ve 2008 yılından günümüze 2010 yılına kadar 1 ile 3 arasında 1.39 ±0.5 defa yaralanmıştır. % 69.8 (44) SMYO mezunu, % 47.6' sı(30) cerrahi bilimlerde ve bunlarında %64.7 'si poliklinikte hemşirelik hizmeti vermektedir. 2008 yılından beri % 36.5 (23)'i kesici delici alet yaralanmasına maruz kalıp, % 22.2'si (14) hiçbir yere başvurmamıştır. Yaralanmaların büyük bir kısmı el bölgesinde % 31.7 (20), % 23.8'si(15) yaralanmanın işlem sırasında olduğunu ve %20.6 (13) sı materyalin hastaya ait olduğunu biliyorlardı. Hemşirelerin % 74.6' sı(47) enekte materyalle maruz kalma risklerinin yüksek olduğundan dolayı hepatit B aşısı yaptırmıştır. Yaralanan hemşirelerin % 1.6' sı kesici delici alet yaralanma formu doldurmazken, % 55.6'sı yaralandığında yapması gerekenleri bilmektedir. Kendilerini korumak amaçlı en çok tercih ettikleri bariyer yöntem olarak %68.3 ü(43) eldiveni tercih etmektedirler.
Hemşirelerin mezun oldukları okul, meslekteki hizmet süreleri maruz kalmaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. (p< 0, 062 Ki kare testi)
Sonuç: Hemşireler hizmet sunarken bir çok risklerle karşı karşıya gelmektedirler. Güvenliği sağlamak amaçlı hem bireysel hem de kurumsal bazı politikalar ile olur. Görüldüğü üzere büyük bir kısmı maruz kalmıştır. Bu yaralanmaları minimum seviyeye çekilebilmek için hastanelerin risk yönetim şeması oluşturup, çalışanları yaralanma öncesi ve sonrasında bilgilendirilmelidir.

MAVİ KOD: BİR HASTANE ÖRNEĞİ

1. ÖZKAN Serpil 2. KURT DURMUŞ Meral 3. ÇİFTLİK Emine Elvan 4.ÇOBAN Didem 5. DİNÇ Hamza , 6. ÖZYUVACI Emine Nur 7. YİĞİT Özgür Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Mavi Kod, hastane çalışanları için hastane sınırları içerisinde gelişen kardiyak ya da solunumsal arrest vakası durumunda, kısıtlı sürede resüsitasyonu sağlamak amacıyla geliştirilmiş olan acil uyarı sistemlerindedir. Bu kod sisteminde hastanenin telefon alt yapısı, sistem santrali, pager ve web yazılımı gibi sistemler üzerinden iletişim yöntemleri geliştirilebilir. Çalışmanın amacı, kurumda meydana gelen acil durumlarda kullanılan kod sistemini değerlendirilmesidir.

Çalışmamız 2009-2010 Ekim tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde mavi kod verilen 153 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların sosyo-demografik bulguları, yattığı klinik, CPR başlama ve bitiş saatleri kaydedildi. Olguların 73'ü (%54,2) erkek, 70'i (%45,8) kadını ve yaş ortalaması 70,03±13,784 yıl olarak bulundu. En fazla Mavi Kod Dahiliye kliniklerinden yapılmıştı. Hastanemizde verilen mavi kod ekibinin ulaşma süresi ortalama 2.40 dk olarak tespit edildi

Anahtar Kelimeler: Mavi kod, Acil, CPR

İSTANBUL'DA ÇALIŞAN KALİTE DEĞERLENDİRİCİLERİNİN ALGILADIKLARI STRES DÜZEYLERİNİN BOYUTLARI

Dr. İlyas BOZKURT1 , Hemş. Hülya UZUNOĞLU2, Uz. Dr. İbrahim TOPÇU3, Uz. Hemş. Binnur ERDEM4,

(1) İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Müdür Yardımcısı, İl Performans ve Kalite Koordinatörü,

(3) İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Müdür Yardımcısı,İbrahim Topçu ,

(4) İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Birimi Sorumlusu,Uz.Hemş.Binnur Erdem

(2) İstanbul Sağlık Müdürlüğü, İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, Kalite Koordinatörü

Stres, fiziksel ve psikolojik taleplere vücudun fizyolojik olarak vermiş olduğu karşılıktır. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının stres düzeyleri yüksek bulunmaktadır. Denetim gibi çatışmanın yaşandığı özellikli durumlarda stres düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Bu çalışma ile Kalite Denetimlerine katılan değerlendiricilerin stres düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmanın evrenini İstanbul'da aktif denetim yapan..... kişi oluşturmaktadır. Örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 52 değerlendirici oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Baltaş tarafından ülkemize uyarlanan 14 soruluk "Algılanan Stres Düzeyi Testi" kullanılmıştır. Anket soruları Kurum izni alındıktan sonra e-posta yoluyla değerlendiricilere gönderilmiş ve sonuçları geri alınmıştır.

Puanlama, Hiçbir zaman:1, Çok sık: 5 olarak değerlendirilmiş olup, 11-26 puan arası düşük stres düzeyine, 27-41 arası orta stres düzeyine, 42-56 arası yüksek stres düzeyine işaret etmektedir.

Değerlendiricilerin, %8'i (n=4) düşük stres düzeyi, %40'ı (n=21) orta stres düzeyi, %52'si (n=27) yüksek stres düzeyi algıladıklarını ifade etmişlerdir. Yüksek stres düzeyi kadın değerlendiricilerde daha fazla saptanmıştır (%70).

Anahtar Kelimeler: Kalite, Değerlendirici, Stres, Algılama

KAYNAKLAR; <http://www.baltas-eksen.com/algılanan-stres-olcegi.html> (26.11.2010)

Güçlü N., Stres Yönetimi, G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt 21, Sayı 1, 2001.

2006–2010 YILLARI ARASINDA ELBİSTAN DEVLET HASTANESİ, HASTA HAKLARI BİRİMİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZDEMİR Ahmet Hakan1, TEKİNGÜNDÜZ Sabahattin2, POLAT Hatice3,Serkan UZMAN4

1 Elbistan Devlet Hastanesi / Kahramanmaraş

1 Gazi Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara

1 Muğla Devlet Hastanesi

4 Elbistan Devlet Hastanesi / Kahramanmaraş

Son zamanlarda performans göstergeleri başlığı altında hasta güvenliği kavramı ön plana çıkmaktadır. Hasta hakları olgusu da hasta güvenliğini etkileyen önemli unsurlardan birisidir. Bu çalışmada, Elbistan Devlet Hastanesinden 2006–2010 yıllarında hizmet almış tüm hastaların Hasta Hakları Birimine başvuruları ile elde edilen veriler; bilgisayar sisteminden, hastane otomasyonundan ve yazılı kayıtlardan geriye dönük olarak taranmış ve derlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Hakları, Başvuru