

ARAŞTIRMA

UYGUNLUK DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ İLE İKİ HASTANEDEKİ HASTA GÜNLERİNİN UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sıdıka KAYA* Kafiye EROĞLU** Gülşen VURAL***

Özet

Bu araştırmanın amacı, Ankara'daki bir Devlet Hastanesi ve bir Üniversite Hastanesinde (Angelillo, I.F., Ricciardi, G., Nante, N., Boccia, A. and Collaborative Group. 2000,114: 9-14) uygun olmayan hasta günü miktarını, (Apolone, G., Alfieri, V., Braga, A., Caimi, V., Cestari, C., Crespi, V., et al.1991 3 1: 1-9.) uygun olmayan kullanımla ilişkili faktörleri ve (Barton, P.L. 1998) uygun olmayan kullanımın nedenlerini belirlemektir. Bu amaçla, Mart 1997'den Mart 1998'e kadar, iki hastanede 2067 hasta günü Uygunluk Değerlendirme Protokolü (UDP) ile değerlendirilmiştir. Devlet Hastanesinde hasta günlerinin % 34.3'ünün, Üniversite Hastanesinde ise % 24.6'sının uygun olmadığı bulunmuştur. Her iki hastanede de yatışı acil olmayan hastaların ve ilkbaharda hastaneye yatan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdeleri acil servisten yatan hastalardan ve diğer mevsimlerde yatanlardan yüksektir. Ayrıca, Üniversite Hastanesinde, genel cerrahi servisinde yatan hastaların ve hastaneye ilk kez yatanların uygun olmayan hasta günü yüzdeleri, dahiliye ve jinekoloji servislerinde yatan hastalardan ve hastaneye tekrar yatan hastalardan yüksektir. Devlet Hastanesinde ise yatış süresinin ilk günlerinde ve Pazar, Pazartesi ve Perşembe günlerinde uygun olmayan hasta günleri yüzdesinin yüksek olduğu bulunmuştur. Her iki hastanede de uygun olmayan hasta günlerinin en önemli nedeni, ihtiyaç duyulan tanıyla ilgili işlemler ve/veya tedavinin ayaktan yapılabilecek olmasıdır. Bu araştırma, UDP'nin Türkiye'deki hastanelerde verimliliği artırmak için bir araç olarak kullanılabilirliğini göstermektedir.

Giriş

Türkiye'deki sağlık harcamaları, gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarından düşük olmakla birlikte, sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların verimli kullanımı gelişmiş ülkelerdeki kadar önemlidir. Hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutması, hastane hizmetlerine yapılan gereksiz harcamaların önlenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Gereksiz hastane kullanımının ve harcamalarının önlenmesi için geliştirilen stratejilerden biri, kullanımın incelenmesine dayalı kullanım yönetimidir.

Kullanımın incelenmesi, hastanın tıbbi kayıtlarının incelenmesi yoluyla hastanede sunulan hizmetlerin uygunluk ve verimliliğinin değerlendirilmesidir. Kullanım yönetimi, hastane hizmetlerinin sunumunda etkililik ve verimliliği artırmak için, ödemeyi yapanların ya da hastane idarecilerinin hastane hizmetlerini sunanları etkilemek üzere yaptıkları faaliyetlerdir (Payne, S.M.C.; 1987: 709).

Uygun olmayan (gereksiz) hastane kullanımını belirlemede kullanılan yöntemler, kapalı kriterlerin kullanıldığı yöntemler, açık kriterlerin kullanıldığı yöntemler ve bu ikisinin bir kombinasyonunun kullanıldığı yöntemler olarak gruplanabilir (Kaya, S.; 1998b: 313).

Kullanımı inceleme konusundaki literatürün büyük bir kısmı, açık kriterlerin kullanıldığı yöntemlerden Uygunluk Değerlendirme Protokolüne- UDP (Appropriateness Evaluation Protocol-AEP) dayanmaktadır. Bununla birlikte, bu yöntemin Türkiye'deki uygulanabilirliği hakkında çok az araştırma yapılmıştır.

Bu araştırmanın amacı, UDP'yi kullanarak, Türkiye'deki iki büyük hastanede; uygun olmayan (gereksiz) hasta günü miktarını, uygun olmayan kullanımla ilişkili faktörleri ve uygun olmayan kullanımın nedenlerini belirlemektir.

* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

*** Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evreni, 1 Mart 1997- 28 Şubat 1998 tarihleri arasında, Ankara'daki bir Üniversite Hastanesi ve bir Devlet Hastanesinin dahiliye ve genel cerrahi servislerinde yatan hastalar ile kadın hastalıkları ve doğum servislerinde yatan jinekoloji hastalarıdır. Her iki hastane de eğitim ve araştırma hastanesidir ve Türkiye'nin en büyük hastaneleri arasında yer almaktadır.

Bir yıl boyunca her ay tesadüfi olarak seçilen bir günde, incelenen servislerde yatan hastalar listelenmiş ve bunların arasından üçte biri sistematik örnekleme tekniğiyle (her üç hastadan biri olmak üzere) seçilmiştir. Ancak, Devlet Hastanesinde jinekolojik hasta sayısı az olduğu için, bu hastalar örneklenmemiş hepsi araştırmaya dahil edilmiştir.

Tesadüfi olarak seçilen günden önceki günün uygunluğu değerlendirilmiştir. O gün yatan ya da o gün taburcu olan hastalar, UDP sözkonusu günlerin uygunluğunu değerlendirmek üzere geliştirilmediği için, araştırma kapsamına alınmamıştır. Hastanede en az bir hasta günü (24 saat) yatmış olan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Cuma ve Cumartesi günleri araştırmaya dahil edilmemiştir. Hastanın hastaneye yatışının (kabulünün) ya da hastanede yattığı tüm günlerin uygunluğu değil, sadece tek bir hasta gününün uygunluğu değerlendirilmiştir. Böylece Üniversite Hastanesinde 900 ve Devlet Hastanesinde 1167 olmak üzere toplam 2067 hasta gününün uygunluğu, iki hemşire tarafından UDP kullanılarak incelenmiştir.

Kesitsel türdeki bu araştırmada, uygun olmayan (gereksiz) kullanımı belirlemek için, Gertman ve Restuccia tarafından 1970'lerin sonlarında Boston Üniversitesinde geliştirilen Uygunluk Değerlendirme Protokolü (Gertman, P.M. and Restuccia, J.D.; 1981: 870-871) kullanılmıştır.

Gertman ve Restuccia, UDP dizayn edilirken bir grup amaçtan hareket edildiğini belirtmektedir. Başlangıçta, görel olarak basit ve mümkün olduğu kadar çok hastaya uygulanabilen bir yöntem geliştirilerek kullanım kolaylığı, genellenebilirlik ve uygulama maliyeti bakımından aracın faydasının artırılacağına inanılmıştır. Bu yüzden, ilk dizayn kararı, UDP'nin tanıdan-bağımsız bir araç olmasıdır. Bununla birlikte, tanıdan-bağımsız bir yaklaşımın bütün hastalara uygulanamayacağı düşünüldüğünden, ilk amaç dahiliye, cerrahi ve jinekoloji servislerine yatırılan bütün yetişkin hastalar için bir araç geliştirmek olmuştur.

İkinci dizayn kararı, herhangi biri karşılandığında hasta gününün uygun olduğunu gösterecek şekilde, bir grup açık kriterin geliştirilmesidir. Kriterler üç grupta toplanmıştır: tıbbi hizmetler, hemşirelik/yaşam destekleyici hizmetler ve hastanın durumuyla ilgili faktörler. İlk iki grup, genellikle sadece akut düzeyde bakımın verildiği hastanelerde sunulan hizmetleri içermektedir. Üçüncü grup, belirli bir günde hiç tıbbi ya da hemşirelik/yaşam destekleyici hizmet verilmesi bile, hastanın durumunun akut hastane hizmetlerinin hemen hazır bulunmasını

gerektirecek kadar değişken olduğunu gösteren faktörleri içerir.

Üçüncü karar, bir yatıştaki bütün günlerin incelenmesi yoluyla vaka başına uygun olmayan kullanımı tahmin etmenin aksine, aracı, bir hasta kesitindeki tek bir günün değerlendirilmesi yoluyla bir kurum için uygun olmayan kullanım düzeyini tahmin etmeye odaklamaktır. Bu tek-gün yaklaşımı, iki önemli potansiyel istatistiksel problemi çözmektedir: birincisi, uygun olmayan günlerin yatış süresiyle ilişkili olması gibi durumlarda, örnekleme taraf tutma problemlerinin çoğundan kaçınmayı sağlamaktadır; ikincisi, gözlemlerin bağımsızlığına dayanan istatistiksel testlerin uygulanmasını engelleyen, hastanın yatışındaki seri yargıların birbirinden bağımsız olmayabilmesi problemini ortadan kaldırmaktadır.

Ayrıca, inceleyiciler tarafından kolayca ezberlenebilecek, böylece tıbbi kayıtların özetlenmesinde güvenilirlik ve verimliliği artıracak şekilde kısa bir liste oluşturulması amaçlanmıştır. Bununla birlikte, bu kadar kısa bir listenin bütün hastalara uygulanabilecek kadar kapsayıcı olamayacağı anlaşıldığından, dördüncü dizayn kararı, objektif kriterlerin "önemsizmemesi-öznel değerlendirme yapılması" (override) sisteminin de dahil edilmesidir. Böylece o gün hastanede yatmayı gerektiren fakat kriterler arasında yer almayan bir hizmet ya da faktör olduğunda, inceleyicinin kriterler grubunun yeterince kapsamlı olmadığını belirtmesine; ya da aksine, örneğin, kriterleri karşılayan bir hizmet klinik temellere dayanarak doğru bulunmadığında, inceleyicinin bir kriteri karşılayan hastanın yine de akut düzeyde bakımın verildiği hastanede yatmaya ihtiyacı olmadığı kararını vermesine izin verilmiştir (Gertman, P.M. and Restuccia, J.D.; 1981: 857-859).

Bunlara ilave bir amaç da uygun olmadığı düşünülen günün nedenini araştırmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için Restuccia ve Holloway tarafından geliştirilen "Uygun Kullanımın Engelleri"nin (Restuccia, J.D. and Holloway, D.C.; 1976: 572-573) kısaltılmış bir versiyonu araca eklenmiştir. Bu engeller, uygun olmayan günden hekimin mi, hastanenin mi, hastanın mı yoksa çevresel faktörlerin mi sorumlu olduğuna göre gruplanmıştır (Gertman, P.M. and Restuccia, J.D.; 1981: 859). UDP, hekim olmayan inceleyiciler tarafından, belirsizlik durumlarında hekime danışarak kullanılmak üzere dizayn edilmiştir (Payne, S.M.C., Ash, A. and Restuccia, J.D.; 1991: AS94).

Bu araştırmada, daha önce orijinalinden Türkçe'ye çevrilen, Türkiye'deki görünüm geçerliği (face validity) ve içerik geçerliği (content validity) uzman hekimler tarafından değerlendirilen Uygunluk Değerlendirme Protokolü (Çizelge 1) ile Türkiye'de kullanılmak üzere adapte edilen "Uygun Olmayan Bakım Günleri İçin Nedenler Listesi" (Çizelge 2) (Kaya, S., et al.; 1998: 54, 56-58) kullanılmıştır.

İncelemeyi yapan hemşirelere araştırma başlamadan önce UDP Kullanım Kılavuzu (Appropriateness Evaluation

Protocol Reviewers' Manual) kullanılarak Dr. Kaya tarafından eğitim verilmiştir. Bu eğitim sırasında UDP'nin temelleri, UDP kriterlerinin uygulanması, kriterlere göre varılan kararın aksine karar verme durumu, uygunluğun belirlenmesi, uygunsuzluğun nedenlerinin belirlenmesi,

incelemenin nasıl yapılacağı ve veri toplama formunun nasıl doldurulacağı açıklanmıştır. Daha sonra hemşireler, örneğe seçilmeyen 20 hasta üzerinde UDP'yi ayrı ayrı uygulamış ve kararları karşılaştırılarak tartışılmıştır. UDP'yi uygulamada yeterlilik sağlandıktan sonra asıl araştırma başlatılmıştır.

Çizelge 1. Uygunluk değerlendirme protokolü

A. Tıbbi Hizmetler

1. O gün ameliyathanede işlem
2. Ertesi gün için, ameliyathanede, operasyon öncesi konsültasyon ya da değerlendirmeyi gerektiren bir işlemin programlanmış olması
3. O gün kalp kateterizasyonu
4. O gün anjiyografi
5. O gün bir iç organın biyopsisi
6. O gün torasentez veya parasentez
7. O gün invaziv tanısall amaçlı santral sinir sistemi işlemleri (örneğin, lomber ponksiyon, sisternal tap, ventriküler tap, pneumaensefalografi)
8. Diyet süresince sıkı diyet kontrolünü gerektiren herhangi bir test
9. Direkt tıbbi denetim altında sık sık doz ayarlamalarını gerektiren yeni ya da deneysel tedavi
10. Günde en az üç kez doktor tarafından yakın tıbbi gözlem ve takip (gözlemler kaydedilmiş olmalıdır)
11. Yukarıda 1 ya da 3-7 arasındaki maddelerde kapsanan herhangi bir işlem için işlem sonrası gün

B. Hemşirelik/Yaşam Destekleyici Hizmetler

12. Solunumla ilgili bakım - günde en az üç kez aralıklı ya da sürekli respiratör kullanımı ve/veya inhalasyon tedavisi (göğüs fizyoterapisi, intermitan pozitif basınçlı solunum aygıtı ile)
13. Parenteral tedavi - aralıklı ya da sürekli damardan sıvı tedavisi, elektrolitler, protein, ilaçlar gibi herhangi bir ekleme ile
14. Yaşam belirtilerinin sürekli gözlem ve takibi - En az dört saat boyunca, en azından 30 dakikada bir
15. Günde en az iki kez intramüsküler ve/veya subkutan (deri altı) enjeksiyonlar
16. Aldığı ve çıkardığının ölçülmesi
17. Büyük cerrahi yara ve drenaj bakımı (göğüs tüpleri, T tüpleri, hemovaklar, Penroz drenler)
18. Doktorun verdiği "order" a göre, günde en az üç kez hemşire tarafından yakın tıbbi gözlem ve takip

C. Hastanın Durumuyla İlgili Faktörler

19. İncelenen günden önceki 24 saat içinde
20. Son 24 saat içinde, nörolojik bozukluğa bağlanamayan idrar yapamama ya da gaita çıkaramama İncelenen günden önceki 48 saat içinde
21. Kan kaybı nedeniyle transfüzyon
22. Progresinde (kayıtlarında) ya da EKG raporunda belirtilen, ventriküler fibrilasyon ya da akut iskemi bulguları
23. Hasta ateş dışında bir nedenle hastaneye yatırıldıysa, rektal olarak en az 38.3 derece (oral olarak en az 37.7 derece, koltuk altı en az 37.3 derece) ateş
24. En az bir saat boyunca koma - uyarılara cevap vermeme
25. Alkol yoksunluğuna bağlı olmayan akut konfüzyon durumu
26. Belirti ve semptomlar veren akut hematolojik bozukluklar, önemli nötropeni, anemi, trombositopeni, lökositoz, eritrositoz ya da trombositoz
27. Progresif akut nörolojik bozukluklar İncelenen günden önceki 14 gün içinde
28. Belgelenmiş, yeni akut myokard enfarktüsü ya da serebrovasküler olay (felç) olması

Araştırmada, hastanın kimlik bilgilerine ilaveten, uygun olmayan kullanım miktarını etkileyebilecek faktörlere ilişkin veriler de (hastanın yattığı servis, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, oturduğu il, sağlık güvencesi, yatış şekli, aynı şikayetlerle kaçınıcı kez yattığı, yatışının kaçınıcı günü olduğu) toplanmıştır. Hemşirelerden, UDP kriterlerinden en fazla üçünün numarasını yazmaları, uygun olmayan bakım günü için ise bir nedenin numarasını yazmaları istenmiştir. İncelenen hasta gününde UDP kriterlerinden herhangi biri karşılanıyorsa, o hasta gününün kriterlere göre uygun olduğu, hiçbiri karşılanmıyorsa uygun olmadığı kabul edilmiştir. Hemşireler, inceledikleri hasta günlerinin %3.2'sinde kriterlere göre vardıkları kararı doğru bulmayarak tersine çevirmişlerdir. Ancak, tersine çevirme (override) seçeneği yanlış kullanılabileceği, taraf tutma olasılığını ortaya çıkarabileceği ve inceleycilerin uygulama modellerinden ve deneyimlerinden etkilenebileceği için

(Kreger, B.E. and Restuccia, J.D.; 1989: 244; Payne, S.M.C., et al.; 1991: 480; Werneke, U. and MacFaul, R.; 1996: 271), burada sadece objektif kriterlere dayanan ve tekrarı mümkün olan değerlendirmeler sunulmuştur.

UDP'yi kullanmada hemşireler-arası güvenilirlik düzeyini belirlemek için, araştırma süresince her iki hastaneden tesadüfi olarak seçilen 335 hasta günü, hemşireler tarafından birbirinden bağımsız olarak incelenmiştir. UDP'nin Türkiye'deki convergent geçerliliğini belirlemek için de, yine araştırma süresince tesadüfi olarak seçilen 818 hasta günü uzman hekimler tarafından, UDP'yi kullanmaksızın, kendi bağımsız klinik yargılarına göre değerlendirilmiştir.

Bütün incelemeler eş-zamanlı olarak, yani hastalar hastanede halen yatarken yapılmıştır. Bu nedenle hastaların

Çizelge 2. Uygun Olmayan Bakım Günleri İçin Nedenler Listesi**A. Hastanın Hastaneye Yatırılmasına Neden Olan Tedavi ya da İşlemin Gerçekleştirilmesinde Gecikmenin Olduğu Durumlar İçin (Tıbbi Nedenlerle Hastanede Yatmaya Devam Etmesi Gereken Hastalar İçin)**

1. Ameliyatla ilgili işlemleri programlamada hastanede problem
2. Tanıyla ilgili işlemleri ya da ameliyatla ilgili olmayan işlemleri programlamada hastanede problem
3. Hastaneye vaktinden önce yatırma (örneğin, gelecek salı gününün programına alınmış bir işlem için cuma gününden yatırma)
4. Tanı ya da tedavi (ameliyat dahil) ile ilgili bir işlem için programlanmış bir hastanın herhangi bir nedenle (acil vaka gelmesi, çok önemli hastane personelinin hasta olması, vb) programdan çıkarılması
5. Hastanede hafta sonunda ya da tatillerde yapılmayan işlemler nedeniyle gecikme
6. Daha ileri değerlendirmeyi/ tedaviyi yönlendirmek için gereken tanısallaştırma amaçlı testler/ işlemler ya da konsültasyonların sonuçlarının henüz alınmamış olması
7. Diğer ("Veri Toplama Formu" nun Arkasına yazınız)

B. Hastanın Hastaneye Yatırılmasındaki Tıbbi Amacın Gerçekleştirildiği ya da Hastanın Akut Bakımın Daha Az Verildiği Bir Yerde Bakım Alabileceği Durumlar İçin (Tıbbi Nedenlerle Hastanede Yatmaya Devam Etmesi Hastalar İçin)**Hastanenin ya da Doktorun Sorumluluğu**

8. Hastanın taburcu olması planlandığı halde "order" ının yazılmaması
9. Taburcu planlamasını zamanında başlatamama/ yapamama
10. Doktor tarafından hastanın tıbbi yönetimi fazla koruyucu / ihtiyatlı
11. Tanıyla ilgili işlemler ve/veya tedavi için belgelenmiş bir plan yok
12. İhtiyaç duyulan tanıyla ilgili işlemler ve/veya tedavi ayaktan yapılabilir
13. Diğer ("Veri Toplama Formu" nun Arkasına Yazınız)

Hastanın ya da Ailenin Sorumluluğu

14. Evde bakım sağlayacak ailenin olmayışı
15. Hastanın evde bakımı için ailenin hazır olmayışı
16. Hastanın/ ailesinin daha alt düzeyde bakım veren bir kuruma (örneğin, bir kronik hastalık hastanesine) yatışı istememesi
17. Hastanın/ ailesinin, bir işlemle ilgili olarak, gecikmeye neden olan kararsızlığı
18. Diğer ("Veri Toplama Formu" nun Arkasına Yazınız)

Çevresel Sorumluluklar

19. Sağlıksız çevreden gelen hasta- çevre kabul edilebilir hale gelinceye kadar tutulan hasta
20. Alternatif kurumun mevcut olmayışı
21. Kuruma-dayalı olmayan alternatif tedavinin (örneğin, evde sağlık bakımı) mevcut olmayışı
22. Diğer ("Veri Toplama Formu" nun Arkasına Yazınız)

tıbbi kayıtlarına ilaveten hastanın hekimi, hemşire, hasta ve hastanın ailesine sorarak da veri toplama avantajından yararlanılmıştır. Hemşireler, uygunluk kararını verirken, 2067 hasta gününün % 93.5'inde hastanın tıbbi kayıtlarından yararlanmış, % 2.8'inde hemşireye, % 0.1'inde hekime, % 3.3'ünde hastaya, % 0.2'sinde ise hastanın ailesine sorarak veri toplamışlardır.

Araştırma formlarına kaydedilen veriler SPSS programı aracılığıyla bilgisayar ortamına aktarılmış, verilerle ilgili işlemler ve istatistiksel uygulamalar bu programla yapılmıştır. Uygun olmayan kullanım miktarının, bu miktarı etkilediği düşünülen faktörlere göre fark gösterip göstermediği, X^2 testi ile test edilmiştir.

Bulgular ve Tartışma**Tanımlayıcı Bilgiler**

Tablo 1'de görüldüğü gibi, hasta günü incelenen hastaların hastanelere göre, yaş grupları arasında önemli bir fark olmamakla birlikte; cinsiyetleri, medeni durumları, Ankara'da oturup oturmadıkları, sağlık güvenceleri, incelenen gündeki yatış süreleri ve yattıkları servisler açısından önemli farklılıkları vardır.

Devlet Hastanesinde kadın, Ankara dışında oturan,

genel cerrahi servisinde yatan hasta yüzdesi daha fazla, bekar hasta yüzdesi daha azdır. Üniversite Hastanesindeki hastaların % 88.4'ü Emekli Sandığına ya da SSK'ya bağlı iken, Devlet Hastanesindeki hastaların % 83.7'si Emekli Sandığına, Bağ-Kur'a bağlı ya da Yeşil Kartlıdır. Üniversite Hastanesindeki hastaların sadece % 1'i, Devlet Hastanesindeki hastaların ise % 36.7'si Yeşil Kartlıdır. Hastaların incelenen gündeki ortalama yatış süresi, Üniversite Hastanesinde 15.7 (SS=20.4), Devlet Hastanesinde ise 11.5'tir (SS=12.7).

UDP'nin Güvenirlik ve Geçerliliği

Güvenirlik testinde, birbirinden bağımsız olarak UDP'yi uygulayan hemşireler arasındaki uyum düzeyinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur: Genel uyum düzeyi = % 92.5, Cohen'in kappa istatistiği = 0.80 ($p < 0.0001$, % 95 güven aralığı = 0.73-0.88); uygun olmayan günlere özel uyum düzeyi = % 74.5, uygun günlere özel uyum düzeyi = % 90.5. Geçerlik testinde, UDP'nin duyarlılığının (sensitivity) 0.93, seçiciliğinin (specificity) 0.73, pozitif ve negatif prediktif değerlerinin 0.86, Cohen'in kappa istatistiğinin ise 0.69 ($p < 0.0001$, % 95 güven aralığı = 0.63-0.74) olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar UDP'nin hasta günlerinin uygunluğunu değerlendirmede güvenilir ve geçerli bir araç olduğunu göstermektedir (Kaya, S., et al.; 2000: 327).

Tablo 1. Üniversite Hastanesi ve Devlet Hastanesinde hasta günü incelenen hastaların özellikleri

Özellikler	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi	
	Sayı	% ^a	Sayı	% ^a
Yaş Grupları^b				
14-24	78	8.7	89	7.6
25-34	94	10.4	132	11.3
35-44	174	19.3	203	17.4
45-54	184	20.4	232	19.9
55+	370	41.1	511	43.8
Cinsiyet^c				
Erkek	383	42.6	419	35.9
Kadın	517	57.4	748	64.1
Medeni Durum^c				
Evli	702	78.0	957	82.0
Bekar	105	11.7	87	7.5
Dul, Boşanmış, Ayrı Yaşiyor	93	10.3	123	10.5
Oturduğu İl^d				
Ankara	450	50.0	491	42.1
Diğer İller	450	50.0	676	57.9
Sağlık Güvencesi^e				
Yok	26	2.9	91	7.8
Emekli Sandığı	587	65.2	241	20.7
SSK	209	23.2	85	7.3
Bağ-Kur	57	6.3	307	26.3
Yeşil Kart	9	1.0	428	36.7
Diğer	12	1.3	15	1.3
İncelenen Gündeki Yatış Süresi (Gün)^e				
1-2	93	10.3	103	8.8
3-5	176	19.6	278	23.8
6-9	195	21.7	316	27.1
10-20	242	26.9	311	26.6
21+	194	21.6	159	13.6
Servis^f				
Dahiliye	469	52.1	499	42.8
Genel Cerrahi	303	33.7	507	43.4
Jinekoloji	128	14.2	161	13.8

^a Sütun yüzdesi, ^b $p > 0.05$, ^c $p < 0.01$, ^d $p < 0.001$, ^e $p < 0.00001$, ^f $p < 0.0001$

Uygun Olmayan Hasta Günlerinin Miktarı

Her iki hastanede de hasta günlerinin önemli bir miktarının uygun olmadığı bulunmuştur. Uygun olmayan kullanımın miktarı Devlet Hastanesinde % 34.3, Üniversite Hastanesinde ise % 24.6'dır (Grafik 1-2). Bu miktarlar, diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda bulunan miktarlara benzemektedir. Yöntem bakımından bazı farklılıkları olmakla birlikte, ABD, Kanada, Avrupa ve İsrail'de yapılan çalışmalarda uygun olmayan hasta günü miktarının % 8-66 arasında değiştiği bulunmuştur (Kaya, S.; 1998b: 315).

Uygun Olmayan Kullanımla İlişkili Faktörler

Tablo 2 ve 3'te hastanede yatışın çeşitli özelliklerine göre hasta günlerinin uygunluğu gösterilmiştir. Üniversite Hastanesinin genel cerrahi servisindeki uygun olmayan hasta günü yüzdesi (% 36), dahiliye (% 16.6) ve jinekoloji (% 26.6) servislerine göre yüksektir. Devlet Hastanesinde ise, servislere göre uygun olmayan hasta günü yüzdesi benzerdir (% 33.5-37.3). İsrail'de yapılan bir çalışmada da, bir hastanede cerrahi servislerindeki uygun olmayan hasta günü yüzdesinin dahiliye ve jinekoloji servislerinden yüksek olduğu, başka bir hastanede ise servisler arasında fark olmadığı bulunmuştur (Rishpon, S., et al.; 1989: 394). İtalya'da yapılan bir çalışmada, cerrahi servislerindeki uygun olmayan hasta günü yüzdesinin, jinekoloji,

travmatoloji/ortopedi ve dahiliye servislerindeki yüzdelere göre yüksek olduğu bulunmuştur (Angelillo, I.F., et al.; 2000: 13). ABD'de ise bazı hastanelerde, yatışı uygun olan hastalardan dahiliye servislerinde yatanların uygun olmayan hasta günü yüzdesinin, cerrahi servislerinde yatanlardan yüksek olduğu bulunmuştur (Restuccia, J.D., et al.; 1984: 134).

Uygun olmayan kullanımla ilişkili faktörler hastaların yattığı servislere göre ayrı ayrı incelendiğinde, Üniversite Hastanesinin dahiliye servisi için bu faktörlerin hastanın yattığı klinik, yatış sayısı ve türü; cerrahi servisi için hastanın yatış sayısı ve türü, medeni durumu ve haftanın incelenen günü; jinekoloji servisi için ise hastanın yatış sayısı, sosyal güvencesi ve haftanın incelenen günü olduğu bulunmuştur. Devlet Hastanesinin dahiliye servisi için bu faktörler yatış türü, oturulan il ve mevsimler; cerrahi servisi için yatış türü, cinsiyet, haftanın incelenen günü ve incelenen gündeki yatış süresi; jinekoloji servisi için ise yatış sayısı ve türü, oturulan il, haftanın incelenen günü, incelenen gündeki yatış süresi ve mevsimdir (Kaya, S., et al.; 2001).

Hasta günlerinin uygunluğunun hastaların yatış türlerine göre fark gösterip göstermediğini incelemek için, acil servis yoluyla yatan hastaların yatışının acil olduğu,

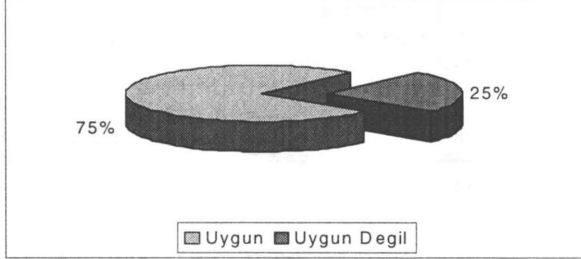
Tablo 2. Hastanede yatışın çeşitli özelliklerine göre üniversite hastanesindeki hasta günlerinin uygunluğu

Özellikler	Uygun Hasta Günleri		Uygun Olmayan Hasta Günleri		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Hastanın Yattığı Servis					
Dahiliye	391	83.4	78	16.6	< 0.0001
Genel Cerrahi	194	64.0	109	36.0	
Jinekoloji	94	73.4	34	26.6	
Yatış Türü					
Acil	140	91.5	13	8.5	< 0.0001
Acil Değil	539	72.2	208	27.8	
Yatış Sayısı					
İlk Yatış	319	68.6	146	31.4	< 0.0001
Tekrar Yatış	360	82.8	75	17.2	
İncelenen Gündeki Yatış Süresi (Gün)					
1-2	71	76.3	22	23.7	> 0.05
3-5	134	76.1	42	23.9	
6-9	137	70.3	58	29.7	
10-20	185	76.4	57	23.6	
21 +	152	78.4	42	21.6	
Haftanın İncelenen Günü					
Pazartesi	179	71.6	71	28.4	> 0.05
Salı	86	77.5	25	22.5	
Çarşamba	234	79.6	60	20.4	
Perşembe	90	72.6	34	27.4	
Pazar	90	74.4	31	25.6	
Mevsim					
İlkbahar	168	68.9	76	31.1	< 0.05
Yaz	152	75.2	50	24.8	
Sonbahar	173	76.9	52	23.1	
Kış	186	81.2	43	18.8	

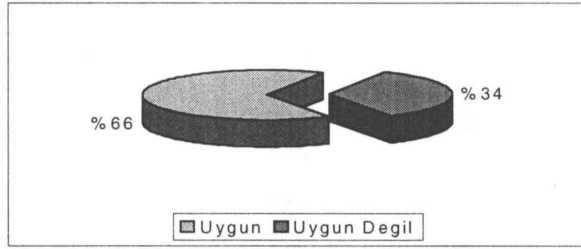
Tablo 3. Hastanede yatışın çeşitli özelliklerine göre devlet hastanesindeki hasta günlerinin uygunluğu

Özellikler	Uygun Hasta Günleri		Uygun Olmayan Hasta Günleri		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Hastanın Yattığı Servis					
Dahiliye	330	66.1	169	33.9	> 0.05
Genel Cerrahi	337	66.5	170	33.5	
Jinekoloji	101	62.7	60	37.3	
Yatış Türü					
Acil	165	84.6	30	15.4	< 0.0001
Acil Değil	603	62.0	369	38.0	
Yatış Sayısı					
İlk Yatış	467	65.1	250	34.9	> 0.05
Tekrar Yatış	301	66.9	149	33.1	
İncelenen Gündeki Yatış Süresi (Gün)					
1-2	48	46.6	55	53.4	< 0.0001
3-5	169	60.8	109	39.2	
6-9	224	70.9	92	29.1	
10-20	211	67.8	100	32.2	
21 +	116	73.0	43	27.0	
Haftanın İncelenen Günü					
Pazartesi	95	60.9	61	39.1	< 0.01
Salı	205	71.2	83	28.8	
Çarşamba	132	73.7	47	26.3	
Perşembe	239	64.2	133	35.8	
Pazar	97	56.4	75	43.6	
Mevsim					
İlkbahar	172	53.4	150	46.6	< 0.0001
Yaz	216	69.2	96	30.8	
Sonbahar	196	66.9	97	33.1	
Kış	184	76.7	56	23.3	

Grafik 1. Üniversite Hastanesinde hasta günlerinin uygunluğu



Grafik 2. Devlet Hastanesinde hasta günlerinin uygunluğu



diğer yollarla (poliklinikten, başka hastaneden transfer, vb.) yatan hastaların yatışının ise acil olmadığı kabul edilmiştir. Her iki hastanede de, yatışı acil olmayan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdesi, yatışı acil olanlardan iki kat daha fazladır (Tablo 2-3). İsrail’de bir hastanede, acil yatışlardaki uygun olmayan hasta günü yüzdesinin acil olmayan yatışlardakinin iki katı olduğu, ancak başka bir hastanede bu açıdan bir fark olmadığı bulunmuştur (Rishpon, S., et al.; 1989: 394). Kanada’da bir pediatri hastanesinde yapılan bir araştırmada da, acil servisten yatan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdesinin, acil servisten yatmayanlara göre düşük olduğu bulunmuştur (Gloor, J.E., et al.; 1993: 72).

Üniversite Hastanesinde, şimdiki yatışına neden olan hastalık yüzünden ilk kez hastaneye yatanların uygun olmayan hasta günü yüzdesi (% 31.4), daha önce bu nedenle hastaneye yatmış olanların uygun olmayan hasta günü yüzdesinden (% 17.2) yüksektir. Devlet Hastanesinde ise, aynı hastalık nedeniyle ilk yatışlardaki ve tekrar yatışlardaki uygun olmayan hasta günü yüzdesi benzerdir. İsrail’de de aynı teşhisle ilk ve tekrar yatışlardaki uygun olmayan hasta günü yüzdesinin benzer olduğu bulunmuştur (Rishpon, S., et al.; 1989: 394).

Devlet Hastanesinde, incelenen gündeki yatış süresi 1-2 ve 3-5 gün olan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdesinin, yatış süresi daha uzun olan hastalara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Yatış süresi 1-2 gün olan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdesi (% 53.4), yatış süresi 21 gün veya daha fazla olan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdesinin (% 27) yaklaşık iki katıdır. Üniversite Hastanesindeki uygun olmayan hasta günü miktarı ise yatış süresine göre önemli bir fark göstermemektedir. ABD’de bazı hastanelerde, yatışı uygun olan hastaların, yatış süresi uzadıkça uygun olmayan hasta günü yüzdesinin arttığı, bazı hastanelerde ise tersine

azaldığı bulunmuştur (Restuccia, J.D., et al.; 1984: 134). Pediatri hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada yatış süresi uzadıkça, uygun olmayan hastane kullanımı yüzdesinin düştüğü bulunmuştur (Kemper, K.J.; 1988: 1035). İsrail’de iki hastanede yapılan bir araştırmada, sadece dahiliye servislerinde, incelenen gündeki yatış süresi arttıkça uygun olmayan hasta günü yüzdesinin de arttığı bulunmuştur (Rishpon, S., et al.; 1989: 394). İtalya’da yapılan bir araştırmada da, yatış süresi uzadıkça uygun olmayan hasta günü yüzdesinin arttığı bulunmuştur (Apolone, G., et al.; 1991: 5).

Üniversite Hastanesinde uygun olmayan hasta günü miktarı, haftanın incelenen günlerine göre fark göstermemektedir. Devlet Hastanesinde ise, Pazar, Pazartesi ve Perşembe günlerindeki uygun olmayan hasta günü miktarının Salı ve Çarşamba günlerine göre yüksek olduğu bulunmuştur. ABD’de yapılan araştırmalarda, yatışı uygun olan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdesinin haftanın günlerine göre önemli bir fark göstermediği bulunmuştur (Restuccia, J.D., et al.; 1984: 135; Restuccia, J.D., et al.; 1987: 22).

Hasta günlerinin uygunluğu mevsimlere göre de değişmektedir. Her iki hastanede de uygun olmayan hasta günü miktarı, ilkbaharda diğer mevsimlerdekinden yüksektir. ABD’de bazı hastanelerde, yatışı uygun olan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdesinin sonbaharda, ilkbahar ve kıştan yüksek olduğu (Restuccia, J.D., et al.; 1984: 135), başka bir araştırmada da yüzdenin kışın en düşük, yazın en yüksek olduğu bulunmuştur (Restuccia, J.D., et al.; 1987: 22). Kanada’da bir pediatri hastanesinde ise uygun olmayan hasta günü miktarının mevsimlere göre değişmediği bulunmuştur (Gloor, J.E., et al.; 1993: 72).

Her iki hastanede de, uygun olmayan hasta günü miktarı, hastaların yaş gruplarına ve bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşuna göre önemli bir fark göstermemektedir. Devlet Hastanesinde kadınların uygun olmayan hasta günü yüzdesi (% 36.5) erkeklerin yüzdesinden (% 30.1); Üniversite Hastanesinde bekarların uygun olmayan hasta günü yüzdesi (% 33.3) evlilerin (% 24.2) ve diğerlerinin yüzdesinden (% 17.2) yüksektir.

Uygun Olmayan Kullanımın Nedenleri

Tablo 4’te hastanelere göre uygun olmayan hasta günlerinin nedenleri gösterilmiştir. Üniversite Hastanesinde hasta günü uygun olmayan hastaların % 24’ünün (53 hasta) tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerekmektedir. Bu hastaların 34’ü daha ileri değerlendirmeyi/tedaviyi yönlendirmek için gereken tanılama amaçlı testler, işlemler ya da konsültasyonların sonuçlarının henüz alınmamış olması, 16’sı hastaneye vaktinden önce yatırma (örneğin, gelecek Salı günü yapılması programlanmış bir işlem için Cuma gününden yatırma), 2’si tanı ya da tedavi (ameliyat dahil) ile ilgili bir işlem için programlanmışken programdan çıkarılma, biri de tanıyla ilgili işlemleri programlamada hastanede

Tablo 4. Hastanelere göre uygun olmayan hasta günlerinin nedenleri

Üniversite Hastanesi Nedenler	Devlet Hastanesi			
	Sayı	% ^a	Sayı	% ^a
İhtiyaç duyulan tanıyla ilgili işlemlerin ve/veya tedavinin ayaktan yapılabilmesi	123	55.7	185	46.4
Hastaneye vaktinden önce yatırma	16	7.2	70	17.6
Hekim tarafından hastanın tıbbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olması	42	19.0	56	14.0
Tanısal amaçlı test/işlem ya da konsültasyon sonuçlarının henüz alınmamış olması	34	15.4	58	14.5
Diğer	6	2.7	30	7.5

^a Sütun yüzdesi

problem olması nedeniyle, hastaneye yatırılmalarına neden olan tedavi ya da işlemin gerçekleştirilmesini beklemektedir. Hasta günü uygun olmayan hastaların % 76'sının (168 hasta) ise tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerekmektedir. Bu hastaların % 73.2'sinin (123/168) tanıyla ilgili işlemlerin ve/veya tedavilerinin ayaktan yapılabilmesi, % 25'inin (42/168) hekim tarafından tıbbi yönetiminin fazla koruyucu/ ihtiyatlı olduğu kararına varılmıştır.

Devlet Hastanesinde ise hasta günü uygun olmayan hastaların % 36.3'ünün (145 hasta) tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerekmektedir. Bu hastaların 70'i hastaneye vaktinden önce yatırılmıştır, 58'inin tanısal amaçlı testler, işlemler ya da konsültasyonlarının sonuçları henüz alınmamıştır. Dokuzu bir işlem için programlanmış ancak programdan çıkarılmıştır. Dördü tanıyla ilgili işlemleri, ikisi ameliyatla ilgili işlemleri programlamada hastanede problem olduğu için, ikisi ise hafta sonunda ya da tatillerde yapılmayan işlemler nedeniyle beklemektedir. Hasta günü uygun olmayan hastaların % 63.7'sinin (254 hasta) tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerekmektedir. Bu hastaların % 72.8'inin (185/254) tanıyla ilgili işlemler ve/veya tedavilerinin ayaktan yapılabilmesi, % 22'sinin (56/254) tıbbi yönetiminin fazla koruyucu olduğu kararına varılmıştır.

Her iki hastanenin cerrahi servisinde acil olmayan hastalar arasında, Ankara dışından gelenlerin erken yatış yüzdesi, Ankara'da oturanlara göre daha yüksektir. Ayaktan hastalar için uzun zaman alan tanıyla ilgili bazı işlemlerin hızlandırılması, bunun nedenleri arasındadır. Uzun bekleme süresinden kaçınmak için bazı hastaların testleri hastaneye yatırdıktan sonra yapılmaktadır.

Devlet Hastanesinde, Ankara dışından gelen hastaların hemen hemen yarısı yeşil kartlıdır. Bu hastaların erken yatış yüzdesi (% 20.2), Ankara'da oturan yeşil kartlı hastaların erken yatış yüzdesinden (% 9.7) yüksektir. Birinci grubun ayaktan yapılabilen tanısal işlemler ve/veya tedavi nedeniyle yatış yüzdesi de (% 47.4) yüksektir. Bilindiği gibi, yeşil kartlı hastaların geliri belirli bir düzeyin

altındadır ve bu hastaların hastanelerde yatarak gördükleri tedavi hizmetlerinin bedeli devlet tarafından karşılanmaktadır. Yoksullukları nedeniyle, bu hastaların ayaktan yapılabilen tanıyla ilgili işlemlerinin ve/veya tedavilerinin yapıldığı sırada otelde kalmaları zordur. Bu nedenle, hekimlerin bu hastaları hastaneye erken yatırmaya eğilimli olduğu düşünülmektedir. Hastanın hastaneye kabul edildiğinde taburcu olacağı günün bilinmemesi ve taburcu olacağı gün yakınlarının Ankara'da olmaması da hastanede yatış süresini gereksiz yere uzatabilmektedir (Kaya, S., et al.; 2001).

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmanın önemli bir bulgusu, Üniversite Hastanesinde incelenen her dört hasta gününden birinin, Devlet Hastanesinde ise her üç hasta gününden birinin UDP kriterlerine göre uygun olmadığıdır. Bu bulgu sözkonusu hastanelerde, etkili bir kullanım yönetimi programının uygulanmasıyla elde edilebilecek faydanın büyüklüğünü göstermektedir.

Bu araştırmada incelenen hastaneler Türkiye'deki bütün hastaneleri temsil edici olmayabilir. Bununla birlikte, sonuçlar Türkiye'deki hastanelerde sunulan hizmetlerin önemli bir kısmının hastane dışında veya hasta günü maliyetinin daha düşük olduğu kuruluşlarda sunulabileceği fikrini vermektedir. Ancak, hastanelerin uygun kullanımı ile ilgili kararlar, sistemdeki diğer kaynakların varlığından bağımsız olarak verilmemelidir.

Türk sağlık sisteminde akut hastanenin tek alternatifi kronik hastanedir. Kullanım yönetiminin doğduğu ve çeşitli kullanım yönetimi programlarının yaygın olarak uygulandığı Amerika Birleşik Devletleri'nde, hastanelere alternatif olarak çeşitli bakımevleri (nursing homes), evde bakım kuruluşları ve terminal dönemde bakım veren kuruluşlar (hospices) bulunmaktadır (Barton, P.L.; 1998). Bu tür alternatifler Türk hastanelerindeki uygun olmayan kullanım miktarını azaltmada bir seçenek olabilir. Ancak, akut düzeyde bakıma ihtiyacı olmayan hastalar için yeni kuruluşların kurulması ve işletilmesi, bazı yerlerde, hastane yataklarının küçük bir yüzdeyle uygun olmayan kullanımını tolere etmekten daha pahalı olabilir (Kaya, S.; 1999: 11).

Araştırmanın bulguları, hastane idarecilerinin uygun olmayan kullanımı azaltma çabalarını yönlendirmeleri gereken belirli problem alanlarını göstermektedir. Örneğin, Üniversite Hastanesinin genel cerrahi servisinde, ilkbaharda, ilk yatışlarda ve acil olmayan yatışlarda uygun olmayan hasta günlerinin yüzdesi fazladır. Devlet Hastanesinde ise acil olmayan yatışlarda, ilkbaharda, Pazar, Pazartesi ve Perşembe günlerinde ve yatışın ilk günlerinde uygun olmayan hasta günlerinin yüzdesi yüksektir.

Araştırmanın bulgularına göre, tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerekmeyen hastaların uygun olmayan hasta günlerinin Üniversite Hastanesinde %76'sından, Devlet Hastanesinde ise % 62.9'undan hastane ya da hekim sorumludur. Uygun olmayan hasta günlerinin Üniversite Hastanesinde % 74.7'sinin, Devlet Hastanesinde ise % 60.4'ünün nedenleri "ihtiyaç duyulan tanıyla ilgili işlemler ve/veya tedavinin ayakta yapılabilmesi" ve "hekim tarafından hastanın tıbbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olması"dır.

Tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gereken hastaların hasta günlerinin uygun olmamasının en önemli nedenleri ise "hastaneye vaktinden önce yatırma" ve "daha ileri değerlendirmeyi/tedaviyi yönlendirmek için gereken tanısal amaçlı testler/işlemler ya da konsültasyonların sonuçlarının henüz alınmamış olması"dır.

Hastanenin ya da hekimin kontrolü altında olan uygun olmayan kullanım, çoğu kez yönetsel faaliyetler yoluyla etkilenebilir. Uygun olmayan günlerin nedenlerine bağlı olarak, yönetim incelemeyi yoğunlaştırabilir, laboratuvar ya da diğer hizmetlerin programlanmasıyla ilgili darboğazları belirleyip giderebilir veya taburcu planlamasını başlatabilir. "Aşırı koruyucu tıbbi uygulama" sorununu gidermek için, benzer türden hastalar için uygun olmayan kullanım yüzdeleri yüksek olan ve düşük olan hekimlerin uygulama modelleri, klinik olarak kabul edilebilir ve daha verimli bir uygulama konusunda fikirbirliği sağlamak amacıyla, hekimlerden oluşan bir komite tarafından karşılaştırılabilir (Payne, S.M.C., et al.; 1991:487).

Hekimlerin uygun olmayan kullanım konusunda eğitilmesi, kendilerine uygun olmayan kullanım yüzdeleri konusunda dönüt verilmesi ve izlenmeleri; etkili taburcu planlaması yapılması; ayakta bakım hizmetlerinin daha iyi kullanılmasının sağlanması; hastane-sonrası bakımın geliştirilmesi (bakımevleri, evde bakım, vb.); kronik hastalar için uzun süreli bakım sunan kuruluşların geliştirilmesi; uzaktan gelen hastalar için hastane yakınında, hastaneyle ilişkili oteller inşa edilmesi gibi yollarla uygun olmayan kullanımın miktarı azaltılabilir (Kaya, S.; 1998a: 53).

Uygun olmayan hastane kullanımının elimine edilmesi ne mümkündür ne de istenir. Bir hastanenin % 100 uygun kullanımla çalışması, % 100 yatak işgal oranıyla çalışmasına benzer: acil olmayan yatışların uzun süre

beklemesi ve bazı acil yatışlar için yer olmaması pahasına verimlilik maksimize edilmiştir. Akut bakıma alternatif uygun sağlık bakım kaynaklarının bulunmaması gibi, uygun olmayan kullanımın bazı nedenleri de hastanenin ve tıbbi personelinin kontrolü dışındadır (Restuccia, J.D., et al.; 1984: 136). Yine de, en azından, hastaneye vaktinden önce yatırmanın önlenmesi ve hastane-İçi işlemlerin hızlandırılması gibi faktörler hastane idarecilerinin ve hekimlerin uygun olmayan kullanımı azaltmada oldukça etkili olabileceklerini göstermektedir.

Bu araştırmanın sonuçları, Türkiye'de hastanelerdeki uygun olmayan hasta günü miktarını ve uygun olmayan kullanımla ilişkili faktörleri belirlemede, UDP'nin güvenilir ve geçerli bir araç olarak hemşireler tarafından kullanılabilirliğini göstermektedir. UDP'nin hastanelerde sürekli olarak kullanılmasını sağlayacak bir sistem, hizmetlerin ve tıbbi bakıma ayrılan kaynakların daha iyi kullanılmasını ve daha etkili işlemeye doğru gelişmeyi izlemeyi sağlayabilir.

Hastane yöneticileri, burada tanımlanan yöntemi kullanarak, uygun olmayan hastane kullanımını değerlendirmek üzere bir program başlatabilir ve sağlık bakım sisteminin en pahalı ögesini kontrol altına almaya çalışabilir.

KAYNAKLAR

Angelillo, I.F., Ricciardi, G., Nante, N., Boccia, A. and Collaborative Group. (2000), "Appropriateness of hospital utilisation in Italy", *Public Health*, 114: 9-14.

Apolone, G., Alfieri, V., Braga, A., Caimi, V., Cestari, C., Crespi, V., et al. (1991), "A Survey of the Necessity of the Hospitalization Day in an Italian Teaching Hospital", *Quality Assurance in Health Care*, 3 (1): 1-9.

Barton, P.L. (1998), "Understanding the U.S. Health Services System", Washington, D.C.: AUPHA Press.

Gertman, P.M. and Restuccia, J.D. (1981), "The Appropriateness Evaluation Protocol: A Technique for Assessing Unnecessary Days of Hospital Care", *Medical Care*, 19 (8): 855-871.

Gloor, J.E., Kissoon, N. and Joubert, G.I. (1993), "Appropriateness of Hospitalization in a Canadian Pediatric Hospital", *Pediatrics*, 91 (1): 70-74.

Kaya, S. (1998a), "Gereksiz Hastane Kullanımının Belirlenmesi: İki Hastane Örneği", Hacettepe Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenen Proje Raporu, Ankara.

Kaya, S. (1998b), "Hastane Kullanımının İncelenmesi ve Yönetimi", *Toplum ve Hekim*, 13 (4): 310-317.

Kaya, S. (1999), "Developing a Utilization Management Program for the Ministry of Health Hospitals

in Turkey", Fulbright Programı tarafından desteklenen Proje Raporu, Boston.

Kaya, S., Erdem, Y., Doğrusöz, S. and Halıcı, N. (1998), "Reliability of a Hospital Utilization Review Method in Turkey", *International Journal for Quality in Health Care*, 10 (1): 53-58.

Kaya S, Vural G, Eroğlu K, Sain G, Mersin H, Karabeyoğlu M, Sezer K, Türkkani B, Restuccia JD. (2000), "Liability and Validity of the Appropriateness Evaluation Protocol in Turkey", *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (4): 325-329. [Erratum in *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12 (5): 449.]

Kaya, S., Eroğlu, K., Vural, G., Shwartz, M., and Restuccia, J. D. (2001), "Factors Affecting Appropriateness of Hospital Utilization in two Hospitals in Turkey", *Journal of Medical Systems*, (Baskıda).

Kemper, K.J. (1988), " Medically Inappropriate Hospital Use in a Pediatric Population", *The New England Journal of Medicine*, 318 (16): 1033-1037.

Kreger, B.E. and Restuccia, J.D. (1989), "Assessing the Need to Hospitalize Children: Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol", *Pediatrics*, 84 (2): 242-247.

Payne, S.M.C. (1987), "Identifying and Managing Inappropriate Hospital Utilization: A Policy Synthesis", *Health Services Research*, 22 (5): 709-769.

Payne, S.M.C., Ash, A. and Restuccia, J.D. (1991), "The Role of Feedback in Reducing Medically Unnecessary Hospital Use", *Medical Care*, 29 (8) Supplement: AS91-AS106.

Payne, S.M.C., Restuccia J.D., Ash A, Schwartz M, Tarr L, and Williams B. (1991), "Using Utilization Review Information to Improve Hospital Efficiency", *Hospital & Health Services Administration*, 36: 473-490.

Restuccia, J.D. and Holloway, D.C. (1976), "Barriers to Appropriate Utilization of an Acute Facility", *Medical Care*, 14 (7): 559-573.

Restuccia, J.D., Gertman, P.M., Dayno, S.J., Kreger, B.E. and Lenhart, G.M. (1984), "A Comparative Analysis of Appropriateness of Hospital Use", *Health Affairs*, 3: 130-138.

Restuccia, J.D., Payne, S.M.C., Lenhart, G., Constantine, H.P. and Fulton, J.P. (1987), "Assessing the Appropriateness of Hospital Utilization to Improve Efficiency and Competitive Position", *Health Care Management Review*, 12 (3): 17-27.

Rishpon, S., Epstein, L.M. and Rennert, H. (1989), "Unnecessary Hospitalization Days: Rates in Two General Hospitals in Israel", *Israel Journal of Medical Sciences*, 25 (7): 392-397.

Werneke, U. and MacFaul, R. (1996), "Evaluation of Appropriateness of Paediatric Admission", *Archives of Disease in Childhood*, 74: 268-273.