

ARAŞTIRMA

UYGUNLUK DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ İLE İKİ HASTANEDEKİ HASTA GÜNLERİNİN UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

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

Anahtar Kelimeler: Kullanımın incelenmesi, Uygunluk Değerlendirme Protokolü (UDP), hastane kullanımı

GİRİŞ

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.

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Ankara'daki bir Devlet Hastanesi ve bir Üniversite Hastanesinde; 1) uygun olmayan hasta günü miktarını, 2) uygun olmayan kullanımla ilişkili faktörleri ve 3) uygun olmayan kullanımın nedenlerini belirlemektir. Bu amaçla, Mart 1997'den Mart 1998'e kadar, iki hastanede 1960 hasta günü Uygunluk Değerlendirme Protokolü (UDP) ile değerlendirilmiştir. Devlet Hastanesinde hasta günlerinin % 33.9'unun, 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 ayakta yapılabilir olmasıdır. Bu araştırma, UDP'nin Türkiye'deki hastanelerde verimliliği artırmak için bir araç olarak kullanılabilirliğini göstermektedir.

*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

**Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

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

Bu proje Hacettepe Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir (Kaya, S.; 1998a)

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.

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.

Tesadüfi olarak seçilen günden önceki günün uygunluğu değerlendirilmiştir. O gün yatan ya da o gün taburcu olan hastalar, UDP söz konusu 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 1060 olmak üzere toplam 1960 hasta gününün uygunluğu, iki hemşire tarafından UDP kullanılarak incelenmiştir.

Kesitsel türdeki bu çalışmada, 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, görece 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 odaklanmaktadır. Bu tek-gün yaklaşımı, iki önemli potansiyel istatistiksel problemi çözmektedir: birincisi, uygun olmayan günlerin yatış süresiyle ilişkili olması gibi durumlarda, örneklemede yanlılık 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 "önemsenmemesi-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).

UDP ve benzer araçlar, hem hastane hizmeti sunanlar hem de finansörler tarafından kullanılmaktadır. Finansörler ve düzenleyiciler bu tür araçları şu amaçlarla kullanmaktadır: 1) kullanılmayan (atıl) kaynak miktarı önemli olduğunda, yeni hastane hizmetleri arzını kontrol etmek; 2) alternatif hizmet arzını planlamak (yani, başka bir kuruluşta hizmet verilebilecek hastaların uygun olmayan yatışları nedeniyle hastane dolu olduğunda,

hastaneyi genişletmektense bir halk sağlığı merkezi-community health care centre- inşa etmek); 3) çoğu kez toplam uygun olmayan kullanıma göre yatış başına ödemeyi düzelterek ve diğer durumlarda, uygun olmadığına karar verilen belirli yatışlar için geri ödeme yapmayı reddederek, geri ödemeyi düzeltmek; 4) hizmet sunanları seçmek için hastane profilleri geliştirmek; ve 5) her bir süreçle ilişkili olarak gerçek ortalama yatış süresiyle karşılaştırmada kullanılabilecek kriterleri elde etmek için, farklı süreçlere ilişkin ortalama "uygun" yatış süresi standartlarını geliştirmek.

Sağlık hizmeti sunanlar bu araçları şu amaçlarla kullanmaktadır:

1) hastanenin organizasyonu ya da hastaların yönetimiyle ilgili ve çözümlerse uygun olmayan yatış yüzdesini azaltacak olan problemleri belirlemek (yani, acil olmayan ameliyatlara için operasyon öncesi yatış süresinin azaltılması; belirli vakalara hastaneye yatırmadan tanı konulması; planlanmış taburcu programlarının oluşturulup kullanılması);

2) varyasyonu bulmak ve sonuçları en iyi olanlardan öğrenmek için, diğer hastanelerle karşılaştırmalı olarak, zaman içinde uygun olmayan kullanım yüzdesini izlemek;

3) hizmet kalitesini iyileştirmek, hastanede yatışın gereksiz yere uzamasından ve buna bağlı olarak ortaya çıkan risklerden (örneğin, hastane enfeksiyonları), hastanın rahatsız olmasından ve harcamalarından kaçınmak ve tanıyla ilgili prosedürlerin planlanması ve zamanlanması iyileştirmek;

4) taburcu adaylarını belirlemek ve onlar için tıbbi değerlendirme yapılmasını önermek ve/veya taburcu planlaması programlamak (Peirü, S., et al.; 2001: 341-342).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa'daki kullanım incelemeleri arasındaki temel fark, ABD'de araç hastane yönetiminde kullanılmakta iken, Avrupa'daki kullanımının sadece bilimsel çalışma amacıyla yapılan araştırmalarla sınırlı olmasıdır. Bununla birlikte, UDP'nin bütün yönleriyle ilgili olarak 12 yıldan uzun bir süredir Avrupa'da yapılarak yayınlanan araştırmalardan sonra, UDP'nin olgunlaşmış bir araç olduğu ve rutin sağlık hizmetleri yönetiminde kullanıma hazır olduğu düşünülmektedir (Peirü, S., et al.; 2001: 342).

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.

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, yanlışlık 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 geçerliğini 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 tıbbi kayıtlarına ilaveten hastanın hekimi, hemşire, hasta ve hastanın ailesine sorarak da veri toplama avantajından yararlanılmıştır. Hemşireler, uygunluk kararını verirken, 1960 hasta gününün % 93.5'inde hastanın tıbbi kayıtlarından yararlanmış, % 2.8'inde hemşireye, % 0.2'sinde hekime, % 3.3'ünde hastaya, % 0.3'ünde 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, X² testi ile test edilmiştir.

Çizelge 1.UYGUNLUK DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ**A. TIBBİ HİZMETLER**

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 tanınal 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. HEMŞİRELİK/ YAŞAM DESTEKLEYİCİ HİZMETLER

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. HASTANIN DURUMUYLA İLGİLİ FAKTÖRLER

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

BULGULAR VE TARTIŞMA**Tanımlayıcı Bilgiler**

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

Devlet Hastanesinde, 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 % 84.2'si Emekli Sandığına, Bağ-Kur'a bağlı ya da Yeşil Kartlıdır. Üniversite Hastanesindeki hastaların sadece % 1'i, Devlet Hastanesindeki hastaların ise % 36.9'u Yeşil Kartlıdır. Hastaların incelenen gündeki ortalama yatış süresi, Üniversite Hastanesinde 15.7 (SS=20.5), Devlet Hastanesinde ise 11.4'tür (SS=12.6).

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).

Uygun Olmayan Hasta Günlerinin Miktarı

Her iki hastanede de hasta günlerinin önemli bir miktarının uygun olmadığı bulunmuştur. Uygun olmayan

Çizelge 2. UYGUN OLMAYAN BAKIM GÜNLERİ İÇİN NEDENLER LİSTESİ**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 tanısız 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)

kullanımın miktarı Devlet Hastanesinde % 33.9, 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 yüzdeleri benzerdir (% 33.5-37.0). İsrail'de yapılan bir araştırmada 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 araştırmada, 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 yatışı servislere göre ayrı ayrı incelendiğinde, Üniversite Hastanesinin dahiliye servisi için bu faktörlerin hastanın yatışı 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: 377-379).

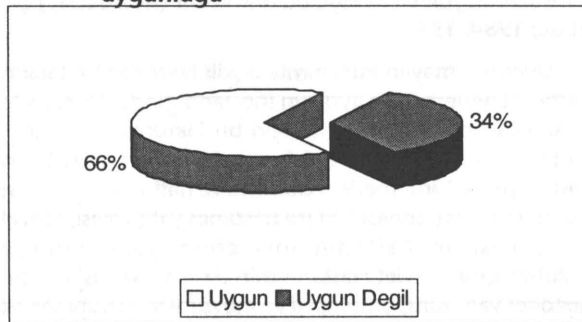
Hasta günlerinin uygunluğunun hastaların yatış türlerine göre fark gösterip göstermediğini incelemek için, acil servis yoluyla yatan hastaların yatışının acil olduğu, diğer yollarla (poliklinikten, başka hastaneden transfer, vb.) yatan hastaların yatışının ise acil olmadığı kabul edilmiştir. Her iki hastanede de, yatışı acil olmayan

Tablo 1. Üniversite hastanesi ve devlet hastanesinde hasta günü incelenen hastaların özellikleri

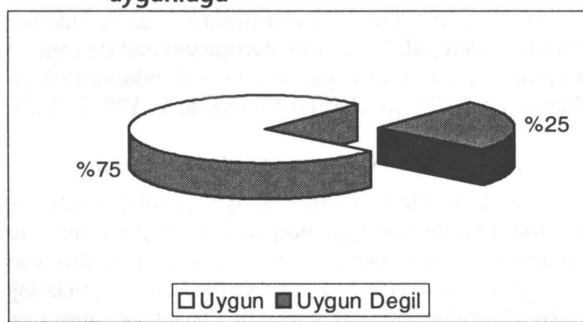
Özellikler	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi	
	Sayı	% ^a	Sayı	% ^a
Yaş Grupları ^b				
14-24	78	8.7	82	7.7
25-34	94	10.4	117	11.0
35-44	174	19.3	173	16.3
45-54	184	20.4	202	19.1
55+	370	41.1	486	45.8
Cinsiyet ^b				
Erkek	383	42.6	419	39.5
Kadın	517	57.4	641	60.5
Medeni Durum ^c				
Evli	702	78.0	864	81.5
Bekar	105	11.7	82	7.7
Dul, Boşanmış, Ayrı Yaşiyor	93	10.3	114	10.8
Oturduğu İl ^d				
Ankara	450	50.0	445	42.0
Diğer İller	450	50.0	615	58.0
Sağlık Güvencesi ^d				
Yok	26	2.9	73	6.9
Emekli Sandığı	587	65.2	228	21.5
SSK	209	23.2	80	7.5
Bağ-Kur	57	6.3	274	25.8
Yeşil Kart	9	1.0	391	36.9
Diğer	12	1.3	14	1.3
İncelenen Gündeki Yatış Süresi (Gün) ^d				
1-2	93	10.3	91	8.6
3-5	176	19.6	258	24.3
6-9	195	21.7	287	27.1
10-20	242	26.9	286	27.0
21+	194	21.6	138	13.0
Servis ^d				
Dahiliye	469	52.1	499	47.1
Genel Cerrahi	303	33.7	507	47.8
Jinekoloji	128	14.2	54	5.1

^a Sütun yüzdesi, ^b $p>0.05$, ^c $p<0.05$, ^d $p<0.01$

Grafik 1. Devlet hastanesinde hasta günlerinin uygunluğu



Grafik 2. Üniversite hastanesinde hasta günlerinin uygunluğu



hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdesi, yatışı acil olanlardan iki kat daha fazladır (Tablo 2-3). İsrail'de bir hastanede, acil olmayan yatışlardaki uygun olmayan hasta günü yüzdesinin acil 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 yüzdeleri benzerdir. İsrail'de de aynı teşhisle ilk ve tekrar yatışlardaki uygun olmayan hasta günü yüzdeslerinin benzer olduğu bulunmuştur (Rishpon, S., et al.; 1989: 394).

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	< 0.001	
Genel Cerrahi	194	64.0	109	36.0		
Jinekoloji	94	73.4	34	26.6		
Yatış Türü						
Acil	140	91.5	13	8.5	< 0.001	
Acil Değil	539	72.2	208	27.8		
Yatış Sayısı						
İlk Yatış	319	68.6	146	31.4	< 0.001	
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		

Devlet Hastanesinde, incelenen gündeki yatış süresi 1-2 ve 3-5 gün olan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdelerinin, yatış süresi daha uzun olan hastalara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Yatış süresi 1-2 gün olan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdesi (% 52.7), yatış süresi 21 gün veya daha fazla olan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdesinin (% 26.8) 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 çalışmada yatış süresi uzadıkça, uygun olmayan hastane kullanımı yüzdelerinin düştüğü bulunmuştur (Kemper, K.J.; 1988: 1035). İsrail'de iki hastanede yapılan bir çalışmada, sadece dahiliye servislerinde, incelenen gündeki yatış süresi arttıkça uygun olmayan hasta günü yüzdelerinin de arttığı bulunmuştur (Rishpon, S., et al.; 1989: 394). İtalya'da yapılan bir çalışmada 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 çalışmalarda, yatışı uygun olan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdelerinin 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 değişmektedir. Her iki hastanede de uygun olmayan hasta günü miktarı, ilkbaharda diğer mevsimlerden yüksektir. ABD'de bazı hastanelerde, yatışı uygun olan hastaların uygun olmayan hasta günü yüzdelerinin sonbaharda, ilkbahar ve kıştan yüksek olduğu (Restuccia, J.D., et al.; 1984: 135), başka bir çalışmada 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 (% 36.3) erkeklerin yüzdesinden (% 30.1); Üniversite Hastanesinde bekarların uygun olmayan hasta günü yüzdesi (% 33.3) evlilerin (% 24.2) ve diğerlerinin yüzdesinden (% 17.2) yüksektir.

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	34	63.0	20	37.0		
Yatış Türü						
Acil	151	84.8	27	15.2	< 0.001	
Acil Değil	550	62.4	332	37.6		
Yatış Sayısı						
İlk Yatış	423	66.1	217	33.9	> 0.05	
Tekrar Yatış	278	66.2	142	33.8		
İncelenen Gündeki Yatış Süresi (Gün)						
1-2	43	47.3	48	52.7	< 0.001	
3-5	153	59.3	105	40.7		
6-9	207	72.1	80	27.9		
10-20	197	68.9	89	31.1		
21 +	101	73.2	37	26.8		
Haftanın İncelenen Günü						
Pazartesi	85	64.4	47	35.6	< 0.01	
Salı	186	70.5	78	29.5		
Çarşamba	132	73.7	47	26.3		
Perşembe	212	63.7	121	36.3		
Pazar	86	56.6	66	43.4		
Mevsim						
İlkbahar	163	55.4	131	44.6		< 0.001
Yaz	196	68.5	90	31.5		
Sonbahar	173	65.8	90	34.2		
Kış	169	77.9	48	22.1		

Tablo 4. Hastanelere göre uygun olmayan hasta günlerinin nedenleri

Nedenler	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi	
	Sayı	% ^a	Sayı	% ^a
İhtiyaç duyulan tanıyla ilgili işlemlerin ve/veya tedavinin ayaktan yapılabilmesi	123	55.7	171	47.6
Hastaneye vaktinden önce yatırma	16	7.2	63	17.5
Hekim tarafından hastanın tıbbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olması	42	19.0	48	13.4
Tanısal amaçlı test/işlem ya da konsültasyon sonuçlarının henüz alınmamış olması	34	15.4	48	13.4
Diğer	6	2.7	29	8.1

^a sütun yüzdesi**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 tanısal 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), ikisi tanı ya da tedavi (ameliyat dahil) ile ilgili bir işlem için programlanmışken programdan çıkarılma, biri de tanıyla ilgili işlemleri programlamada hastanede 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 yapılabileceği, % 25'inin (42/168) hekim tarafından tıbbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olduğu kararına varılmıştır.

Devlet Hastanesinde ise hasta günü uygun olmayan hastaların % 35.4'ünün (127 hasta) tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerekmektedir. Bu hastaların 63'ü hastaneye vaktinden önce yatırılmıştır, 48'inin tanısal amaçlı testler, işlemler ya da konsültasyonlarının sonuçları henüz alınmamıştır. Sekizi 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 % 64.6'sının (232 hasta) tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi gerekmemektedir. Bu hastaların % 73.7'sinin (171/232) tanıyla ilgili işlemler ve/veya tedavilerinin ayakta yapılabilmesi, % 20.7'sinin (48/232) 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 yatırıldıktan sonra yapılmaktadır.

Devlet Hastanesinde, Ankara dışından gelen hastaların hemen hemen yarısı (% 49.4) yeşil kartlıdır. Bu hastalardan yatışı uygun olmayanların erken yatış yüzdesi (% 19.6), Ankara'da oturan yeşil kartlı hastaların erken yatış yüzdesinden (% 11.5) yüksektir. Birinci grubun ayakta yapılabilir tanısal işlemler ve/veya tedavi nedeniyle yatış yüzdesi de (% 46.1) 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 ayakta yapılabilir 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.

SONUÇ VE ÖNERİLER

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 söz konusu hastanelerde, etkili bir kullanım yönetimi programının uygulanmasıyla elde edilebilecek faydanın büyüklüğünü göstermektedir.

Bu çalışmada 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 ABD'de, 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, toplam uygun olmayan hasta günlerinin Üniversite Hastanesinde %76'sından, Devlet Hastanesinde ise % 63.8'inden hastane ya da hekim sorumludur. Her iki hastanede de tıbbi nedenlerle hastanede yatmaya devam etmesi *gerekmeyen* hastaların hasta günlerinin uygun olmamasının en önemli 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 *gerekli* 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-içi 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 işleme 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., Kisson, 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., Türkkan B. and Restuccia J.D. (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*, 25 (6): 373-383.
- 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.
- Peirù, S., Meneu, R., Lorenzo, S. and Restuccia, J.D. (2001), "Assessing the necessity of hospital stay by means of the Appropriateness Evaluation Protocol: a different perspective", *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (4): 341-344.
- 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.