



# Yoğun Bakımda Hizmet Kalitesi

H. Erdal AKALIN\*

\* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eski Öğretim Üyesi ve Medikal Danışman, Pfizer Pharmaceutical Group, TÜRKİYE

İngiltere’de “National Health Service” sağlık hizmetinde kalite için şu tanımı kullanmaktadır: “...doing the right things to the right people at the right time, and doing things right-first time”<sup>[1]</sup>. “...doğru işleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak”. Amerika Birleşik Devletleri’nde ise, “Institute of Medicine” tıbbi bakımda kaliteyi şu şekilde tanımlamaktadır: “The degree to which health services for individuals or populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current knowledge”<sup>[2]</sup>. “Bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak”. Bu tanım içinde kalite kavramının; ölçülebilir tüm sağlık hizmetlerini içine alan, kişilere ve topluma uygulanabilen, belli bir amaca yönelik verilen hizmetin yararının sonuçların ölçülebilmesi ile sağlanabilen, işlemlerle sonuçları birbirine bağlayan, hastaların ve toplumun değerlerine önem veren, teknik, mekanik ve bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli değişimliğe uğrayan bir yapı içinde olması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite 3 temel direk üzerinde oturur. Donabedian’ın 1980 yılında tanımladığı bu direkler şunlardır <sup>[3]</sup>:

**1. Sağlık kuruluşunun yapısı (structure):** Sağlık kuruluşunun fiziksel, teknolojik ve mekanik yapısı, çalışanlarının bilgi, yetenek, profesyonel karakterleri, yönetim felsefesi ve hizmet verdiği toplumun demografik özellikleri yapının kalitesini etkiler.

**2. Sağlık kuruluşunda olagelen işlemler (processes):** Tanı ve tedavide izlenen yolun, karar verme işlevinin o gün için geçerli olan bilimsel ve teknolojik doğrulara uygunluğu, bu teknik öğelerin uygulanmasında hasta ile olan iletişim ve etkileşimler hizmetin kalitesini etkileyen diğer önemli faktörlerdir.

**3. Sağlık hizmetinden elde edilen sonuçlar (outcomes):** Alınan sonuçların klinik, ekonomik ve humanistik açıdan değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi, hizmet sonucu elde edilen kalitenin ölçülmesi ile mümkün olabilir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin farklı olmasına veya düşmesine neden olan başlıca faktör-

**Yazışma Adresi:** Prof. Dr. H. Erdal AKALIN  
Pfizer İlaçları A.Ş. 80840, Ortaköy-İSTANBUL

ler arasında verilen sağlık hizmetlerinde farklılıklar yer almaktadır. Kalite ve maliyeti en fazla etkileyen faktör belli tıbbi uygulamadaki farklılıklardır (varyasyonlar). Bu farklılıkların yerel uygulamalar, kaynaklar, hasta tercihi veya klinik yaklaşım farklılıkları ile açıklanması doğru ve uygun değildir. En güzel örnekler arasında aynı tanı konan belirli bir hasta popülasyonunda hastanede yatış süresinin farklı olması, sezaryenle doğum oranlarındaki farklılıklar (%0-40 arasında) ve diyabet bakımındaki farklılıklar sayılabilir<sup>[4]</sup>.

Bütün bunlar, sağlık hizmetlerinin sunumunda belirli ölçümlerin yapılması ve kıyaslanması gerçeğini açıkça ortaya koymaktadır. Kalite ölçümü diye tanımlanan da budur. Bu ölçümler yapıldıktan sonra, verilen hizmetin gerçek kalitesinin ne olduğu ortaya çıkacaktır. Kalite ölçümü yapılmadan kalite iyileştirme programlarının yapılması imkansızdır<sup>[5]</sup>.

#### **Ulusal Yaklaşım**

Sağlık hizmeti veren tüm kuruluşların belli bir kalite standardında hizmet verdiklerinin belirlenmesi, tüm toplumun yararına olacak bir uygulamadır. Bu tip bir uygulama ancak ulusal bir strateji ve programla sağlanabilir. Bu konuda hazırlanacak programlarda aşağıdaki ana konuların yer alması gereklidir<sup>[6]</sup>:

- a. Sağlık kurumlarının tümü tarafından izlenmesi ve kamuya rapor edilmesi gerekli standart temel kalite ölçüm setlerinin hazırlanması,
- b. Kalite ölçüm ve raporlama alt yapısının hazırlanması,
- c. Verilen hizmetin kalitesinin, iyileştirici programlarla desteklenmesi,
- d. Kalite ölçümü ve raporlanması konusunda araştırma ve geliştirme yapılmasını destekleyen bir ortamın hazırlanması,
- e. Kıyaslamalarda kullanılacak, raporlanan kalite ölçüm bilgilerinin doğru, ayrıntılı, tekrarlanabilen bir sistem ile geliştirilmiş ve topluma açık olmasının sağlanması.

#### **Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme**

Bütün bunlar sağlık hizmetinde kalite kavramının oldukça karmaşık olduğunu ve kolay elde edilebilecek birşey olmadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde kalite olan birşeydir. Bu nedenle kalite veya toplam

kalite yönetimi yerine, sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme programlarından bahsetmek daha doğru olacaktır<sup>[7]</sup>. Birşeyin iyileştirilebilmesi için bugün nerede olduğunun bilinmesi gereklidir. Sürekli kalite iyileştirme programları, bundan dolayı kanıya değil, kanıta-veriye dayalı programlardır.

#### **Yoğun Bakım Ünitelerinde Kalite İyileştirme**

Son 30 yılda yoğun bakım alanında çok önemli gelişmeler olmuştur. Bu gelişmeler ile tedavisi güç hastaların klinik sonuçlarında belirgin iyileşmelerin olduğu kanısına varılmıştır<sup>[8]</sup>. Ancak bu gelişmeler ile ilgili kanıta dayalı bilgi çok fazla değildir. Bunun nedenlerinin başında yoğun bakım ünitelerinin ve bu ünitelerde tedavi gören hastaların farklılığı gelmektedir. Bazı sağlık sorunlarında kanıta dayalı sonuçları elde edebilmek veya karşılaştırmak için yapılması gerekebilecek çalışmaların etik olup olmayacağı tartışma konusudur.

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalarda mortalite en az %20 olarak bildirilmiştir<sup>[8]</sup>. Ancak ünitenin yapısı ve yatan hasta popülasyonunun özellikleri prognoza önemli derecede etkili olmaktadır. Örneğin, 70 yaşında kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve fekal peritoniti olan bir hasta ile 23 yaşında diyabetik ketoasidozu olan bir hastanın prognozunu etkileyen risk faktörleri birbirinden çok farklıdır. Bu nedenle, yoğun bakım ünitelerinde verilen sağlık hizmetlerini değerlendirmek ve kıyaslamak oldukça karmaşıktır. Bu değerlendirmeleri yapabilmek için bazı şartların yerine getirilmesi gerekebilir.

Yoğun bakım ünitelerinde yapılan harcamalar tüm hastane harcamalarının %25 ile %40'ı arasındadır<sup>[9]</sup>. Kanıta dayalı verilerin çok az olması, bu harcamaların ne kadarının gerekli olduğu sorusunu akla getirmektedir. Bu yüksek harcamaların sorgulanması, yoğun bakım ünitelerinin daha verimli nasıl çalışabileceği konusunu gündeme getirmiştir. Bütün bunlardan dolayı yoğun bakım ünitelerinde sürekli kalite iyileştirme programlarının geliştirilmesinde bazı temel ortak konuların çözümlenmesi gerekmektedir. Bu konulardan önemli olanları aşağıda incelenmiştir:

Öncelikle yoğun bakım ünitelerine hangi hastaların yatacağı ve hastalarla ilgili verilerin

toplansında hangi değerlendirme sistemlerinden yararlanılacağı konusunda bir birliklik sağlanmalıdır. Yoğun bakım ünitelerine yatan hastalar arasındaki farklılıklar hem belli bir ünitenin sonuçlarının değerlendirilmesini hem de üniteler arasında kıyaslamalar yapılmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle, bu ünitelere yatan hastaların belli değerlendirme sistemleri (scoring systems) çerçevesinde değerlendirilmesinde yarar vardır [8,10]. Kullanılan sistemler arasında “Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II/III(APACHE II/III)”, “Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)” ve “Computerized Severity Index Methodology” bulunmaktadır. Bu sistemlerden birisi kullanılarak elde edilen veriler, hem daha objektif bir değerlendirmeye hem de ünitelerarası kıyaslamalara ortam hazırlayacaktır[11]. Risk ayarlanması bu değerlendirilmelerin yapılmasında en önemli faktör olarak görülmektedir. Değerlendirme sistemlerinin (scoring systems) kullanılması risk ayarlanması sorununa belli bir katkıda bulunacaktır[12].

İkinci önemli konu, yoğun bakım ünitelerinde kullanılan araç ve aletlerin standardizasyonudur. Bu ünitelerin değişik hasta türlerine göre yapılandırılması sonucunda, araç ve gereçler açısından da büyük farklılıklar gösterdiği gözlenmektedir. Özellikle son yıllarda yoğun bakım hizmetlerinde uzmanlaşmanın öne çıkması, bu ünitelerin birleşmesine yol açmaktadır. Böylece standardizasyon daha kolay gerçekleştirilebilir.

Üçüncü önemli konu, yoğun bakım çalışanları ile ilgilidir. Ağır ve özellikli bakım isteyen hastaların yattığı bu ünitelerde çalışan tüm sağlık personelinin belli bir eğitimi olması gerekmektedir. Verilen tedavide farklılıkları en aza indirebilmenin bir yolu da budur.

Yoğun bakım ünitelerinde belli sorunu olan hastaların tedavisinde kullanılan işlemler birbirine benzemektedir. Bu nedenle belirli protokollerin kullanılması yaygındır. Ayrıca, tedavi rehberleri de gittikçe artan sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Bu protokol ve rehberlerin yaygın kullanımı, hem verilen sağlık hizmetinde belli bir standart getirilmesine yardımcı olacak hem de performans ölçümünde objektif sonuçlar alınmasını sağlayacaktır.

Son olarak, veri toplama sistemlerinin geliştirilmesi konusu gündeme gelmektedir. Gerek değerlendirme sistemleri gerekse protokol ve rehberler aracılığı ile toplanacak klinik, ekonomik ve humanistik verilerin belli bir sistem ile toplanıp değerlendirilmesi şarttır. Sonuçların değerlendirilmesi (outcomes management) ve kıyaslama (benchmarking) yönünden yapılması gerekli bir uygulamadır.

Yoğun bakım ünitelerinde kullanılabilecek kalite indikatörleri geliştirilmiştir. Bu indikatörler arasında yoğun bakımda mortalite, yoğun bakım ünitesinde yatış süresi, hastane mortalitesi, hastanede yatış süresi, yoğun bakım tekrar yatış (readmission) oranı, yoğun bakım ünitesinde hastane enfeksiyonu görülme sıklığı bulunmaktadır[9,13]. Her yoğun bakım ünitesinin kendi önceliklerine göre belli indikatörler saptayıp, bunlarda iyileştirmeye gitmesi önerilmektedir. Ayrıca, belli standartlarda anlaşılan ünitelerin birbirlerinin verilerini kıyaslayabilecekleri programları geliştirmelerinde de çok yarar vardır.

**Not:** Bu yazı “Yoğun Bakım Dergisi”nde yayımlanmış olan “Yoğun Bakım Ünitelerinde Kalite İyileştirme (H. Erdal Akalın)” adlı makaleden alınmıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Quality in Health Care. In: Moss F, Garside P, Dawson S (eds). BMJ 1998;7(Suppl):1-67.
2. The Institute of Medicine. Medicare. A strategy for quality assurance. In: Lohr KN (ed). Washington, DC: National Academy Press, 1990.
3. Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1980.
4. James BC, Hammond ME. The challenge of variation in medical practice. Arch Pathol Lab Med 2000; 124:1001-3.
5. Ellwood P. Outcomes management: A technology of patient experience. New Engl J Med 1988; 318:1549-56.
6. Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
7. Kuperman G, James B, Jacobsen J, Gardner RM. Continuous quality improvement applied to medical care: Experiences at LDS Hospital. Med Decis Making 1991;11(Suppl 4):60-5.
8. Gunning K, Rowan K. ABC of intensive care: Outcome data and scoring systems. BMJ 1999;319:241-44.

9. Cooper GS, Sirio CA, Rotondi AJ, Shepardson LB, Rosenthal GE. Are readmissions to the intensive care unit a useful measure of hospital performance? *Medical Care* 1999;37:399-408.
10. Groeger J, Guntupalli K, Strosberg M, et al. Descriptive analysis of critical care units in the United States: Patient characteristics and intensive care utilization. *Crit Care Med* 1993;21:279-91.
11. Sachdeva RC, Guntupalli KK. International comparisons of outcomes in intensive care units. *Crit Care Med* 1999;27:2032-3.
12. Miranda DR. Scoring systems in the measurement of performance of ICUs. *Intensive Care Med* 1999; 25:418-9.
13. Rosenthal GE, Hammar PJ, Way LE, et al. Using hospital performance data in quality improvement: The Cleveland Clinic Health Quality Choice Experience. *J Qual Improv* 1998;24:347-60.