

GİRİŞ

Kalite sözcük olarak, Latince kökeni **Qualitas** olan bir terimden türemiş olup, Fransızca'ya *qualité* olarak yerleşmiş ve Türkçeye, Fransızca'da okunuşu olan kalite şeklinde geçmiştir (1). Kalitenin kelime olarak anlamı *niteliktir*. Amerikan Kalite Kontrol Birliği tarafından benimsenen kalite tanımı; "Belirtilen veya ima edilen ihtiyaçları memnun etme becerisine dayanan, bir ürünün veya hizmetin nitelikleri veya özellikleri toplamıdır" (2). Avrupa Kalite Kontrol Birliği (EQQC) ne göre: "kalite kavramı bir mal veya hizmetin belirli bir ihtiyacı karşılayabilmesi için yeterliklerini ortaya koyan özelliklerin bütünüdür" (1). Bilimin, teknolojinin ve sosyal yaşamın hızla geliştiği ve değiştiği günümüzde kalite, gelişmeye müsait olan her şey demektir ve kusursuzluk anlayışına sistemli bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir.

1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık bakım sistemleri, üretim ve hizmeti bir arada sunar. Bu nedenle sağlık hizmetinde kalite karmaşık bir kavramdır. Donabedian (3), kalite tanımı "hizmet sürecinde kazançlar ve kayıplar dengesinin hesabı yapıldıktan sonra hastanın iyilik halini en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet" şeklindedir. Ayrıca sağlık hizmetinde bakımın kalitesini değerlendirebilmek amacı ile yapı, süreç ve sonuç ölçülerini tanımlamış, bu bileşenlerle ilgili bilgi toplamanın önemine dikkat çekmiştir (3,4).

Birleşik Krallık' ta "National Health Service" kaliteyi "doğru işleri doğru kişilere doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak" şeklinde açıklarken (5), Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ise (6), "Institute of Medicine" tıbbi bakımda kaliteyi "bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak" şeklinde açıklamaktadır (7).

Kaliteli sağlık hizmeti sunabilen, modern sağlık sistemleri oluşturmak kadar, bu sistemi meydana getiren her bileşenin işlevselliğinin ölçülmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi de önem taşımaktadır. Kalite iddiasında bulunan her sistem, sunulan hizmetin amacına ulaşma düzeyini saptayabilmek için ilk olarak gerçekleştirdiği faaliyetler hakkında bilgi toplamalıdır. Yani ölçüm yapmalı, elde ettiği ölçüm sonuçlarını değerlendirerek, yarar sağlayacağını öngördüğü bazı kararlara ulaşmaya çalışmalı ve bu kararları ileri için yapılacak çalışmalarda, yol gösterici olarak kullanılmalıdır. Bu amaçla, sağlık hizmeti veren kurumlarda, hizmet süreçleri ve hizmetin etkinlik seviyesinin ölçülmesi gayesi ile Göstergeler oluşturulmuştur. Gösterge; "bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan bir araç" olarak tanımlanır (8). Sürekli geliştirilen ve kalite sisteminde önemli bir yeri olan göstergeler, standart bir analiz dili geliştirerek, sağlık hizmetlerinde son derece önemli bir işlev üstlenmektedir.

¹ Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi m.sabaz@saglik.gov.tr
ORCID id: 0000-0001-7034-0391

Tablo 2. Yoğun Bakım Ünitesinde kullanılan diğer göstergeler

GKG22	El Hijyeni Uyum Oranı
GKG23	El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı
GKG24	Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı
GKG25	Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı
GKG26	Üriner Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu Hızı
GKG27	Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay Hızı

3.4. Göstergelerin izlenmesi

Göstergelerin izlenmesi için uygulanacak yollar SKS kitabında 2' si çekirdek olmak üzere toplam 7 anabaşlıkta toplanmıştır. Göstergelerin içeriğine SKS-Hastane seti sürüm 6' dan ulaşılabilir (10).

SONUÇ

Yoğun bakım üniteleri, hastane giderlerinde yüksek bir paya sahip olan, sofistike tedavilerin uygulandığı, morbidite ve mortalite gelişime riskinin yüksek olduğu üniteler olarak kalite göstergelerinden en çok fayda sağlayacak birimlerin başında gelmektedir. Yoğun bakım uzmanlarının göstergeleri anlayarak uygulaması, olumlu hasta sonuçlarının gelişmesini desteklemektedir. Önceki bilimsel araştırmalar ile açıkça gösterildiği gibi yoğun bakım ünitesinde hastane enfeksiyonlarını azaltmak ve normoglisemiye korumak için kalite iyileştirme girişimleri sonuçları iyileştirmekte ve maliyet etkindir. Ayrıca klinik rehberlere uyumun düşük hastane mortalitesi ile ilişkilendirilmektedir (18-20). Clemmer, üçüncü düzey bir yoğun bakım ünitesinde bakım kalitesindeki iyileşme ile yılda tahmini 2.6 milyon dolar tasarruf edildiğini belirlemiştir (21,22).

Yoğun bakımda kalite göstergelerinin uygulanması ile sağlık kurumları arasındaki topluma sağlık hizmeti sunum farkını azaltarak sağlık hizmetlerinde bir standart oluşturmaktadır. Sağlık bakımını toplum yararına güvenceye alarak tüm bireylerin aynı kalitede sağlık hizmeti almasını sağlayacaktır. Ancak unutulmamalıdır ki, yoğun

bakımda kalitenin iyileştirilmesi sadece güncel göstergeleri içeren kılavuzların hazırlanması ile değil, bu göstergelerin uygulanabileceği uygun koşulların ve sağlık profesyonellerinin konunun önemini içselleştirmesi uygulayabilmesi ile sağlanabilir.

KAYNAKÇA

1. Şimşek, M. (2000). *Sorularla Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemleri*. (1). İstanbul: Alfa Yayınları.
2. Johnson, R, Winchell, W. O. (1989). *Production and Quality*. Milwaukee: American Society for Quality Control.
3. Donabedian A. (1980). *Explorations in quality Assessment and monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. (1). Michigan: Healty Administration Press.
4. Bayer N, Parıltı N. Kalite belgelendirme sisteminin hasta bakım kalitesi ve hemşirelerin kalite algılayışına olan etkisinin belirlenmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi.2016; 3(1):31-40.
5. Moss F, Garside P, Dawson S (eds). *Quality in Health Care*. BMJ. 1998;7(1):1-67.
6. Lohr KN (ed). Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. *Medicare A Strategy for Quality Assurance*.1990;1. Washington, DC: The National Academies Press. Doi: 10.17226/1547
7. Akalın HE. Yoğun Bakım Ünitelerinde Kalite İyileştirme. Yoğun Bakım Dergisi. 2001; 1(2): 69-74.
8. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2016). *Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01)*. (1. Revizyon - 2. Baskı). Ankara: Pozitif Matbaa. ISBN: 978-975-590-558-7
9. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı (2011). *Hastane Hizmet Kalite Standartları Kitabı*. Ankara: Pozitif Matbaa Ltd. Şti.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı (2020). *Sağlıkta Kalite Standartları,-Güncel Standartlar*, (20/04/2020 tarihinde <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,52461/guncel-standartlar-excel-versiyon.html> adresinden ulaşılmıştır).
11. Najjar-Pellet J, Jonquet O, Jambou P, et al. Quality assessment in intensive care units: proposal for a scoring system in terms of structure and process. *Intensive Care Med*. 2008;34(2):278-285. Doi: 10.1007/s00134-007-0883-9
12. Papali A, McCurdy MT, Calvello EJ. A "three delays" model for severe sepsis in resource-limited countries. *J Crit Care*. 2015;30(4):861.e9-861.14. Doi: 10.1016/j.jcrc.2015.04.003
13. De Vos M, Graafmans W, Keesman E, et al. Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use? *J Crit Care*. 2007;22(4):267-274. Doi: 10.1016/j.jcrc.2007.01.002
14. de Vos M, Graafmans W, Keesman E, et al. Quality measurement at intensive care units: which indicators should

- we use? J Crit Care. 2007;22(4):267–274. Doi: 10.1016/j.jcrc.2007.01.002
15. Martín MC, Gil CL, de la Hoz JC, et al. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias—Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico Actualización 2011.
 16. Braun JP, Mende H, Bause H, et al. Quality indicators in intensive care medicine: why? Use or burden for the intensivist. Ger Med Sci. 2010;8:Doc22. Doi: 10.3205%2F000111
 17. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı (2017). *Sağlıkta Kalite Standartları Uygulamaları-Yoğun Bakım Skorlama*. (10/05/2020 tarihinde <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,9024/yogun-bakim-skorlama.html> adresinden ulaşılmıştır).
 18. Shannon RP, Patel B, Cummins D, et al. Economics of central line associated bloodstream infections. Am J Med Qual. 2006;21(6):7S-16S. DOI: 10.1177/1062860606294631
 19. Kinsley JS, Jones RL. Cost analysis of intensive glycemic control in critically ill adult patients. Chest. 2006;129(3):644-650. Doi: 10.1378/chest.129.3.644
 20. Cavalcanti AB, Bozza FA, Machado FR, et al. Effect of a quality improvement intervention with daily round checklists, goal setting, and clinician prompting on mortality of critically ill patients: a randomized clinical trial. JAMA. 2016;315(14):1480–1490. Doi: 10.1001/jama.2016.3463
 21. Clemmer TP, Spuhler VJ, Oniki TA, et al. Results of a collaborative quality improvement program on outcomes and costs in a tertiary critical care unit. Crit Care Med. 1999; 27(9):1768-1774. Doi: 10.1097/00003246-199909000-00011
 22. Göksu, Ş., Akyol, A. (2019). Yoğun Bakımda Kalite Göstergeleri. Nimet Şenoğlu (Ed.), *Olgularla Yoğun Bakım Protokolleri* içinde (s. 11- s. 25) Ankara: Nobel Tıp Kitabevi