

**II. ULUSLARARASI KATILIMLI
SAĞLIKTA KALİTE,
HASTA GÜVENLİĞİ
VE
AKREDİTASYON KONGRESİ**

(Klinik Hizmetlerde Kalite İyileştirme, Akreditasyonun
Yararları Ve Performans Gelişimleri)

SUNUM ÖZETLERİ

KONFERANSLAR, PANELLER VE SÖZLÜ BİLDİRİLER

Editörler: PROF.DR.SEVAL AKGÜN
PROF.DR. A.F.AL-ASSAF

20-23 Şubat 2008
ANTALYA / TÜRKİYE
www.QPS-antalya.org

"II.ULUSLARARASI KATILIMLI SAĞLIKTA KALİTE, AKREDİTASYON VE HASTA GÜVENLİĞİ KONGRESİ " **PROGRAMI**

20-23 Şubat 2008
Maritim Pine Beach & Resort – Belek / ANTALYA / TÜRKİYE
www.qps-antalya.org

20 SUBAT 2008 - ÇARŞAMBA

13:00 **KAYIT VE OTELE YERLEŞME**
18:00 – 21:00 **RESMİ AÇILIŞ, HOŞGELDİNİZ KOKTEYLİ VE AKŞAM YEMEĞİ**

21 SUBAT 2007 – PERŞEMBE

09:00 – 10:30 **AÇILIŞ KONUŞMALARI** **Prof.Dr.AI-ASSAF**, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD
Dr. David JAĪMOVĪCH, Tıbbi Hizmetler Yöneticisi / Joint Commission Resources / JCI
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN, Müsteşar yardımcısı T.C. Sağlık Bakanlığı
Kenan MALATYALI, Türk Standartları Enstitüsü, Başkanı
Yavuz CABBAR, TÜRKAK Yön. Kur. Başkanı
Prof.Dr.Seval AĞÜN, Kongre Eş-Başkanı,
Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü

10:30 – 10:45 **Kahve Arası**
10:45 – 12:30 **Konferans:** **SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON VE HASTA GÜVENLİĞİ,DÜNYADAKİ YAKLAŞIMLAR**
Oturum Başkanı _____ : **Prof.Dr.Allen MEADORS**, Rektör, Pembroke North Carolina Üniversitesi, ABD
Konuşmacılar _____ : **Prof.Dr.AL-ASSAF**, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu Dekan Yard. – ABD
Dr. David JAĪMOVĪCH, Tıbbi Hizmetler Yöneticisi / Joint Commission Resources / JCI
Dr. Tawfik KHOJA, FRCGP, Genel Direktör, Körfez Ülkeleri ve Suudi Arabistan

12:30 – 14:00 **Öğlen Yemeği**
14:00 – 15:30 **PARALEL OTURUMLAR I**
SALON I - 1. OTURUM **JCI AKREDİTASYON STANDARLARI**
Konuşmacılar _____ : **Dr. David JAĪMOVĪCH**, Tıbbi Hizmetler Yöneticisi / Joint Commission Resources / JCI
SALON II - 2. OTURUM **TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE**
Oturum Başkanı _____ : **Dr. Hasan GÜLER**, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı
Konuşmacılar _____ : **Dr. Hasan GÜLER**, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı
Dr. Mehmet DEMİR, T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakanı Müşaviri
EVDE BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE VE GÜVENLİK
Prof. Dr. Güler CİMETE, Evde Bakım Derneği Başkanı
Prof. Dr. Güler CİMETE, Evde Bakım Derneği Başkanı
Prof. Dr. Seçil AKSAYAN, V.K.V. Amerikan Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

15:30 – 15:45 **Kahve Arası**
15:45 – 17:00 **PARALEL OTURUMLAR II**
SALON I -I.OTURUM **HASTANELERDE ÇIKTIYI İYİLEŞTİRMEK AMAÇLI SÜREKLİ HİZMET İÇİ EĞİTİMLERİN UYGULANMASI**
Konuşmacılar _____ : **Margaret BALL**, Genel Başkan, Health Links International, Dallas, ABD
SALON II - 2. OTURUM **KALİTE MALİYETLERİ**
Oturum Başkanı _____ : **Uzm. Dr. Haluk ÖZSARI**, Danışman, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği
Konuşmacılar _____ : **Prof. Dr. Haydar Sur**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Bakan danışmanı
Prof. Dr. Osman HAYRAN, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Dekan
SALON III - 3.OTURUM **TIBBİ LABORATUARLARDA STANDARDİZASYON,AKREDİTASYON VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME**
Oturum Başkanı _____ : **Prof. Dr. Fikriye URAS**, Başkan, Türkiye Klinik Biyokimya Uzmanlar Derneği
Konuşmacılar _____ : **Prof. Dr. Fikriye URAS**, Başkan, Türkiye Klinik Biyokimya Uzmanlar Derneği

Doç.Dr.Mustafa ALTINDIŞ, Afyon Kocatepe Üniv, Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji AD. Kan bankası

Sorumlusu

Prof. Dr. Dilek Çolak, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Laboratuvarı Sorumlusu

Dr. Serap ARIKAN, Başkent Üniv. Alanya Uyg.ve Araşt.Merk, Klinik laboratuvar Sorumlusu

17:15 – 18:00 **SALON IV**
SALON I - KONFERANS:
YAKLAŞIM –

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (**Türkçe-1**)

HASTANELERDE VE BİRİNCİ BASAMAK UYGULAMALARDA KANITA DAYALI

UYGULAMALARDAN KAZANILAN DERSLER

Konuşmacılar _____ :

Prof.Dr. Martin RUSNAK, INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/ Avusturya

22 ŞUBAT 2008 – CUMA

08:30-09:30 **SALON I**
Moderator _____ :

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (**İngilizce-1**)

Dr. Jarmila Petercikova PhD, Trnava Üniversitesi, Slovakya

SALON II

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (**Türkçe 2**)

SALON III

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (**Türkçe 3**)

SALON IV

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (**Türkçe 4**)

SALON V

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (**Türkçe 5**)

09: 45 – 10:45 **SALON I - KONFERANS**
PERSPEKTİF.

SAĞLIKTA PERFORMANS DEĞERLENDİRME İNDİKATÖRLERİ, ULUSLARASI

OECD, DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ VE PATH İNDİKATÖRLERİ, ÜLKELER ARASI KARSILAŞTIRMALAR VE METHODOLOJİ

Ana Konuşmacı _____ :

Prof.Dr.Nick KLAZINGA-OECD,BAŞKAN, Amsterdam Üniversitesi, Akademik Tıp Merkezi, Sağlık Hizmetlerinde kalite İndikatörleri Projesi, OECD, Paris

10:45 – 11:00

Kahve Arası

11:00 – 12:30

PARALEL OTURUMLAR III

SALON I - 1. OTURUM

Konuşmacılar _____ :

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Dr. Olivera M. CİRKOVIĆ, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Genel Md, Sağlık Bakanlığı

,Sırbistan

SALON II - 2.OTURUM:

HASTALIK YÖNETİMİ

Oturum Başkanı _____ :

Prof. Dr. Erdal AKALIN, ACB ve Üniv.Tıbbi ve Akademik Faaliyetler genel danışmanı

Konuşmacılar _____ :

Prof. Dr. Erdal AKALIN, , ACB ve Üniv.Tıbbi ve Akademik Faaliyetler genel danışmanı

SALON III-3. OTURUM:

HASTA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI GÜVENLİĞİ

Oturum Başkanı _____ :

Prof.Dr.Nazmi BİLİR, Hacettepe Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Konuşmacılar _____ :

Prof. Dr.Nazmi BİLİR, Hacettepe Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Uzm. Kaya KARS, TSE, Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü

Prof.Dr.Seval AKGÜN, Başkent Üniv.Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü

Uzm.Hem.Türkan DOĞAR, Universal Hastaneler Grubu

12:30 – 14:00

Öğlen Yemeği

14:00 – 15:30

PARALEL OTURUMLAR IV

SALON I - I.OTURUM:

HASTANELERDE PERFORMANS İNDİKATÖRLERİ SEÇİMİ VE DSÖ-MATRA PROJESİ

SONUÇLARI

Konuşmacılar _____ :

Prof.Viera RUSNAK, Slovakya Tıp Fakültesi, Sağlık Enformasyon Sist.Bölümü, Bratislava,

SLOVAKYA

SALON II - 2.OTURUM:

İLAC GÜVENLİĞİ

Oturum Başkanı _____ :

Prof. Dr. Semra Şardas, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji ABDalı Öğretim

Üyesi

Konuşmacılar _____ :

Prof. Dr. Semra Şardas, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji ABDalı Öğretim

Üyesi

Doç.Dr.Ahmet AKICI,Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji

ABDalı

SALON III - 3.OTURUM:

SAĞLIK BİLGİ YÖNETİM SİSTEMLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON

Oturum Başkanı _____ :

Prof. Dr. Osman SAKA, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi

Anabilim Dalı

Konuşmacılar _____ :

Prof. Dr. Osman SAKA, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi

Anabilim Dalı

Salih GÜREŞ, Tepe Teknoloji Genel Müdür

15:30 – 15:45	Kahve Arası	
15:45 – 17:00	PARALEL OTURUMLAR V	
	SALON I -I. OTURUM:	MOUWASAT HASTANESİ AKREDİTASYONA KARŞI ALINAN BAŞARILAR
	<u>Oturum Başkanı</u> _____:	Eman DARWİSH ,Mouwasat Hastanesi,Performans Geliştirme Departmanı Başk.-Dammam, S.Arabistan
	<u>Konuşmacılar</u> _____:	Eman DARWİSH ,Mouwasat Hastanesi,Performans Geliştirme Departmanı Başk.-Dammam, S.Arabistan
	SALON II- II.OTURUM:	SAĞLIK HİZMETİ KAYNAKLI ENFEKSİYONLAR
	<u>Oturum Başkanı</u> _____:	Doç. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA , Hacettepe Üniv. Tıp Fak.Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü
	<u>Konuşmacılar</u> _____:	Doç. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA , Hacettepe Üniv.Tıp Fak.Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü Doç. Dr. Dilara İNAN , Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü
	SALON III- III.OTURUM	KLİNİK REHBERLER VE KLİNİK YOLLAR GELİŞTİRİLMESİ
	<u>Oturum Başkanı</u> _____:	Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI , Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dekan
	<u>Konuşmacılar</u> _____:	Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI , Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dekan Prof. Dr. Fevzi Ersoy , Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bölüm başkanı Doç. Dr. Oktay Eray , Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Başhekim
17:15 – 18:00	SALON I - KONFERANS:	AZERBAIJAN VE RUSYA' DA ÜLKE GENELİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE UYGULAMALARI
	<u>Konuşmacılar</u> _____:	Dr. Sabina AKHMADOVA , Azerbaycan Cumhuriyetinde Sağlıkta Reform Programı Çerçevesinde Sürekli Kalite İyileştirme Faaliyetleri, Ülke Kalite Koord,Azerbaycan Sağlık Reformları Bölümü,Dünya Bankası, Azerbaycan,
		KRİTİK YOLLAR İLE BAKIM KALİTE YÖNETİMİ, RUSYA UYGULAMALARI Mr.Ilya Shilkrot , Rusya
20:00	Kongre Gala Yemeği	
	23 ŞUBAT 2007 – CUMARTESİ	
08:30-09:30	SALON I	Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (İngilizce-2)
	<u>Moderator</u> _____:	Prof.Dr. Martin RUSNAK , INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/ Avusturya
	SALON II	Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (Türkçe 6)
	SALON III	Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (Türkçe 7)
	SALON IV	Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (Türkçe 8)
09:30 – 10:30	KONFERANS:	SAĞLIK HİZMETLERİNDE, KALİTE VE AKREDİTASYONDA YENİLİKLER
		Prof.Dr.AI-ASSAF , American Institute for Healthcare Quality, Oklahoma Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD Prof.Dr.Seval AĞÜN , Başkent Üniv.Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü Halk Sağlığı ABDalı Başkanı
10:30 – 10:45	Kahve Arası	
11:00 - 12:00	PARALEL OTURUMLAR VI	
	SALON I-1. OTURUM	HASTANELERDE BAŞARILI AKREDİTASYON SİSTEMLERİNİN KURULMASINDA İZLENECEK YOLLAR
	<u>Konuşmacı</u> _____:	Dr. Jafar ABU-TALEB , Ürdün, Quality Management and Accreditation Section Healthcare Management, Consulting Services - HMCS
	SALON II - II. OTURUM	EFQM MÜKEMMELLİK MODELİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULAMALAR
	<u>Oturum Başkanı</u> _____:	Dr. Aydın KOSOVA , KALDER – Ulusal Kalite Ödülü Sekreteri
	<u>Konuşmacılar</u> _____:	Celal Seçkin , Genel Müdürü, Seçkin Danışmanlık Eğt. Tic. Ltd. Şti. Mehmet Aydın , Kadıköy Şifa Sağlık Grubu
	SALON III - III.OTURUM	SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE STANDARTLAR
	<u>Oturum Başkanı</u> _____:	Atakan BAŞTÜRK , TURKAK, Genel Sekreteri
	<u>Konuşmacı</u> _____:	Atakan BAŞTÜRK , TURKAK, Genel Sekreteri Mesut DURU , TSE, Planlama Koordinasyon Müdürü Feyzullah ERDOĞAN , TSE, Personel Belgelendirme Müdürü
12:15 – 13:00	Kongre Kapanışı	Prof.Dr.AI-ASSAF , American Institute for Healthcare Quality, Oklahoma Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD Prof.Dr.Seval AĞÜN , Başkent Üniv.Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü Halk Sağlığı ABDalı Başkanı

BİLDİRİLER BÖLÜMÜ / SÖZLÜ SUNUM PROGRAMI

21 ŞUBAT 2007 – PERŞEMBE

15:45-17:00 Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (TÜRKÇE 1)

SALON IV

SÖZLÜ SUNUM 1: [ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİ İYİLEŞTİRMEDE KİŞİSEL GELİŞİM ODAKLI EĞİTİM MODELİ VE](#)

SONUCLARI

KONUŞMACI 1 : **Esra TURGUTOĞLU**, Kalite Direktörü, İZMİR KENT HASTANESİ

SÖZLÜ SUNUM 2: [SAĞLIK BAKANLIĞI KALİTE GELİŞTİRME VE DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ İLE ISO 9001:2000](#)

ENTEGRASYONU

KONUŞMACI 2 : **Uzm. Ümit Şahin**, TAM-MED Hastanesi Kalite Koord.,
Yrd. Doç Dr. Nejat DEMİRCAN, Zonguldak Karaelmas Üniv. Tıp Fak.

SÖZLÜ SUNUM 3: [AKREDİTASYON STANDARTLARINA UYGUNLUK](#)

KONUŞMACI 3 : **Gökhan AKBULUT**, AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ AHMET NECDET SEZER UYGULAMA VE ARAŞT. HAST.

SÖZLÜ SUNUM 4: [KALİTE NE YANA DÜŞER? AKREDİTASYON NE YANA? \(TÜRKİYE' DE ÖZEL HASTANE YÖNETİCİLERİN](#)

KALİTE VE AKREDİTASYON BİLGİLERİ ÜZERİNE KÜÇÜK BİR ÇALIŞMA)

KONUŞMACI 4 : **DR M TANSEL TURAN - Kalite Koordinatörü**, MEDICANA HOSPITALS ÇAMLICA

SÖZLÜ SUNUM 5: [HASTANELER İÇİN ULUSAL AKREDİTASYON SİSTEMİ](#)

KONUŞMACI 5 : **Salih AYVAZ**, ULUSAL HASTANE AKREDİTASYON DERNEĞİ

22 ŞUBAT 2008 – CUMA

08:30 - 9:30 Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar- (İNGİLİZCE 1)

SALON I

SÖZLÜ SUNUM 1: [SAĞLIK KURULUŞLARININ AKREDİTASYONA HAZIRLIKLIL OLMAKLARINI BELİRLEMeye YÖNELİK](#)

POLİTİKA BELİRLEYİCİLER VE PROGRAM DEĞERLENDİRİCİLERİ İÇİN GELİŞTİRİLEN BİR

ARAC

KONUŞMACI 1 : **Nadwa RAFEH.**, Abt Associates, Amerika Birleşik Devletleri

SÖZLÜ SUNUM 2: [HASTALIĞA SPESİFİK KLİNİK ÜSTÜNLÜK SERTİFİKASYONUNA YOLCULUK](#)

KONUŞMACI 2 : **King Hussein Cancer Center**, ÜRDÜN

SÖZLÜ SUNUM 3: [HASTA GÜVENLİĞİNİN SÜRDÜRÜLMESİ VE İYİLEŞTİRİLMESİNDE PROAKTİF STRATEJİ \(KING HUSSEIN CANCER CENTER KHCC DENEYİMİ\)](#)

KONUŞMACI 3 : **Maram Karkatli – Nancy Atout**, ÜRDÜN

SÖZLÜ SUNUM 4: [İRAN İSLAM CUMHURİYETİNDE HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARI, BİR](#)

VAKA ÇALIŞMASI

KONUŞMACI 4 : **Dr. Mohammad Zayandeh**, MD, MPH, CHQ, İRAN

SÖZLÜ SUNUM 5: [MISIR'DA KAMU HASTANELERİNE BAŞVURULARIN UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ](#)

KONUŞMACI 5 : **Mahi Al-Tehewy, Ehab shehad, Maha Al Gaafary, Mostafa Al-Houssiny, Dena Nabih and Bassiouny salem**

** Healthcare Quality Unit, Ain Shams University* and General Directorate of Quality, MISIR

Salon II

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar- (TÜRKÇE 2)

SÖZLÜ SUNUM 1: HASTANEDE YATAN HASTALARIN DÜŞME BİLDİRİMİ İLE NEDENLERİNİN SAPTANMASI

KONUŞMACI 1 : **Selvinaz Utkutan**, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

SÖZLÜ SUNUM 2: ORGAN BAĞIŞINDA SAĞLIK PERSONELİNİN SORUMLULUĞU

KONUŞMACI 2 : **Leyla GÜNEY**, DENİZLİ SERVERGAZİ DEVLET HASTANESİ

SÖZLÜ SUNUM 3 : YATAĞA BAĞIMLI OLAN YAŞLI, ÖZÜRLÜ VEYA KRONİK HASTALARA HASTANE HİZMETİNİN EVDE

SUNULMASI

KONUŞMACI 3 : **Yusuf POLAT**, Denizli Devlet Hastanesi

SÖZLÜ SUNUM 4: KENT HASTANESİ OLAY BİLDİRİM SÜRECİ

KONUŞMACI 4 : **Elif OKŞAN**, Kalite Yetkilisi – KENT HASTANESİ

SÖZLÜ SUNUM 5: CERRAHİDE OLUŞABİLECEK BEKLENMEDİK OLAYLAR (SENTİNEL EVENT)

KONUŞMACI 5 : **Op.Dr.S. Cüneyt AYDEMİR**, Medicana Hospitals Çamlıca

SALON III

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar- (TÜRKÇE 3)

SÖZLÜ SUNUM 1: OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA HASTANE İÇİ ORGANİZASYON AKIŞ ALGORİTMASI

KONUŞMACI 1 : **Özgür Taşkın**, Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi

SÖZLÜ SUNUM 2: HİZMETE ERİŞİM VE ÖNCELİKLİ HASTA GRUBU

KONUŞMACI 2 : **Op.Dr.Osman ACAR - Başhekim**, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi

SÖZLÜ SUNUM 3: DENİZLİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ SAĞLIKTA BAŞARILI EKİP ÖDÜLÜ (SBEÖ) DENİZLİ

KONUŞMACI 3 : **Okan İLHAN , Özlem DOĞAN, Özlem YILMAZ, Mustafa NALBANT**

SÖZLÜ SUNUM 4: AMELİYAT ÖNCESİ SARF MALZEME HAZIRLIKLARININ PAKET OLARAK DÜZENLENMESİ VE OTOMATİZE İSTEM SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİNİNDEĞERLENDİRİLMESİ

KONUŞMACI 4 : **Zerrin Kaya**, ACB Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi

SÖZLÜ SUNUM 5: ÖZÜRLÜLER VE HEYET RAPORU ALACAK HASTALAR İÇİN SÜRECİN HIZLANDIRILMASI VE İYİLEŞTİRİLMESİ

KONUŞMACI 5 : **Kenan YILDIRIM**, Denizli Devlet Hastanesi

SALON IV

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar- (TÜRKÇE 4)

SÖZLÜ SUNUM 1: YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÖRNEK KALİTE İYİLEŞTİRME MODELİ: ACİL TEST RAPORLAMA

SÜRELERİ VE HASTA GÜVENLİĞİ

KONUŞMACI 1 : **Emine KURT, Nilgün MUTLU** , YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

SÖZLÜ SUNUM 2: MEDİKAL KALİBRASYON ÖLÇÜMLERİNDE ANESTEZİ VAPORIZATÖRLERİNİN KONTROLÜ

KONUŞMACI 2 : **MANA SEZDİ**, İstanbul Üniversitesi

SÖZLÜ SUNUM 3: SÜREÇLERİN İYİLEŞTİRİLMESİNDE ENDİKATÖRLERİN ETKİSİ

KONUŞMACI 3 : **Ayfer BAHTİYAR**, İKM Kalite ve Eğitimden Sor. Mdr. Yrd. /BAYINDIR HASTANESİ

SÖZLÜ SUNUM 4: TEKNOLOJİK DEĞİŞİM VE ÇALIŞANLARIN MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

KONUŞMACI 4 : **Atilla KARAHAN**, AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ AHMET NECDET SEZER UYGULAMA VE ARAŞT.HAST

SÖZLÜ SUNUM 5: HASTANE HİZMETLERİNDE MEMNUNİYET ÖLÇÜLMESİ

KONUŞMACI 5 : **Okan İLHAN, Gürbüz AKÇAY**, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi

SALON V

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar- (TÜRKÇE 5)

SÖZLÜ SUNUM 1: İLAÇ GÜVENLİLİĞİ FAALİYETLERİ KONUSUNDA EĞİTİM HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN

TECRÜBELERİNİN ARAŞTIRILMASI

KONUŞMACI 1 : **Prof.Dr.Semra ŞARDAŞ**, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Ana Bilim Dalı

A. AKICI T. APAYDIN , F. EREN , T. IŞIK , T. UNKUN , Ş. ŞARDAŞ ., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültes ¹Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Ab.D

SÖZLÜ SUNUM 2: İLAÇ HATALARI VE HATALARIN RAPORLANMASINA YÖNELİKHEMŞİRELERİN ALIŞKANLIK VE DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ

KONUŞMACI 2 : **Özlem Oğuz**, Amerikan Hastanesi / Sürekli Kalite Geliştirme Bölümü

SÖZLÜ SUNUM 3: İLAÇ YÖNETİM SİSTEMİ İYİLEŞTİRME PROJESİ

KONUŞMACI 3 : **Doç. Dr. Sinan ÇAVUN** , Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Bursa

SÖZLÜ SUNUM 4: ACİL SERVİS ÜNİTELERİNDE OLUŞABİLECEK BEKLENMEDİK OLAYLAR (SENTİNEL EVENT) VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

KONUŞMACI 4 : **Uzm. Hem. Gülden ÖZYAMANER**, Kalite Yönetim Hemşiresi / Medicana Hospitals Çamlıca

SÖZLÜ SUNUM 5: AKUT ST YÜKSELMELİ MİYOKARD İNFARKTÜS FİBRİNOLİTİK TEDAVİSİNDE KAPI-İĞNE SÜRESİ

KONUŞMACI 5 : **Mustafa OLCEK** , Denizli Servergazi Devlet Hastanesi

23 ŞUBAT CUMARTESİ

08:30-9:30 **Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar**

SALON I **Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar- (İNGİLİZCE -2-)**

SÖZLÜ SUNUM 1: ÜRDÜN ÖZEL HEKİMLER İÇİN KALİTE İYİLEŞTİRME VE SERTİFİKASYON PROGRAMI

KONUŞMACI 1 : **Dr. Nagham Abu Shaqra ,ÜRDÜN** Kadın Sağlığı Projesi

SÖZLÜ SUNUM 2: YETERLİLİK BAZLI PERFORMENS İYİLEŞTİRME DEĞİŞİM İÇİN BİR STRETEJİ

KONUŞMACI 2 : **Rabab Mohammed Diab (RN. MSN), ÜRDÜN** Hemşirelik Hizm. Danışmanlık Bölümü;Sağlık Bakım Yönetimi Consulting Hizm.

SÖZLÜ SUNUM 3: GELİŞMEKTE OLAN BİR ÜLKEDE HASTANE ENFEKSİYON KONTROL PROGRAMI DEĞERLENDİRMESİNDE KALİTE GÖSTERGELERİ

KONUŞMACI 3 : **Mahi Al-Tehewy, Nashwa Mosafa, Aisha aboulfotoh, and Eman Bakr, MISIR**

SÖZLÜ SUNUM 4: TUNUS MONASTIR ÜNİVERSİTE HASTANESİ'NDE YAN ETKİ HIZI

KONUŞMACI 4 : **Mondher LETAIEF1,Sana ELMHAMDI1, Mohamed CHAKROUN2, Adel Ben MAHMOUD3, Nouredine BOUZOUAIA, MISIR**

SÖZLÜ SUNUM 5: JORDAN HEALTHCARE ACCREDITATION PROJECT (JHAP)

KONUŞMACI 5 : **Bushra, I. AL-Ayed RN, M.Sc, PHD** student at University of Jordan / Faculty of Nursing

SALON II **Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (TURKÇE 6)**

SÖZLÜ SUNUM 1: YOĞUN VE ETKİN ENFEKSİYON KONTROL PROGRAMI: MEDICANA DENEYİMLERİ

KONUŞMACI 1: **Fulya ERTEM, Dr. Mesut YILMAZ, MEDICANA HOSPITALS- ÇAMLICA**

SÖZLÜ SUNUM 2: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE KALİTE İYİLEŞTİRME VE AKREDİTASYON KÜLTÜRÜNÜN YARATILIŞI -UÜ-SK DENEYİMİ

KONUŞMACI 2 : **Doç. Dr. M. Ayberk KURT** – Başhekim Yardımcısı & Kalite Koordinatörü - Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları

SÖZLÜ SUNUM 3: ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARI TEDAVİ MERKEZİNDE (AMATEM) ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN ARTTIRILMASI

KONUŞMACI 3 : **Uz.Dr.Nalan GÖKALP**, Denizli Devlet Hastanesi

SÖZLÜ SUNUM 4: KAN BANKACILIĞINDA BİR KALİTE ÖLÇÜTÜ: DONÖR MEMNUNİYETİ

KONUŞMACI 4 : **Mustafa ALTINDİŞ,**Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakóltesi

SÖZLÜ SUNUM 5: KENT HASTANESİ, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL 2007 ULUSLAR ARASI HASTA GÜVENLİK HEDEFLERİ UYGULAMALARI

KONUŞMACI 5 : **Ayşegül TEKİN**, İZMİR KENT HASTANESİ

SÖZLÜ SUNUM 6: TIBBİ CİHAZ ÜRETİCİLERİNDE KALİTEYE GEÇİŞ VE CE MARKALAMASI

KONUŞMACI 6 : **Ismail Salkım**, Svnma Teknolojileri Mühendislik A.Ő.

SALON III **Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (TURKÇE 7)**

SÖZLÜ SUNUM 1: İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI

KONUŞMACI 1 : **Uzman Dr. Mehmet BÖNCÜ**, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerrahisi Eğitim ve Araőtirma Hast.

SÖZLÜ SUNUM 2: UYGUN OLMAYAN TIBBİ ÜRÜN VE HİZMETLERİN İZLENMESİ İLE ELDE EDİLEN VERİLERİN HASTA GÜVENLİĞİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

KONUŞMACI 2 : **Uzm. Dr. Zekeriya GÜMÜŞ** / Kalite Yönetim Temsilcisi /ORDU DEVLET HASTANESİ

SÖZLÜ SUNUM 3: HASTA GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMADA ÇALIŞAN PERSONELE YÖNELİK HİZMET İÇİ EĞİTİM UYGULAMALARI; BAYINDIR HASTANELERİ ÖRNEĞİ

KONUŞMACI 3 : **Elvan ERKAN, Sadife SANCAR, Ayfer BAHTİYAR**, Bayındır Hastaneleri,Ankara

SÖZLÜ SUNUM 4: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ YARATMAK: AKREDİTE OLMUŞ BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE

KONUŞMACI 4 : **Bilçin Tak, Alis Özçakır**, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

SÖZLÜ SUNUM 5: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ve ENFEKSİYONLARA MARUZİYET

KONUŞMACI 5 : **Selma ALTINDIŞ**, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi

SALON IV

Eş Zamanlı Sözlü Sunumlar (TURKÇE 8)

SÖZLÜ SUNUM 1: HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA UYGUNSUZLUKLARIN SAPTANMASI

KONUŞMACI 1 : **Özgül Vatansver**, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

SÖZLÜ SUNUM 2: HASTA HAKLARI ANALİZİ

KONUŞMACI 2 : **Mustafa Küçükilhan** AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ AHMET NECDET SEZER UYGULAMA VE ARAŞT.HAST

SÖZLÜ SUNUM 3: SAĞLIK BAKANLIĞI ATAMALARI NEDENİYLE GELİŞEN HEMŞİRE İSTİFALARININ HEMŞİRELİK HİZMETLERİNE ETKİSİ

KONUŞMACI 3 : **Cahide Çevik**, AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ AHMET NECDET SEZER UYGULAMA VE ARAŞT.HAST

SÖZLÜ SUNUM 4: SAĞLIK PERSONELİNDE HASTA ODAKLI TUTUM VE DAVRANIŞ GELİŞTİRME:AKREDİTE BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN DENEYİMİ

KONUŞMACI 4 : **Doç. Dr. Bilçin Tak** , Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

SÖZLÜ SUNUM 5: ÖZEL TAM-MED HASTANESİ ACİL KALİTE ÇEMBERİ ÇALIŞMASI SONUÇLARI

KONUŞMACI 5 : **Ümit Şahin**, Gaziantep Özel TAM-MED Hastanesi

SÖZLÜ SUNUM 6: KIRIKKALE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ

KONUŞMACI 6 : **Dr.Mehmet Ali UĞURLU**, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı

FİRMA SUNUMLARI

SUNUM 1 : SAĞLIKTA BELGELENDİRME VE AKREDİTASYON ÜZÜMCÜ A.S. 'DE YÜRÜTÜLEN KALİTE VE KALİBRASYON UYGULAMALARI

KONUŞMACI : **Fatih ŞAHİN**, Arge Müh. ve Laboratuar Sorumlusu, **ÜZÜMCÜ Tıbbi Cihaz ve Medikal Gaz Sis.A.Ş.**

SUNUM 2 : SAĞLIK ENFORMATİĞİ'NDE SON GELİŞMELER

KONUŞMACI : **Gürdal ŞAHİN**, Siemens Tıp Çözümleri, **SIEMENS Medical Solutions-Turkey**

SUNUM 3 : SGD – "ECZANE YILDIZI" ÇEK-UP MODELİ

KONUŞMACI : **Dr.Leyla ÜSTEL**, Yönetici Ortak, **SÜREKLİ GELİŞİM DESTEKLERİ SGD Eğitim Araşt.Dan.Yay.Hiz. Ltd. Şti.**

SUNUM 4 : UYGULANABİLİR KALİTE VE AKREDİTASYON ÇALIŞMALARI

KONUŞMACI : **Şavaş DOĞRU**, (Kurucu),**M.I.S DANIŞMANLIK LTD. ŞTİ.**

KONFERANSLAR

**Prof. Dr. A.F
AL-ASSAF**



Dr. A.F. Al-Assaf

• **Prof. Dr. A. F. Al-ASSAF**

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

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

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

• **Prof. Dr. Seval Akgün**

**Prof. Dr. H. Seval
AKGÜN**



Halk Sağlığı Uzmanı Olan Dr. Seval Akgün, alanında eğitimci/öğretim üyesi olarak görev yapmakta aynı zamanda Sağlık Hizmetlerinde Kalite alanında uzun yıllardır teorisyen ve uygulayıcı olarak çalışmaktadır. Prof. Akgün'ün yürüttüğü uluslararası işbirliği ve teknik destek çalışmaları, Sağlıkta Kalite ve Halk Sağlığı alanlarında bütüncül yaklaşımını yansıtmakta olup halk sağlığı ve sağlıkta kalite alanlarında pek çok genç araştırmacıyı eğitmiş, motive etmiş ve desteklemiştir. Halen Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı, Oklahoma Üniversitesi Sağlık Bilimleri Merkezi'nde öğretim üyesi ve Başkent Üniversitesine bağlı tüm sağlık kuruluşları ve eğitim kurulları Kalite Koordinatörü olarak görev yapmaktadır. Bu görev kapsamında Dr. Akgün, Başkent Üniversitesine bağlı kuruluşlara (14 kuruluş) kalite sistemleri kurmakta ekibiyle birlikte bu sistemleri izleyip denetlemektedir. 15-yıla yakın süredir hastane ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde SKİ konusunda ulusal ve uluslar arası projelerde görev alan Dr. Akgün'ün uluslararası ve ulusal düzeyde özellikle "Sağlık Hizmetlerinde ve Eğitim'de Sürekli Kalite İyileştirme" konularında 200'den fazla yayını bulunmaktadır. Tıbbi Hizmetlerde Sürekli Kalite İyileştirme, Akreditasyon, Hasta Güvenliği ve Toplam Kalite Yönetiminin değişik konularında ulusal ve uluslararası düzeyde konferans ve / veya ders vermek üzere davetli konuşmacı olarak katılan Akgün ayrıca Avrupa Birliği, Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF ve Dünya Bankası destekli bir çok projede proje yöneticisi ve/veya danışman olarak görev yapmaktadır

Prof. Dr. Seval Akgün, Öğrenci ve Profesyonellere yönelik Sürekli Kalite İyileştirme Prensipte-Model ve Teknikleri, Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon, Halk Sağlığı, Epidemiyoloji, Araştırma Yöntemleri, Biyoistatistik ve Toplum Beslenmesi konularında eğitim ve değerlendirmenin yanında şu deneyimlere de sahiptir:

- Niceliksel araştırma dizaynı, uygulama ve analiz
- Hastalık yükü metodolojisi
- AB proje izlemi
- İhtiyaç değerlendirme çalışmaları(özel gruplarda sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmet talebi vb)
- Sağlık kuruluşu denetim sertifikası
- Toplam kalite yönetimi konularında eğitici: ISO 9001 2000 versiyonu gibi SKİ modellerinin yerleştirilmesi; EFQM modülü ve JCI akreditasyon standartları
- Uzman; ISO 14001 Çevre yönetim sistemi; HACCP, ISO 22000 Gıda güvenliği yönetimi sistemi, OHSAS 18001 İş sağlığı ve güvenliği
- Akreditasyon sistemi değerlendirmeleri
- Hasta ve çalışan güvenliği, hizmet ve kullanım kalite surveyleri metodolojisi, sağlık personeli için problem çözme teknikleri
- İzleme ve değerlendirme uzmanı. Yürütmekte olan sağlık projeleri ve eğitim programlarında katılımcı değerlendirme

• **Prof. Dr. Allen MEADORS**

**Prof. Dr. Allen
MEADORS**



Dr. Allen C. Meadors Pembroke'daki Kuzey Karolina Üniversitesi'nin dördüncü rektörüdür.

Sekiz yıllık görevinde, UNC Pembroke 1996'dan bu yana yüzde 96'lık bir hızla en hızlı gelişen üniversitelerden biri olmuştur. Prof. Meadors döneminde kampüs yeniden yapılanma ve yenilenmeden ayrıca kampus güzelleştirme projelerinden geçmiştir. Üniversitenin yapısal anlamda büyümesi ekonomik açıdan kazanımlarında beraberinde getirmiş ve ekonomik etkisi bölgeye her yıl 107 milyon dolar katma değer yaratmıştır.

UNC Pembroke Güney'deki en çeşitli üniversitelerden biridir, ve öğrencileri 33 eyaleti ve 23 ülkeyi temsil eder. Rektör Meadors da 90 üyeyi aşan the Esther G. Maynor Honor's Koleji'ni kurarak üniversitede bilginliği geliştirmiştir. Üniversitenin Öğretim Üyeleri programı rekor sayıda bir öğrenci kitlesini kendine çekmiş, Amerika Halk Eğitim Departmanı üniversiteyi üç kere ardına örnekte göstermiştir. UNC Pembroke üniversitesinin dinamik çevresinin etkisi kendini kampüs sınırlarının dışında da hissettirmiştir. Bölgedeki özerk kampüslerdeki 2300'ü aşan öğrenciyi ulaştırarak, Üniversite'nin online dersleri 7000'i aşkın öğrenci tarafından alınmıştır.

Rektör Meadors UNC Pembroke'a Penn State Altoona'dan gelmiştir ki burada da kendisi dekan ve şef yönetici olarak hizmet vermiştir. Yerli kansastır ve sağlık yönetiminde ve eğitiminde etkin bir tecrübeye sahiptir.

Rektör Meadors İş Yönetimi üzerine lisansını Kansas Central Üniversitesi'nde yapmıştır. MBA' dahil 4 tane yüksek lisans yapmıştır ve eğitimde ve yönetimde prof ünvanını Güney Illinois Üniversitesi'nden almıştır. Son akademik çalışmasında Kaliforniya'daki Saddleback Koleji'nden bilgisayar bilimi üzerine öğretim üyesi derecesi almıştır. Amerika Sağlık Yönetimi Koleji'nde de öğretim üyeliği sertifikası vardır.

Eşide doctor olan Rektör Meadors'un iki oğlu vardır: Tyson US Navel Akademisi'nde öğrenci, Jarrett Elon Üniversitesi'nden mezundur.

➢ **Dr. David Jaimovich**

Birleşik Komisyon Kaynakları ve Uluslar arası Birleşik Komisyon Medikal Müdürü

Mexico Autonoma de Guadajajara Üniversitesi tıp Fakültesinden mezun olmuş ve Chicago'da Pediatri alanında uzmanlık eğitimi almış, pediatrik yoğun bakım konusunda ihtisaslaşmıştır.

Dr. David Jaimovich, 20 yıldan uzun süredir sağlık alanında bu pozisyonda, birleşik komisyon kaynaklarında proje yönetmektedir. Ayrıca kalite ve performans iyileştirme programlarının ve hasta güvenliği inisiyatiflerinin geliştirilmesini izlemektedir. Yabancı ülke sağlık kuruluşları ve uluslar arası partnerlerle yakın çalışmaktadır.

Dr. Jaimovich, Illinois üniversitesi Klinik Pediatri doçentidir. İspanya Santiago de Compostela üniversitesinde de fahri profesör olup 1999 yılında aynı üniversitede tıp alanında klinik üstünlük altın madalyasını almıştır. 2001-2004 yıllarında Chicago ve 2005 yılında Amerika "top doctors" ödüllerini almıştır.

Dr. David JAIMOVICH



Dr. Tawfik KHOJA

• **Dr. Tawfik A. Khoja**

FRCGP, Genel Direktör, Körfez Ülkeleri ve Suudi Arabistan Amerika İşbirliği Konseyi Sağlık Bakanlığı Kurulu

**Prof. Dr. Niek
KLAZINGA**

• **Prof. Dr. Niek Klazinga, MD, PhD**

**Amsterdam üniversitesi, Sosyal Tıp öğretim üyesi
Sağlık Bakım Kalitesi Endikatörleri Projesi, OECD, Paris**

Niek Klazinga 1999 yılından bu yana Amsterdam Üniversitesinde Sosyal Tıp Bölümünde öğretim üyesidir. 2006 yılından beri de OECD Sağlık Bakım Kalitesi Endikatörleri Projesi koordinatörlüğünü yapmaktadır. 20 yılı aşkın süredir sağlık hizmetleri araştırmacı olarak, sağlık hizmetlerinde kalite konusunda çalışmış ve bu konuda pek çok yayın yapmıştır. Hollanda Halk Sağlığı Federasyonu Başkanlığı, Hollanda Sosyal Tıp Birliği Başkanlığı yapmakta ve Budapeşte Corvinus üniversitesinde konuk öğretim üyeliği yapmaktadır.

**Prof.Dr. Martin
RUSNAK**



• **Professor Martin Rusnak, MD, PhD**

Halk Sağlığı Profesörü olan Martin Rusnak, 1999'dan beri Viyana'da bulunan Uluslararası Nörotravma Araştırma Derneği Mütevelli Heyeti başkanlığını sürdürmektedir. Slovak Cumhuriyeti Trnava Üniversitesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Okulu, Halk Sağlığı bölüm başkanıdır. Deneyim sahibi olduğu bazı alanlar şunlardır:

- ulusal ve uluslar arası alanda beyin travmalarında, travma sistemleri hizmet kalitesi ve kanıta dayalı yaklaşımlar
- Özellikle halk sağlığı, azınlık grupların sağlığı, poliklinik ve yataklı servis hizmetlerinde kanıta dayalı tıp temelinde hizmet sunumunda kalite iyileştirmesi konularında sağlık politikası oluşturulması, izlem ve değerlendirme, uygulama, kalite güvencesi
- Hastane, yerel ve ulusal sağlık enformasyon sistemleri, internet sistemleri ve web sayfası oluşturulması
- Kanıta dayalı tıp uygulamaları, klinik rehber ve protokollerin geliştirmesi, çıktılarının değerlendirilmesi ve sürekli kalite yönetimi

**Prof.Dr. Viera
RUSNAKOVA**



• **Professor Viera Rusnakova, MD, PhD**

Halk Sağlığı Profesörü olan Viera Rusnakova, Slovakya Bratislava'da Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim bölüm başkanı olarak görev yapmaktadır. Slovakya Trnava Üniversitesi Halk Sağlığı bölümünde Halk Sağlığı doçenti ve sağlık Yönetimi fakültesi yönetim kurulu başkanıdır.

1980lerin başından bu yana klinikte IT (bilgi teknolojileri) uygulamaları ve medikal informatik (veri toplanması, analizi, sağlık enformasyon sistemlerinde trendler) konularında aktif kullanıcı ve program geliştirici olarak çalışmaktadır.

• **Dr. Sabina AKHMADOVA, MD**

Azerbaycan Cumhuriyetinde Sağlıkta Reform Programı Çerçevesinde Sürekli Kalite İyileştirme Faaliyetleri Ülke Kalite Koordinatörü, Azerbaycan Sağlık Reformları Bölümü, Dünya Bankası, Azerbaycan,

Dr. Sabina Akhmadova

Sabina Akhmodova çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanıdır. Bakude çeşitli hastanelerde uzun yıllar hekim ve yönetici olarak görev yapmıştır.

Yönetici olarak görev yaptığı Klinikada Azerbaycan'da ilk kez kalite sistemi kurmuş, izlemiş ve yönetmiştir. Dr. Akhmodova 2007 yılında Azerbaycan Cumhuriyeti Sağlık Reform programı çerçevesinde yer alan 7 komponentten birisi olan Kalite Yönetimi, akreditasyon ve sertifikasyon programının ülke genelinde kurulması ve yürütülmesinden sorumlu olarak Dünya Bankası tarafından seçilmiştir. Halen Azerbaycanda seçilmiş 5 Rayon hastanelerinde kalite iyileştirme programının kurulması, akreditasyon ve lisansifikasyon programının oluşturulması için çalışmaktadır.

**Prof. Dr. Elena
Polubentseva MD, PhD**



• **Prof. Dr. Elena Polubentseva**

Elena Polubentseva Moskova Devlet Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde öğretim üyesidir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri kalite yönetimi danışmanı da yapmaktadır. Hastane yöneticilerine Sağlıkta kalite yönetimi eğitimleri vermektedir. Pirogrov Tıp Fakültesini bitirmiş, iç hastalıkları uzmanı olduktan sonra romatoloji master derecesi ve kardioloji doktorasını tamamlamıştır. Klinik rehberler ve tıpta kalite, sağlıkta kalite yönetimi konularında 6 kitap yayınlamıştır.

***PARALEL OTURUMLAR – ÖZGEÇMİŞLER**

Dr. Hasan GÜLER



• **Dr. Hasan GÜLER**

1976 yılında Diyarbakır'da doğdu. 2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 2001-2003 tarihleri arasında pratisyen hekim, 2003-2005 tarihleri arasında Van Yüksek İhtisas Hastanesinde baştabip yardımcısı olarak çalıştı. 2005 tarihinden sonra Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Bakanlığın performans yönetim sisteminin geliştirilmesi ile sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan diğer çalışmalarda görev aldı. Son olarak Bakanlığın Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesine başkan olarak görevlendirildi.

Dr. Mehmet DEMİR



• **Dr. Mehmet DEMİR**

1966 yılında Eskişehir'de doğdu. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 1992-2003 tarihleri arasında pratisyen hekim ve çeşitli kademelerde yönetici olarak çalıştı. 1998-2003 tarihleri arasında Kütahya tabip odası yönetiminde yer aldı. 2003 tarihinden sonra Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında çalıştı. Bakanlığın performans yönetim sisteminin kurulması ve geliştirilmesi ile sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan diğer çalışmalarda görev aldı. Son olarak Kütahya yoncalı hidroterapi ve fizik tedavi hastanesi baştabipliğini yürütmekte iken Bakan Müşavirliğine görevlendirildi. Sağlıkta performans yönetimi konusunda kitap ve genel sağlık politikaları hakkında yazılı basında çok sayıda köşe yazıları bulunmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.

Prof.Dr.Güler CİMETE



• **Prof.Dr.Güler CİMETE**

Lisans, Yüksek Lisans, Doktora eğitimini Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında yapmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda Araştırma Görevlisi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO'da Öğretim Görevlisi, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda Öğretim Üyesi olarak görev yapmıştır/yapmaktadır. 2005 yılından beri Evde Bakım Derneği başkanıdır.

**Prof.Dr.Seçil
AKSAYAN**



• **Prof.Dr.Seçil AKSAYAN**

Lisans, Yüksek Lisans, Doktora eğitimini Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programında yapmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulunda Araştırma Görevlisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Öğretim Görevlisi, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda Öğretim Üyesi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Üyesi olarak görev yapmıştır. 2005 yılından beri V.K.V. Amerikan Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürüdür.



• **Margaret S. Ball,**

Uluslararası bir eğitim danışmanlık firması olan Health Links International'ın (www.healthlinksintl.com), başkanıdır. Firma pek çok hastane ve dış kuruluşlarda sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi projesine katılmıştır. Firma, hastane altyapısının güçlendirilmesi ve klinik sonuçların iyileştirilmesinde asıl anahtarın eğitim olduğu inancındadır

Margaret S.Ball

• **Dr.S.Haluk Özsanı**

**Uzm.Dr.Haluk
ÖZSARI**

Tıp Doktoru olan Dr.Özsanı; Hacettepe Üniversitesi'nde, Sağlık Yönetimi alanında Mastır ve Doktora yapmıştır. Uzmanlık alanı sağlık politikaları ve yönetimi, sağlık finansmanı ve sağlık sigortacılığı ile sağlık reformları olan Dr.Özsanı, Sağlık Bakanlığı'nda çalıştığı dönemde; il sağlık müdürü, Bakanlığın yürütmekte olduğu Dünya Bankası kredili sağlık projelerinde Koordinatör Yardımcısı ve Genel Koordinatör, Bakan Müşaviri ve Müsteşar Yardımcısı görevlerinde bulunmuştur. Türkiye Sağlık Reformları sürecinde; değişik hükümetler ve yasama



dönemlerinde hazırlanan reform kanun tasarı taslaklarının teknik çalışmalarında yer almış, DPT'nin Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması'nda, VII.-VIII. Ve IX. Beş Yıllık Kalkınma Planları Sağlık Alt Komisyonu ile Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nca hazırlanan "Ülkemizin Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri" konulu Rapor'da Sağlık Bakanlığını temsil etmiştir. Özel sektörde; sağlık yönetimi ve sağlık sigortacılığı alanlarında çeşitli şirketlerde üst düzey danışman olarak görev yapan Özseri, halen sağlık alanında faaliyet gösteren TUSİAD, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği gibi birçok sivil toplum kuruluşu çalışma gruplarında üst düzey danışmanlık yapmaktadır. Johns Hopkins Üniversitesi Bloomberg Halk Sağlığı Okulu'nun yerel danışmanı olarak TUSİAD Türkiye Sağlık Reformu Modeli Projesi'nde çalışmıştır.

Prof. Dr. Haydar SUR



• **Prof. Dr. Haydar SUR**

1961 yılında Konya'da doğmuş, 1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. İlk görev yeri olan Muş'ta çalıştıktan sonra 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989'dan 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirilmiştir. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatör Yardımcılığı görevinden dolayı 2 yıl ara vererek İstanbul Sağlık Müdür Yardımcılığı görevini sürdürmüştür. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi alan Sn. Sur, 1996'da Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü'ne Yardımcı Doçent olarak atanmış ve 1998'de Halk Sağlığı Doçentliği ve 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörlüğü derecelerini almıştır. Haydar Sur, halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak çalışmaktadır. Özellikle Sağlık Politikaları ve Sistemleri, Sağlık Hizmetleri'nde Yönetim, Hastane İşletmeciliği ile Epidemiyoloji ve Biyoistatistik alanlarında çalışmalarını sürdürmektedir. Günümüze kadar Marmara, İstanbul, Yeditepe, Maltepe ve Beykent Üniversitelerinde toplam 19 ders başlığında lisans, yüksek lisans ve doktora dersleri vermiştir. 24 uluslararası ve yaklaşık 200 ulusal yayını bulunan Sn Haydar Sur, ayrıca 11 kitapta editör ve/veya bölüm yazarı olarak yer almıştır.

Prof. Dr. Osman HAYRAN



• **Prof. Dr. Osman Hayran**
Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Dekan

Osman Hayran, İzmir Maarif Koleji ve Ankara Fen Lisesini takiben girdiği Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitenin Toplum Hekimliği Enstitüsünde Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında 1988 yılında Halk Sağlığı Doçenti, 1994 yılında da Profesör oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları proje ofisinin direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında atandığı Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi dekanlığı görevini 2006 yılına kadar yürüttü. Çalışmalarını ağırlıklı olarak Sağlık Yönetimi ve Sosyal Tıp alanlarında araştırmacı olarak yoğunlaştıran Prof. Dr. Osman Hayran'ın ulusal ve uluslar arası çeşitli bilimsel dergilerde yayınlanmış 144 makalesi, kongrelerde sunulmuş 129 bildirisi, 10 kitapta editörlük ve/ya bölüm yazarlığı, 16 adet doktora ve yüksek lisans tezi yöneticiliği ile çok sayıda ulusal ve uluslar arası proje görevi bulunmaktadır.

Prof. Dr. Fikriye URAS



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

Tıpta uzmanlık ve biyokimya doktora derecelerine sahip olan Prof. Dr. Fikriye Uras 1982-1996 yıllarında Haseki (Eğitim ve Araştırma) Hastanesinde çok sayıda tıpta uzmanlık öğrencisini eğiterek biyokimya uzmanı yetiştirmiş ve hastanenin Biyokimya Laboratuvarını yönetmiştir. 1996 yılında, bu hastanedeki Biyokimya ve Klinik Biyokimya Şefliği görevinden ayrılarak, Türkiye'de ilk defa eczacılık fakültelerinde klinik biyokimya dersleri vermek üzere, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalına geçmiştir. Bu görevine ek olarak 1996 yılından beri International Hospital Laboratuvarında önceleri danışmanlık ve sonra yöneticilik yapmakta olup, hastanenin Etik Kurul üyesidir. Bazı tıp dergilerinde hakemlik görevini sürdürmekte olan Fikriye Uras'ın akademik araştırma alanı K vitaminine bağımlı proteinlerdir. Diğer bir ilgi alanı ise, tıbbi laboratuvarların standardizasyonu, akreditasyonu ve kalite yönetimidir. Tromboz Hemostaz ve Anjiyoloji Derneğinin ve Klinik Biyokimya Uzmanları Derneğinin kurucu üyesidir.

Doç. Dr. Mustafa ALTINDİS



• **Doç Dr Mustafa Altındis**

1966 yılında Konya'da doğdu. İlk ve orta öğretimini aynı ilde tamamladıktan sonra, 1983 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi başladı ve 1989 yılında mezun olarak mecburi hizmet için Kahramanmaraş/Göksun Devlet Hastanesinde görev aldı. 1991-1995 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji AD'nda uzmanlık eğitimini tamamladı. Daha sonra uzman kadrosu ile SÜ Tıp Fakültesi'nde başhekimlik kadrosuna atandı. 1996-1999 tarihlerinde aynı hastanede başhekim yardımcılığı görevi yaptı. Bu dönemde kalite çalışmalarında katkı verdi. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji AD'na kurucu öğretim üyesi olarak atandı. Aynı dönemde Sağlık Yüksek Okulu müdürlüğü yaptı. 1996-2002 yıllarında viroloji doktorası yaptı. 2005 yılında Doçent oldu. 1999'dan beri hastanenin kan bankası kurucu sorumlu müdürlüğünü yapmaktadır. Erasmus kapsamında Macaristan'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Halen 30 kadar yabancı, 70 kadar yerli makale ile 100'den fazla bildirisi bulunmaktadır. Evli ve bir çocuk babası olan Altındis, İngilizce bilmektedir.

Prof. Dr. Dilek Çolak

• **Prof. Dr. Dilek Çolak.**

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Merkez Laboratuvarı Sorumlusu,

Dr. Serap ARIKAN

• **Serap Arıkan**

1965 yılında doğdu. 1988 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988-1990 yılları arasında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumunda zorunlu hizmetini tamamlayarak 1996 yılına kadar ilgili bakanlığın değişik sağlık kurumlarında pratisyen hekim olarak çalıştı. Biyokimya Uzmanlığı eğitimini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2000 yılından itibaren öğretim görevlisi olarak Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde laboratuvar sorumluluğunu yürütmektedir. Akademik çalışmaları yanı sıra 2000 yılından beri ISO:9001 Kalite Yönetim Sistemi uygulamalarında değişik seviyelerde görev almaktadır. 2007 yılında Kalite Yönetim Sistemleri TSE-EOQ Kalite Tetkik Görevlisi belgesi almaya hak kazandı. Ayrıca kalite uzmanı olarak TSE ile gönüllü şekilde çalışmaktadır. Evli ve üç çocuk annesidir.

Dr. Jarmila PETERČIKOVA

• **JARMILA Pekarcikova**
Trnava Üniversitesi , Sağlık ve sosyal Hizmetler Fakültesi
Halk Sağlığı AD

Kanser, çevresel ve klinik epidemiyoloji, çevre sağlığı ve sağlık etki değerlendirmesi konularında uzmanlaşmış halk sağlığı uzmanıdır. Uluslar arası projelerde deneyime sahiptir: yeni üye Avrupa birliği ülkeleri ve üye olmaya aday ülkelerde sağlık etki değerlendirmesi ve sağlık etki değerlendirmesi etkinliği, meme kanseri vaka çalışması, Amerika ve Dünya'da okul personeli tütün araştırması.

Olivera M. Cirkovich



• **Olivera M. Cirkovich**

Sırbistan , Cacak'da doğdum. 1998 Yılında Belgrad Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdim. 2006 yılında pediatri uzmanı oldum. Halen "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Antibiyotik Kullanımında Kalite" konulu master tezim üzerinde çalışıyorum (Case Western Üniversitesi, Cleveland, ABD). Birinci Basamakta Medikal Programlar Direktörü olarak görev yapmaktayım.

Prof. Dr. Erdal AKALIN



• **Prof. H. Erdal Akalın**

Prof. Dr. H. Erdal Akalın Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini Bitirmiş, Chicago Illinois Üniversitesinde Dahiliye ve Enfeksiyon, hastalıkları alanlarında eğitimini tamamlamıştır. 1981-83 yıllarında Berwyn, Illinois MacNeal Memorial Hastanesi Sürekli Tıp Eğitimi ve fakülte üyeliği görevlerini yürütmüştür. Daha sonra Türkiye'ye dönerek 1983-1994 yıllarında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2nde Enfeksiyon Hastalıkları anabilim dalını kurmuş ve bölüm başkanlığı yürütmüştür. 8 uluslar arası ve 5 ulusal bilimsel derneğin üyesidir. Bugüne kadar yayınlanmış 250nin üzerinde bilimsel makale ve 490ın üzerinde bildirisi bulunmaktadır. 50 kitap bölümü yazmış ve 8 kitabın editörlüğünü yapmıştır. Antibiyotik kullanımı, bakteriyel direnç, sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinde kalite ve hastalık yönetimi konuları araştırma ilgi alanlarıdır. Halen Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem sağlık grubu tıbbi ve akademik işler yönetici danışmanıdır. Disease Management

Doç. Dr. Fahrettin TATAR

• **Fahreddin TATAR, PhD**

Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde Yüksek öğrenimini tamamlamış ve yine aynı üniversitede sağlık Yönetimi masterini tamamlamıştır. 1993 yılında Nottingham Üniversitesi Sosyal Politika ve yönetim (sağlık politikası) doktorasını tamamlamıştır. 1995-1997 yıllarında Kırgızistan, Türkmenistan sağlık reform projelerinde ve Türkiye’de DSÖ Ankara Merkezinde Sağlık Politikaları alanında uzman ve yönetici olarak çalışmıştır. 1998-2002 yıllarında Uluslar arası Future Group ulusal üreme sağlığı hizmetleri finansal politikalarında ekonomik analist olarak görev yapmış, 2002 yılında Türkiye Pfizer’de sağlık politikası yönetici olarak çalışmaya başlamıştır.

Prof.Dr.Nazmi BİLİR

• **Prof. Dr.Nazmi BİLİR,**

Hacettepe Üniversitesi Tıp fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
• **Prof. Dr.Nazmi BİLİR,**
Hacettepe University, School of Medicine,
Department of Public Health, Ankara

Uzm. S. Kaya KARS



• **Uzm. S. Kaya KARS**
1968 yılında Ankara da doğdu. İlköğrenimini Ankara Bahçelievler İlkokulunda, ortaöğrenimini Ankara Cumhuriyet Lisesinde tamamladı. 1985 yılında Ankara Balgat Teknik ve Endüstri Meslek Lisesinden Elektrik Teknisyeni olarak mezun oldu. 1985 -1989 yıllarında özel sektörde bir akaryakıt firmasında, 1989-1992 yıllarında Otelcilik sektöründe görev yaptı. 1992 yılında Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümünden Lisans Diploması almaya hak kazandı. 1993 yılında Linguarama Collage Birmingham U.K. de İngilizce ve İş İdaresi kurslarından sertifika aldı. Aynı yıl Richmond Collage ve Brasshouse Birmingham U.K. İngilizce kurslarına devam etti. 1993 yılında Ankara Kalite Müdürlüğüne göreve başladı. 1994 yılında İstanbul Kalite Müdürlüğüne ardından Kalite Kampüsü Kalite Müdürlüğüne tayin oldu. 2001 yılında Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme anabilim dalı Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim dalı Yüksek Lisans programından mezun oldu. 2003 Yılında Antalya’ya tayin oldu, 2005 yılında Antalya Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü olan ve halen aynı görevi sürdüren S.Kaya Kars aynı zamanda Eğitimci, ISO 9001 ISO 14001 TS 18001 ISO 22000 Baş Tetkik Görevlisidir.

Uzm.Hem.Türkan DOĞAR



• **Uzm. Hemsire Türkan DOĞAR**

1994 Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Formasyon Setifikası, 1994 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu lisans bölümü, 2005 – 2007 Marmara Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisansı, nı tamamladıktan sonra;
- Ekim 1994 - 1998 International Hospital Hastanesinde Genel Yoğun Bakım-VIP Hemşiresi,Olarak çalıştı.
- Aralık 1999-2000 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cerrahi Servis Hemşiresi,Olarak çalıştı.
- Aralık 2000-2003 İstanbul Memorial hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğünde, Kurucu Süpervizör Hemşire olarak göreve başladı.
- Ağustos 2003-2004 arası İstanbul Memorial Hastanesi Kalite Yönetim Birimine bağlı, Bakım Kalitesini İyileştirme Yöneticisi olarak çalıştı.
- Haziran 2004 – 2007 Arası Johns Hopkins Anadolu Sağlık Merkezinde Yönetici Hemşire olarak çalıştı.
- Haziran 2007-Halen Çamlıca Alman Hastanesi Hasta İlişkileri Müdürü olarak çalışmaktadır.

Prof.DR.Semra SARDAS



• **Prof.Dr. Semra Şarđas**

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı Öğretim üyesi Prof. Dr. Semra Şarđas, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Birimi’nde 1982 yılında doktorasını tamamlamıştır. 1982-1986 yıllarında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi’nde Yardımcı Doçentlik, 1986 yılında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı’nda Doçentlik unvanını almıştır. 1987 yılında Londra Tıp Fakültesi ‘St. Mary’s Hospital Pharmacology-Toxicology’ Departmanında bir yıl TÜBİTAK Bursu ile, 1990-1992 yıllarında İngiltere Newcastle Upon Tyne Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Departmanında bir yıl boyunca British Council desteği ile ortak proje ve araştırmalar yapmıştır. Haziran 1993 itibarıyla Profesörlük kadrosuna atanmıştır. 1994-1997 yıllarında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekan Yardımcılığı, 2004-2006 yıllarında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı Başkanlığı görevini üstlenmiştir. Prof. Dr. Semra Şarđas Temmuz 2006’dan itibaren Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi olarak görev yapmaya başlamıştır. Prof. Dr. Semra Şarđas, Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü Merkezi Etik Kurul üyeliği ve Farmakovijilans bilimsel komisyonu başkanlığını ve Farmakovijilans Derneği İstanbul Şubesi Başkanlık görevini sürdürmektedir. Uluslararası yayınları, kitap bölümü ve 500 üzerinde sitasyonu mevcuttur. İlaç etkisinin genetik faktörler nedeniyle değişmesi (Farmakogenetik) ve Genotoksisite Prof. Dr. Semra Şarđas’ın öncelikli araştırma alanları arasındadır.

Doç.Dr.Ahmet AKICI



• **Doç. Dr. Ahmet AKICI**

1994 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun olduktan sonra, Afyon’da 2 yıl mecburi hizmetinin ardından, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı’nda tıpta uzmanlık eğitimine başladı. 2000 yılında farmakoloji uzmanı, 2005 yılında ise farmakoloji doçenti unvanını aldı. Halen aynı kürsüde öğretim üyeliği görevini sürdürmektedir. İngiltere, Surrey Üniversitesi’nde Farmakoepidemioloji- İlaç kullanımı” alanında çalışan Dr. Akıcı, 2002 yılından beri “İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu” üyesi görevini; 2005 yılından beri “S.B. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Farmakovijilans Danışma Komisyonu” üyesi görevini ve 2007 yılından beri “S.B. Ara Ürün Komisyonu” üyesi görevini sürdürmektedir. 2006 yılından beri Farmakovijilans Derneği İstanbul Şubesi Başkan Yardımcılığı ve Türk Farmakoloji Derneği Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu Yürütme Kurulu Üyeliği, 2007 yılından beri de bu grubun Elektronik Bülten Bilimsel Editörlüğü görevlerini sürdürmektedir. Dr. Akıcı’ nın, çoğunluğu muskarinik reseptörler, rasyonel farmakoterapi ve ilaç kullanımı, farmakovijilans konularında olmak üzere otuzun üzerinde orijinal araştırma makalesi ve onun üzerinde derleme makalesi ve bu araştırmalarından aldığı toplam 6 adet ödülü bulunmaktadır.

Prof.Dr.Osman SAKA



• **Prof. Dr. Osman SAKA**

Osman Saka 19.Ocak 1946 yılında Merzifon da doğdu. İlk, Orta , lise öğrenimini Merzifon’da tamamladı. 1969 da Hacettepe Üniversitesi Fen fakültesine girdi, 1974 yılında istatistik Yüksek Lisans diploması aldı. Aynı yıl Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü’ne İstatistik ve Bilgisayar konularında ders vermek için Öğretim Görevlisi olarak atandı. Bu dönemde Dünya Sağlık Örgütü Projelerinde Biyoistatistik ve Bilgisayar konularında uzman olarak görev aldı. Biyoistatistik dalında 1977 yılında Yüksek Lisans 1982 yılında Doktora dereceleri aldı. 1982 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bilim Dalı’nda Öğretim görevlisi olarak göreve başladı. 1988 Yılında Bilgi İşlem Merkezini ve Biyoistatistik Bilim Dalı’nı kurmak üzere Yardımcı Doçent kadrosuyla Akdeniz Üniversitesinde görev aldı. 1989 yılında Doçent oldu. Aynı yıl Bilgisayar Bilimleri Araştırma ve Uygulama Merkezi’ni kurdu ve bu merkeze Müdür olarak atandı. Türkiye de ilk Tıp Bilişimi(Medical Informatics) Yüksek Lisans programını 1990 yılında başlattı. 1995 yılında Profesör oldu. Halen Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı olarak görevini sürdürmektedir. Tıp Bilişim Derneği yönetim kurulu Başkanı olan Osman Saka aynı zamanda TBD üyesidir. Uzun yıllar TBD Sağlık Çalışma Gurubu Başkanı ve TBD Antalya temsilciliği görevlerini yürütmüştür. Osman Saka evli ve bir kız çocuk babasıdır.

Salih GÜNEŞ

• **Salih GÜNEŞ**

Tepe Teknoloji
Genel Müdür

Eman Ahmed Darwish

• **Eman Ahmed Darwish**

Ürdün -Mouwasat Hospital, Dammam 31411, P.O. Box 282
Eğitim, Aktivite & deneyim
• MAB- İş ve Yönetim masteri-Hastane Yönetimi, 2007
• Sağlık Kuruluşu Denetimci Sertifikası, 2007
• Amerikan Sağlık Hizmetleri Kalite Enstitüsü (FAIHQ) üyesi, 2006
• Amerikan Sürekli Tıp Eğitimi Akademi Üyesi, 2005
• Klinik eczacı, 1994
• Ulusal ve uluslararası konferanslarda konuşmacı
• Mouwasat tıp kuruluşlarında performans iyileştirici
Sağlık kuruluşları denetçisi-olarak çalışmaktadır

Dr. Amin NİMER

• **Dr. Amin NİMER,**
CEO, Mouwasat Hastanesi Dammam, Suudi Arabistan

Doç.Dr.Yeşim ÇETİNKAYA

• **Doç.Dr. Yeşim ÇETİNKAYA**
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (1985-1992).
Uzmanlık Eğitimi:
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı (1992-1996),
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı İnfeksiyon Hastalıkları Ünitesi (1996-1998),
- Hastane İnfeksiyonları ve İnfeksiyon Kontrolü: University of Texas Medical Branch at Galveston, Department of Healthcare Epidemiology (1998-1999)
Doçentlik (İç Hastalıkları): 2001
Profesörlük (İç Hastalıkları): 2007
Araştırma İlgi Alanları:
- Hastane infeksiyonları ve kontrolü
- Vankomisin dirençli enterokoklar
- Metisilin dirençli Staphylococcus aureus
- İnfektif endokardit
Kurum: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABDalı, İnfeksiyon Hastalıkları Ünitesi (Öğretim Üyesi: 1999-.....)
Yayınlar: 23 uluslararası makale, çok sayıda ulusal makale ve kitap bölümü

Doç. Dr. Dilara İNAN

• **Prof. Dr. Dilara İNAN,**
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü

Prof.Dr.Mustafa Kemal BALCI

• **Prof.Dr.Mustafa Kemal BALCI**
Uzmanlık Alanları; İç Hastalıkları, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları
Lisans; Tıp Doktorluğu -Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi-1984
DOKTORA(UZMANLIK); İç Hastalıkları Uzmanlığı-Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi-1992
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanlığı-Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi-1994
DOÇENTLİK; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi-İç Hastalıkları/Endokrinoloji -1997
PROFESÖRLÜK; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi-İç Hastalıkları/Endokrinoloji-2003
• Halen; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Öğretim Üyesi
• Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı
2004 Dekan Yardımcısı AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2004 Başhekimlik AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
1996-2004 Başhekim Yardımcılığı AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
2001-2004 Merkez Laboratuvarı Genel Sorumluluğu AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
2000-2004 Satın Alma Ön Değerlendirme Komisyonu Başkanlığı AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
1997-1999 Muayene Kabul Komisyonu Başkanlığı AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Prof.Dr.Fevzi ERSOY



• **Prof. Dr. Fevzi Ersoy,**
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bölüm başkanı,
İlk ve orta öğrenimini İstanbul ve Ankara'da tamamladı. 1977 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Bir süre TÜBİTAK bünyesinde araştırmacı olarak Prof. Dr. Kazım Türker ile renal farmakoloji alanında araştırma çalışmalarına katıldı. 1982 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde İç Hastalıkları uzmanlık eğitimini tamamladı. 1987-1990 yılları arasında A.B.D. de Missouri Üniversitesi-Columbia Tıp Fakültesinde klinik nefroloji fellow'u olarak nefroloji ihtisasını tamamladı. 1990 yılında Y. Doçent olarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı'nda öğretim üyeliği görevine başladı, 1992 yılında Nefroloji doçenti oldu. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) alanındaki çalışmaları ile bu tedavi sisteminin Türkiye'de yaygın ve başarılı olarak kullanımının sağlanmasına katkılarda bulundu. 1997-2004 arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve hastaneden sorumlu dekan yardımcısı ve görevini sürdürmüştür.1997-2002 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Kurucu Anabilim Dalı Başkanlığı'nı yapmıştır.2002-2004 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi müdürlüğünü sürdürmüştür. Batı Akdeniz Teknokenti kurucu şirket yönetim kurulu üyesi ve Batı Akdeniz Teknokenti Danışma Kurulu üyesidir. Akdeniz Üniversitesi Kalite Yönetim Kurulu üyeliği görevini sürdürmektedir. 1997-2007 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kalite Yönetim Temsilciliği görevini yapmıştır.

Doç.Dr.Oktay ERAY

• **Doç. Dr. Oktay Eray,**
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
Başhekim,

Dr.Jafar ABU TALEB

• **Dr. Jafar ABU-TALEB ,**
JORDAN, Quality Management and Accreditation Section Healthcare Management,
Consulting Services - HMCS

Dr.Aydın KOSOVA



• **Dr. Aydın KOSOVA,**
KALDER – Ulusal Kalite Ödülü Sekreteri
1953 İzmir doğumlu olan Aydın Kosova, Ege Üniversitesi Mühendislik Fakültesi'nden 1974 yılında Kimya Mühendisliği, 1976 yılında Kimya Yüksek Mühendisliği derecelerini aldıktan sonra İngiltere Leeds Üniversitesi'nde Tekstil Kimyası dalında doktora çalışmasını yapmıştır. İki yıl öğretim görevlisi olarak görev yaptıktan sonra, 1983-2000 yılları arasında, Kordsa A.Ş. 'de , Arge Müdürü, Kalite Sistemleri Direktörü ve Yönetim Komitesi üyeliği görevlerinde bulunmuştur.
Ulusal Kalite Ödülü sürecinde üç yıl ve Avrupa Kalite Ödülü sürecinde onbir yıl değerlendirici olarak görev yapan Dr. Aydın Kosova, 2001 yılından bu yana, KalDer'de tam zamanlı olarak çalışmaktadır. Ulusal Kalite Ödülü Sekreteri ve KalDer İcra Kurulu üyesidir. Ayrıca, MÜDEK'de (Mühendislik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği) Yönetim Kurulu üyeliği ve değerlendiricilik görevlerini yürütmektedir.

Celal SEÇKİN



• **CELAL SEÇKİN**
Meslek hayatına 1982'de PTT ARLA (TELETAŞ)'ta elektronik haberleşme mühendisi olarak başladı. 1987'de Siemens Ticaret ve Sanayi A. Ş.'ye geçti. 1995'te Türkiye Siemens şirketlerinde EFQM Modeli'nin uygulanması konusunda iç danışmanve eğitmen olarak çalıştı Ulusal Kalite Ödülü sürecinde başlangıcından (1992) itibaren değerlendirici ve baş değerlendirici olarak rol aldı, çok sayıda kuruluş EFQM Modeli ve özdeğerlendirme konusunda eğitimler verdi. Avrupa Kalite Ödülü sürecinde 1997'den itibaren değerlendirici ve baş değerlendirici olarak görev yaptı. 1997-2000 döneminde Ulusal Kalite Ödülü Sekreteri ve KalDer İcra Kurulu Üyesi olarak çalıştı. Uluslararası ve ulusal kalite etkinliklerinde konuşmacı ve katılımcı olarak yer aldı, çalıştaylar yönetti. Ekim 2000'den itibaren EFQM-Brüksel'de 4 yıl süreyle Avrupa Kalite Ödülü Yöneticisi ve Ödül Yürütme Kurulu Üyesi olarak çalıştı. Kasım 2004'te Türkiye'ye döndü ve Seçkin Danışmanlık ve Eğitim Ltd. Şti.'ni kurdu. Seçkin Danışmanlık EFQM (Premium Consultants Group) ve KalDer üyesi olup, EFQM ve KalDer eğitimlerini verme lisansına sahiptir. Yurtdışı ve yurtiçinde birçok kuruluşa TKY ve EFQM Modeli uygulamalarında eğitim verdi, danışmanlık yaptı. Kamu sektöründe bir TKY Modeli olan CAF (Common Assessment Framework) Modeli'nin özdeğerlendirme amacıyla Başbakanlık'ta uygulanması projesinde danışman olarak çalıştı. Kamu ve özel sağlık kuruluşlarında EFQM Mükemmellik Modeli uygulamaları, stratejik planlama ve özdeğerlendirme uygulamalarında danışmanlık yaptı.

Mehmet AYDIN

• **Mehmet Aydın,**
Kadıköy Şifa Sağlık Grubu

Doğum Yeri ve Tarihi: İstanbul, 22/07/1972

İş Denevimi

Ekim 2005 – Devam Kadıköy Şifa Sağlık Grubu Kurumsal Performans ve Kalite Müdürü
Nisan 2004 – Ekim 2005 Kadıköy Şifa Sağlık Grubu Pazarlama Müdürü
1999 –Nisan 2004 Gaziosmanpaşa Hastanesi

Eğitim Durumu

Yüksek Lisans: Marmara Üniversitesi Üretim Yönetimi ve Pazarlama
Lisans : İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi - Ekonometri

Atakan BAŞTÜRK

• **Atakan BAŞTÜRK,
TURKAK, Genel Sekreteri**

İDMMA Makine Mühendisliği (1982)

MESLEKİ TECRÜBE VE FAALİYETLER

- Makine imalatı (1980-84) - Özel Sektör
- Dış İlişkiler Raportörü (1985-87) - Türk Standardları Enstitüsü
- Kalibrasyon Lab. Müdürü (1987-89) - Türk Standardları Enstitüsü
- Metroloji ve Kalibr. Daire Bşk. (1989-94) - Türk Standardları Enstitüsü
- Kalite Danışmanlığı (1994-99) - Özel Sektör
- Genel Sekreter Yardımcısı (1999-2000) - Türk Standardları Enstitüsü
- Genel Sekreter (2000-.....) - Türk Akreditasyon Kurumu

KATILINAN KURSLAR

- Ölçme Standardları Kursu 1987 (6 Ay) – Japonya
- Almanca Dil Kursu 1987-88 (6 Ay) –Ankara ve Münih
- Ölçme Tekniği ve Kalibrasyon Kursu 1988 (4 Ay) Almanya
- Kalite Sistem Denetçisi Kursu 1991 – Ankara

Mesut DURU

• **MESUT DURU**

Planlama ve Koordinasyon Müdürlüğü

1968 yılında Ankara'da doğdu. ODTÜ Metalurji Mühendisliği bölümünden 1990 yılında Lisans, 1993 yılında da Y. Lisans derecesi ile mezun oldu. 08/1990-10/1993 tarihleri arasında Ankara'da alüminyum alaşımli külçe/biyet döküm konularında faaliyet gösteren özel bir firmada çalıştı.10/1993-10/1995 tarihleri arasında TSE İstanbul Belgelendirme Müdürlüğünde, 10/1995-10/2001 tarihleri arasında ise TSE İstanbul Kalite Müdürlüğünde Eğitim Uzmanı, Kalite ve Çevre Tetkik/Baş Tetkik Görevlisi olarak çalıştı. 10/2001- 02/06 tarihleri arasında TSE Personel Belgelendirme Müdürlüğünde Teknik Uzman olarak görev yaptı. Halen TSE Personel ve Sistem Belgelendirme Merkez Başkanlığı Planlama ve Koordinasyon Müdürü olarak görev yapmaktadır. Bu arada 08/1998-03/1999 tarihleri arasında askerliğini yaptığı Deniz Harp Okulu Komutanlığında TS-EN-ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi ve TS-EN-ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi kurma çalışmalarını yürütmüştür.

Feyzullah ERDOĞAN

• **Feyzullah ERDOĞAN,
TSE , Personel Belgelendirme Müdürü**

1993 yılında Gazi Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Kimya bölümünden mezun oldu, Marmara Üniversitesinde İşletme Bölümü Uluslararası Kalite Yönetim Sistemleri konusunda yükses lisans yaptı. 1993 yılında Türk Standardları Enstitüsünde görev başlandı.1993-1995 yılları arasında TSE Denizli Bölge Müdürlüğü Ürün Belgelendirme ve Tekstil Laboratuvarı birimlerinde çalıştı. 1996-2002 yıllarında TSE İstanbul Bölge Müd. Kalite Müdürlüğü bünyesinde eğitmen ve baştetkik görevlisi olarak çalıştı. 2002-2003 yılları arasında Teknik Uzman ve Sınav Görevlisi olarak Personel Belgelendirme Müdürlüğünde çalıştı.2004-2006 yılları arasında Ürün Belgelendirme Merkezi ile Personel ve Sistem Belgelendirme Mrkz. Bşk. bünyesinde ürün belgelendirme ve TS EN ISO 9001 kalite , TS EN ISO 14001 çevre ,TS EN ISO 22000 gıda güvenliği ve TS 18001 iş sağlığı ve güvenliği konularında Baş Denetçi ve Eğitimi olarak çalıştı. Halen TSE Personel Belgelendirme Müdürü olarak çalışmaktadır.

Prof. Dr. ismail ÜSTEL

• **Prof. Dr. ismail Üstel
(Yönetici Ortak)**

" Özgeçmişinden çok özgeleceği ile ilgilenen bir profesyonel "

Dr.Nadwa RAFEH

• **Nadwa Refah, Ph.D.**

Abt Ortaklığı'nda Uluslararası Sağlık Bölümü'nün eski bir ortağıdır.Dizayn ve analiz politikasında, sağlık programlarını değerlendirme, uygulama ve dizaynındaki 15 yıllık tecrübesiyle, sağlık hizmetleri organizasyon ve politika uzmanıdır. Dr. Rafah sağlık hizmetlerinin kalitesi hakkında, kullanımında, finanse etmede ve organizasyonunda geniş bir bilgiye sahiptir. Kalite iyileştirme ve akreditasyon alanlarında 10 yıldan fazla tecrübesi vardır. Ulusal QI stratejileri ve akreditasyon programları geliştirmek için, Afrika, Orta Doğu ve Merkez Asya'daki bazı ülkelerle beraber bazı USAID proje ve işlerine teknik uzman olarak hizmet etmektedir. 5 yıldan fazla bir sürede, Mısır'daki USAID projelerinde uzun dönemli Kalite İyileştirme danışmanı olarak görev yaptı. Toplum mobilizasyonu, sistem güçlendirme,kalite geliştirme ve akreditasyon ve kalite yapısını içeren iş planlarını ve stratejik önceliklerini kurmayı kapsayan sağlık sektörü reform programının kullanılmasında ve gelişiminde Sağlık Bakanı'nın yardımcılığını yaptığı Mısır'da PHR,plu'sin başındaydı. Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü gibi bazı donörlerle bilgi alış verişinde bulundu.

KONFERANS ÖZETLERİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON VE HASTA GÜVENLİĞİ, DÜNYADAKİ YAKLAŞIMLAR

Oturum Başkanı: Prof.Dr.Allen MEADORS, Rektör,Pembroke North Carolina Üniversitesi, ABD

Konuşmacılar: Prof.Dr.AL-ASSAF, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı,
Oklahoma Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu Dekan Yard.- ABD

Dr. David JAĪMOVĪCH, Tıbbi Hizmetler Yöneticisi / Joint Commission Resources / JCI

Dr. Tawfik KHOJA, FRCGP, Genel Direktör, Körfez Ülkeleri ve Suudi Arabistan

SAĞLIK HİZMETLERİNDE, KALİTE VE AKREDİTASYONDA YENİLİKLER VE EĞİLİMLER

Prof.Dr.AL-ASSAF,

American Institute for Healthcare Quality, Oklahoma Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

Prof.Dr.Seval AĞGÜN,

Başkent Üniv.Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü,Halk Sağlığı ABDalı Başkanı

Sağlık hizmetlerinde kalite alanında günümüzde pek çok yenilikler ve değişimler söz konusudur. Özellikle "Institute of Medicine"nin yayınladığı önemli raporda Amerika'da tıbbi hataların önemi ve sağlık sistemlerimide hasta güvenliğinden yoksun bir durumun mevcut olduğunun ortaya çıkarılması hepimizi şok etmiştir. Bu raporların yayınlanması ile artık hasta güvenliği neredeyse tüm sağlık kuruluşlarının öncelikleri arasına girmiştir.Amerika da sağlık kuruluşlarından bildirilen tıbbi hataların ortaya çıkarılmasına yönelik çabalar, olası nedenleri ortadan kaldırmaya ve tıbbi hataların sayısını azaltmaya yönelik kampanyalar, Amerika dışındaki diğer ülkelerde de sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti sunanların konunun önemi ile ilgili farkındalığı sağlamış, bu çabaların hasta bakımında ve klinik sonuçlardaki sonuçlarına olan etkilerini görmeye başlamalarına yol açmıştır. Artık konunun önemi ve büyüklüğü tüm dünya tarafından kabul görmüştür.

Bu sunum sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyonda uluslararası boyutta mevcut önemli değişimleri, trendleri ve aktiviteleri sizlerle paylaşmaya çalışacaktır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ön plana çıkmasıyla, etkin performans sistemlerinin geliştirilmesinin akreditasyon faaliyetlerine olan reform etkisi ile, akreditasyonda performans iyileştirmenin önemli hale gelmesi ayrıca sağlık sistemlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için dünyada pek çok sağlık kuruluşunda uygulanan aktiviteler, girişimler ve yenilikler bu sunumun içeriğini oluşturacaktır.

ULUSLARARASI AKREDİTASYONDA YENİLİKLER

Dr. David JAĪMOVĪCH,

Chief Medical Officer, Joint Commission Resources, Joint Commission International

Dr. David Jaimovich, Uluslar arası Birleşik Komisyon Tıbbi Direktördür ve bu sunumda akreditasyonun hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite üzerindeki rolü hakkında bir konuşma yapacaktır. Daha sonra bizlerle sağlık kuruluşlarında sürekli kalite iyileştirmede akreditasyonun nasıl sürekliliği sağlayıcı bir strateji olabileceğini tartışacaktır.

ULUSLARARASI BİRLEŞİK KOMİSYON (JCI) AKREDİTASYONUNA NASIL HAZIRLANILIR, ULAŞILIR VE SÜRDÜRÜLEBİLİR?

Dr. David JAĪMOVĪCH,

Tıbbi Hizmetler Yöneticisi / Joint Commission Resources / JCI

JCI sağlık kuruluşlarına hasta bakımında kaliteyi yakalayabilmeleri ve hasta güvenliği uygulamalarını kuruluşlarında en iyi şekilde gerçekleştirebilmeleri için birbiriyle ilişkili sistemler ve süreçler arasında bir çerçeve sunar. Bu panelde David Jaimovich, katılımcılara hastaneler için geliştirilmiş akreditasyon standartlarını tanıyacak, hastanelerde akreditasyon sistemi kurulmasında gerekli olan hazırlıkların neler olduğunu, akreditasyon sistemi kurabilmek için gereklilikleri aynı zamanda sistemin sürekliliğinin sağlanması açısından neler yapılması gerektiğini ve integral bir sistem olan akreditasyonun kuruluşların sürekli kalite iyileştirme çabalarındaki rolünü anlatacaktır.

HASTA GÜVENLİĞİNDE GCC (KÖRFEZ İŞBİRLİĞİ KONSEYİ)DENEYİMİ Yenilenme ve izlenebilirlik

Dr. Tawfik A. Khoja

MBBS, DPHC, FRGP, FFPH, FRCP (UK)

İşbirliği Konseyi Ülkeleri Sağlık Bakanları konseyi, yönetim Kurulu, Genel Müdür

Körfez İşbirliği Konseyi (GCC), tüm değişimler ve gelişim gerekliliklerini yerine getirmek üzere güçlerini birleştirmek zorundadırlar. GCC Ülkeleri Sağlık Bakanları konseyi "hasta güvenliği"ni sağlık hizmetleri kalitesinde en önemli önceliklerden birisi olarak belirlemiştir.

Bu sunumda şunlara odaklanılacaktır:

I. Hasta Güvenliği Stratejileri

A)GCC Sağlık Bakanları Konseyi düzeyinde

Tıbbi hatalar, malpraktis ve hastane enfeksiyonlarının azaltılması için gerekli özellikle, köşe taşı olarak kabul edilebilecek tüm çözüm önerilerinin belirlenmesi

B) Yönetim Kurulu düzeyinde

Şu aktivitelerin sonuç ve önerilerinin sunulması

- 1. EMR (Doğu Akdeniz) Ülkelerinde Hasta Güvenliği Bölgesel Eylem Planı geliştirilmesinde ülke-içi istişare toplantısı (Kuveyt, 27-30 Eylül 2004)
- Kuveyt Hasta Güvenliği Bildirgesi (hedefler ve strateji)
- İkinci GCC Hasta Güvenliği Planının Geliştirme ülke içi istişare toplantısı (Maskat, 11-13 Mart 2006)
- Uluslar arası Hasta Güvenliği Zirvesi (Riyad, 16-18 Eylül 2006)

C) Uluslararası düzeyde

- Küresel hasta güvenliği ve DSÖ kılavuzları toplantısı
- Sağlık hizmetlerinde hijyen (Cenevre/Riyad 13 ekim 2005)
- JCI orta Doğu Danışma Kurulu Konseyi (Dubai, 21-22 Ocak 2006)
- Birinci JCI uluslar arası danışma kurulu toplantısı
- Dünya Hasta Güvenliği Birliği ve Uluslar arası Enfeksiyon Kontrol Federasyonu ile işbirliği

II. GCC Hasta Güvenliğinde teknik işbirliği

Körfez konseyi sağlık hizmetleri kalite ve Hasta Güvenliği ve Enfeksiyon Kontrol Teknik komiteleri ile hasta güvenliğinde temel üç parametrenin belirlenmesi

III. Körfez İşbirliği ülkelerinde hasta güvenliği mevcut durum analizi

Yedi ülkedeki mevcut aktivitelerin sunulması

IV. Şimdi ve gelecekte gelişim ihtiyaçları

BAKIM KALİTESİ ENDİKATÖRLERİ, ULUSLARARASI PERSPEKTİF

Prof. Dr. Niek Klazinga, PhD

Amsterdam üniversitesi, Sosyal Tıp öğretim üyesi
Sağlık Bakım Kalitesi Endikatörleri Projesi, OECD, Paris

Kalite ve Güvenlik endikatörleri, sağlıkta kalite iyileştirmesi ve kalite değerlendirmesinde giderek artan bir önem kazanmaktadır. Bu sunumda, endikatör geliştirilmesi, geçerliliğinin sağlanması ve kullanımına yönelik uluslar arası projeler gözden geçirilecektir. OECD Sağlık Bakım Kalitesi Endikatörleri Projesinin sonuçları sunulacaktır. Diğer uluslar arası projeler DSÖ Avrupa Bölgesi'nin hastane endikatörleri projesi olan PATH projesidir. AB destekli 400 Avrupa Hastanesinin kalitelerinin değerlendirildiği Marquis projesinin de sonuçları sunulacaktır.

HASTANELER VE GENEL UYGULAMADA KANITA DAYALI HİZMET KALİTESİ: BİR MÜDAHELEDEN ÇIKAN DERSLER

Prof. Dr. Rusnak MARTIN

Uluslararası Nörotravma Vakfı, Viyana, Avusturya

Sunumun amacı klinik uygulamalarda kanita dayalı tıp prensipleri ve hastane uygulamaları ve sağlık otoriteleri için, hizmet ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi ile ilişkisine göz atmak. Hastane ve birinci basmakta ATB rezistansı projelerinden, travma bakımı kılavuzlarından örnekler verilecek kılavuz değerlendirme, kılavuz ve protokol geliştirme örnekleri sunulacaktır. Katılımcı kılavuz geliştirme yaklaşımı üzerinde durulacak, kılavuz geliştirme sürecinde internet tabanlı teknolojiler kullanılarak tartışma ortamı sağlanmasına örnek verilecektir.

HASTANELER İÇİN PERFORMANS İNDİKATÖRLERİ: DSÖ-MATRA PROJESİ SONUÇLARI

Viera RUSNAKOVA

Tıbbi Bilişim bölümü, Slovak Tıp Fakültesi, Bratislava, Slovakya

Hizmet kalitesi ve sonuçların kalite ölçümü Slovak Sağlık Hizmetlerinde önemli bir konu haline gelmiştir. Dış değerlendirme için indikatörler belirlenerek yasalara ve genel uygulamalara yerleştirilmiştir. Ek olarak, MATRA kalite destek projesi çerçevesinde, hastane iç performans indikatörleri de belirlenmeye başlamıştır. DSÖ Barselona ofisinde oluşturulan PATH proje kapsam ve araçları Slovakya'da denenmiştir. PATH, hastanelerde performans değerlendirmesi yalnızca klinik etkililik değil aynı zamanda verimlilik indikatörleri, hasta ve personel oryantasyonu ve güvenliği ile etkili yönetim indikatörlerini de içermektedir.

Slovakya'dan 58-870 yatak kapasitesine sahip toplam 10 hastane projeye katılmıştır. 18 PATH endikatörü toplanmıştır. Matra-PATH projesine katılan tüm hastanelerin geribildirimlerine dayanarak performans endikatörlerinin toplanması, sunulması ve karşılaştırması ile ilgili deneyimler sunulmuştur. Majör kısıtlılıklardan bir tanesi, veri toplanmasının yeterince bilişim teknolojileri destekli olmayışıdır.

AZERBAYCAN CUMHURİYETİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE UYGULAMALARI

Dr. Sabina AKHMADOVA,

Ülke Kalite Koordinatörü, Azerbaycan Sağlık Reformları Bölümü, Dünya Bankası, Azerbaycan.

Azerbaycan Cumhuriyeti'nin sağlıkta reform faaliyetleri içerisinde başlattığı programın ana bileşeni olan Azerbaycan Cumhuriyetinde Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvence Sistemi Kurulması programı 2006 yılından itibaren süregelmektedir. Sağlık sistemlerindeki değişimler, liberal sağlık sistemlerine dönüş ve hizmetlerde standardizasyon yaklaşımı, sağlık hizmetlerinde kalitenin önemini her geçen gün dahada arttırmaktadır. Bu program çerçevesinde Azerbaycanda sağlık profesyonellerine ve kuruluşlarına yönelik bir kalite yönetimi sistemi kurulmaya çalışılmaktadır.

Bu sunum da konuşmacı Azerbaycan Sağlık Reform programının bir parçası olan yeniden yapılanma doğrultusunda kurulmaya çalışılan kalite programını, program metodolojisini, içerdiği bileşenleri, Azerbaycan sağlık sektöründe yer alan Sağlık Bakanlığı çalışanları, Reform ünitesinde görevli uzmanlar, üniversite temsilcileri, Rayon hastane başhekimleri, hastanelerde görev yapan hekim ve diğer sağlık çalışanları, özel sektör temsilcileri gibi Azerbaycan sağlık sektöründe yer alan pek çok aktörle tartışmalar sonucu belirlenen ve hali hazırda süregelen faaliyetleri sizlerle paylaşmaya çalışacaktır.

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Oturum Başkanı; Dr. Hasan GÜLER, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı

Konuşmacılar: Dr. Hasan GÜLER, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı

Dr. Mehmet DEMİR, T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakanı Müşaviri

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, KURUMSAL PERFORMANS UYGULAMALARI

Dr. Hasan GÜLER, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı

Dr. Mehmet DEMİR, T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakanı Müşaviri

Kurumsal performans uygulamalarının herkeşçe bilinen yönleri ile sağlık kurumlarında uygulanan şekli arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Bu yazıda, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmakta olan kurumsal performans uygulamaları izah edilmeye çalışılacaktır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde kurumsal performans ölçümü uygulamalarının tarihi çok eskilere gitmemektedir. Ancak sağlık sektöründeki değişimin hızı ve niteliği dikkate alındığında, sağlık sektörü için yerleşik bir görünüm arz etmektedir.

Kurumsal performans ölçümü, 2004 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde herkeşçe bilinen adıyla "bireysel performans" ölçümü ve ek ödeme uygulaması sisteminin nitelik ve kalite boyutunu tamamlamak üzere gündeme gelmiştir. Geçirdiği aşamalar itibarıyla çok yol kat ettiğini belirtmek yanlış olmayacaktır. Kurumsal kaliteyi geliştirmeye yönelik olarak uygulanan kriterler bir kısmı uluslararası kabul görmüş hastane kalite ölçütlerini kapsarken, bir kısmı da kendi ihtiyaçlarımıza göre şekillendirilmiştir. Bu kriterlerin değerlendirilmesi ile hastanelerin birbirleriyle sayısal olarak karşılaştırılması ve hastanelerin önceden belirlenmiş hedeflere ulaşma durumu ölçülebilmektedir. Böylece kurum performansı ortaya çıkmaktadır. Kurumsal performans ölçümü ve değerlendirilmesi ile sağlık kurumlarımızın gelişmelere adapte olabilmesi ve hizmetlerinin kalitesini geliştirmesi hedeflendiğinden yeni boyutlar tedrici olarak hayata geçirilmiştir. Zaman içinde kurumların standartları uygulama kapasiteleri gözlenmiş, çıkarılan uygulama kılavuzları ile bilgi ve kapasite artırımının sağlanmasına çalışılmıştır. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme uygulaması 2007 yılında oldukça yetkin bir şekilde uygulamaya konmuştur. Bu uygulama kapsamında Kurumsal performans ölçüm yöntemleri beş başlık altında toplanmıştır. Bunlar poliklinik hizmetleri ve muayeneye erişim, kurum alt yapısı ve hizmet süreçlerinin denetimi, hasta ve hasta yakınları memnuniyeti, kurum hedefleri ve kurum verimliliğinin ölçümünden oluşmaktadır:

- Temel kriterlerden biri olan Muayeneye Erişim Katsayısı, her hekime bir çalışma ofisi prensibiyle sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmayı hedeflemektedir. Bu yönüyle, mevcut insan kaynağını verimli kullanmayı hedeflediği gibi sağlığın sosyal boyutunu da ihmal etmemektedir.
- 150 kriterden oluşan ve ülke hastanelerimizin şartlarını gözetmesi yanında hastanelere mevcut Bakanlık stratejilerini de takip etmelerini sağlayan Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme kriter seti, hizmet süreçlerini iyileştirmeyi, hasta güvenliğini bir üst seviyeye taşıma hedefleriyle sistemin bir diğer önemli ayağını oluşturmaktadır. Bu kriter seti hastanelerin tüm hizmet süreçlerini, hastanelerin işleyişini ve alt yapısını sorgulayacak şekilde hizmete erişim, yönetim, bilgi yönetimi, laboratuvar, radyoloji, ameliyathane, klinikler, hasta ve çalışan güvenliği, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, yoğun bakımlar, diyaliz, tesis yönetimi ve güvenlik, eczaneler, acil servis, mutfak, çamaşırhane, arşiv, depolar ve morg ana başlıklarından oluşmaktadır. Mevcut uygulamanın 2007 yılı içinde kaydettiği en önemli değişiklik ise, daha önce sadece il performans ve kalite koordinatörlüklerince yapılan değerlendirmelere ilaveten yerini iyi uygulama ve saha deneyimlerinin paylaşımını esas alan çapraz değerlendirme anlayışının almasıdır.
- Son yıllarda, sağlık sektöründe gittikçe artan hasta memnuniyeti ölçümü anlayışını farklı bir noktaya taşıyan Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anketi ile hastanelerimizden hizmet alan vatandaşlarımızın hastane hizmet süreçleri hakkında görüşlerini doğrudan ve etkili bir şekilde iletmesi mümkün kılınmıştır. Periyodik olarak uygulanan bu anketler her dönemde binlerce insana hastane hizmetlerine yön verme gibi bir rol yüklemiş olmaktadır.
- Kurumsal kaynakların etkili ve verimli kullanımı noktasında Hastaneler için belirli kriterler öngörülmektedir. Bunlar mali ve idari nitelikli kriterler (yatak doluluk oranı, ortalama kalış gün sayısı, personel gideri vb) olup her işletmenin göz önünde bulundurması gerekli ve dikkate alınması gereken kriterlerdir.
- Hastanelerin, Bakanlıkça önceden belirlenmiş hedeflere (sezaryen oranı vb.) ulaşma durumu ölçülmektedir. Ekseriyetini Klinik indikatörlerin oluşturduğu bu hedefler kurumsal performans ölçümünün bir başka önemli veçhesi olmaktadır.

Hasta memnuniyetinin ölçümü ile alt yapının ölçümü konusunda daha fazla somut uygulamalar yer almaktadır. Ancak klinik süreçlerin ölçümü son derece sınırlı kalmakta, çıktı ölçümü ise henüz yapılamamaktadır. Klinik uygulama süreçleri ve klinik çıktıların ölçümü için daha fazla çalışma yapılması ve uygulamaların bu yönde geliştirilmesi beklenebilir. Uygulamaları bu yönde teşvik etmek bundan sonraki gelişmelerin esasını oluşturacaktır.

Görüldüğü üzere kurumsal performans ölçümü son derece karmaşık bir yapı sergilemektedir. Sistemin modellemesi bireysel performans uygulamalarından bağımsız düşünülemez; ancak kurumsal performansın, en nihayetinde bireysel olarak ölçülen performanstan farklı olduğu da hatırdan çıkarılmamalıdır.

Entegre bir sistem olan kurumsal performans uygulamaları ulusal bir performans yönetimi ve kalite geliştirme sisteminin de temellerinin atılmasını sağlayacak bir birikim oluşturmaktadır. Sağlığın kültürel ve coğrafi eksenli bir hizmet olduğu dikkate alındığında, doğrudan aktarılan dış kaynaklı sistemlerin ihtiyaca tam olarak cevap vermesi beklenmemelidir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de uygulamaya konan kalite ve akreditasyon sistemleri özgül durumları dikkate almaktadır. Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulamalarını kabul edilebilir ve gelişmeye müsait kılan da tam olarak bu durumdur. Ulusal bir performans yönetimi ve kalite geliştirme sistemi de kaynağını buradan alarak gelişebilecektir. Bu uygulama, aynı zamanda ileride özerkleşecek hastanelerimizin dönemsel değerlendirme ve sınıflandırma rehberinin de prototipi olması hasebiyle de önem arz etmektedir.

TÜRKİYE’ DE KAMU SAĞLIK KURULUŞLARINDA AKREDİTASYON/PERFORMANS SİSTEMİNİN GELECEĞİ

Dr.Mehmet DEMİR, Bakan Müşaviri

T.C. Sağlık Bakanlığı

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Sağlıkta performansın izlenmesi ve değerlendirilmesi kuşkusuz önümüzdeki yılların önemli konu başlıklarından biri olacak. Bu konuda sağlık sisteminin performans ile hastanelerin performans kavramlarını birbirinden ayırtmamız gerekiyor. Biz burada daha çok hastanelerin performansı üzerine yoğunlaşacağız. Son beş yılda Bakanlığımız hastanelerinde uyguladığımız ve geliştirdiğimiz kısaca " performans sistemi" olarak adlandırdığımız model gelecek uygulamalar için önemli bir tecrübe. Özel sektörde uzun yıllardır uygulanan performansa göre ücretlendirme yöntemi kamuda uygulamanın tüm zorluklarına rağmen geliştirilerek günümüze kadar başarı ile uygulanmıştır. Bundan sonrada sitem yaygınlaşarak ve gelişerek uygulanmaya devam edecektir.

Bakanlığın performans sistemi ve sağlıkta performans uygulamalarının gelişimi açısından en belirleyici unsur Sağlık Bakanlığının gelecekteki rolü olacaktır. Stewardship bir Sağlık Bakanlığı, politika yapıcı - denetleyici - düzenleyici yeni rolü ile performans sistemi dahil sağlıkta bir çok konuya şimdikinden daha farklı bir yaklaşım sergileyecektir. Bugüne kadar Bakanlık "performansı" hastanelerinin daha etkin, verimli ve kaliteli olması için çağdaş bir yöntem olarak kullandı. Bu yöntem aynı zamanda hastaların da sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırdı ve hakkaniyeti de tesis etti. Bundan sonrası

için Sağlık Bakanlığının kamu ve özel tüm hastanelerin performansını izleyerek değerlendireceğini ve bunun sonucunda da düzenleyici faaliyetlerde bulunacağını söyleyebiliriz.

Kuşkusuz performansın izlenmesinde ve değerlendirilmesinde akreditasyon süreçleri klinik başarının, hasta memnuniyetinin ve istatistiksel göstergelerin yanında önemli bir unsur olacaktır.

EVDE BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE VE GÜVENLİK

Oturum Başkanı : **Prof. Dr. Güler CİMETE**, Evde Bakım Derneği Başkanı

Konuşmacılar : **Prof. Dr. Güler CİMETE**, Evde Bakım Derneği Başkanı

Prof. Dr. Seçil AKSAYAN, V.K.V. Amerikan Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

HASTANELERDE ÇIKTIYI İYİLEŞTİRMEK AMAÇLI SÜREKLİ HİZMET İÇİ EĞİTİMLERİN UYGULANMASI

Konuşmacılar: **Margaret BALL**, Genel Başkan, Health Links International, Dallas, ABD

SÜREKLİ EĞİTİMİN HASTANENİZDE SONUÇLARIN İYİLEŞTİRİLMESİNDE BİR ARAÇ OLARAK KULLANILMASI

Margaret BALL,

Genel Başkan, Health Links International, Dallas, ABD

Katılımcılar workshop sonunda şunları öğrenmiş olacaktır:

- Hekim ve hemşireler arasında iletişimin güçlendirilmesinde eğitimin önemi. İletişim eksikliğinin kuruluş için bir problem haline gelmeden belirlenmesi
 - Katılımcılar mesleki gelişim çalışmalarının müşteri memnuniyet araştırmalarından daha başarılı sonuçlar elde edilmesini sağladığını göreceklerdir.
 - Kurumsal ana hedefleri öğrenme ve paylamanın farklı biçimleri
- Size bağlı sağlık ve hemşirelik hizmetleri personeline eğitim sağlamada esnek seçenekler

KALİTE MALİYETLERİ

Oturum Başkanı: **Uzm. Dr. Haluk ÖZSARI**, Danışman, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği

Konuşmacılar: **Prof. Dr. Haydar Sur**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Bakan danışmanı,

Prof. Dr. Osman HAYRAN, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Dekan

Uzm. Dr. Haluk ÖZSARI,

Danışman, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği

PANEL BASLIKLARI

- ✓ Kalite Kavramı
- ✓ Kalite Yönetimi
- ✓ Toplam Kalite Yönetimi
- ✓ Kalite Maliyeti
- ✓ Kalite Maliyetinin Amacı ve Kullanım Alanı
- ✓ Kalite Maliyetlerinin Sınıflandırılması

KALİTE YÖNETİMİNİN EKONOMİK YÖNÜ

Prof. Dr. Haydar SUR

Marmara Üniveristesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Kalite, bir ürün veya hizmetin onu kullananların istek ve ihtiyaçlarını karşılayacak hale gelmesini sağlayan özelliklerinin tümüdür. Kalite bu tanım ile geniş bir kavramdır ve bir bütün olarak ele alınmaktadır. En küçük aksamalar bile kalitenin düzeyini düşürmektedir. İşletme yönetimi açısından üründe (mal veya hizmet) yüksek kalite, düşük maliyet ve kalite güvenilirliğinin sürekli sağlanması ile mümkündür. Kalite, kalite maliyetleri ile dengelenmelidir. Kalite maliyet analizlerinde temel ilke bir işi en ucuz yapmanın yolu onu daha başlangıçta doğru yapmaktır.

Sağlık hizmetlerinde kalite; "Günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir." (Amerikan Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komitesi). Kendi tanımımıza göre sağlık hizmetlerinde

kalite; kendi haline bırakmak alternatifine karşı, hizmet bekleyenlere sağlayabildiğimiz sağlık katkısının hizmet potansiyelimiz içindeki oranıdır (Sur). Burada katkı veya hizmet ile hem klinik hem de genel anlamda insani ihtiyaçların karşılanması kastedilmektedir.

Bugün sağlık hizmetleri maliyet, kalite ve ulaşılabilirlik olmak üzere 3 major konu ile karşı karşıyadır.

Kalite maliyetleri, hataların önlenmesi için yapılan veya hataların oluşması üzerine katlanılan maliyetlerdir. Kalite maliyeti, mevcut durumu saptamak, yeni hedefler belirlemek, bu hedeflere varmak amacıyla alınacak önlemleri planlamak için temel veridir. Sağlık hizmetlerinde bu amaçların hizmet verilen toplumun sağlık düzeyini birebir ilgilendiren konular olması, kalite ve maliyet ilişkisinin sağlık hizmetlerinde daha ayrıntılı çalışmalarla ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE YÖNETİM VE KALİTE

Prof. Dr. Osman HAYRAN,

Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, **Dekan**

ÖZET: "Kalite kontrolü", "Kalite güvencesi", "Kalitenin sürekli iyileştirilmesi", "Toplam kalite yönetimi", "Klinik rehberler", "Yeniden yapılanma", "Süreç tasarımı", son 20 yıl içerisinde sağlık sektöründe giderek artan şekilde kullanılan kavramlardır. Bu kavramlarının tümünün ortak amacı üretilen malın veya sunulan hizmetin kalitesini arttırmaktır. Başlangıçta sanayide mal üretiminde yaygın olarak kullanılan "kalite" kavramı zamanla hizmet sektörlerinde de önem kazanmıştır. Sağlık sektörü, kendine özgü nitelikleri, örgütlenmesi ve süreçleri ile diğer sektörlerden farklı özellikler gösteren bir hizmet sektörü olup, kalite kavramı bu sektör için özel bir anlam taşımaktadır.

Son yıllarda doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak dünya nüfusu yaşlanmakta, kronik hastalıklar önem kazanmakta, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin miktarı ve türü değişmektedir. Gene son yıllarda tıpta ve bilişim teknolojilerinde ortaya çıkan akıl almaz gelişmeler, bir yandan sağlık hizmetlerinin kapsamını ve sunulma şeklini, diğer yandan da hasta ve sağlık personeli beklentilerini değiştirmektedir. Bu değişimlerin ortak sonucu ise, sağlıkta kalite kavramının daha çok önem kazanması ve sağlık hizmetlerinin yönetimini daha karmaşık hal almasıdır. Bu sunum, bu karmaşıklığın ayrıntılarını ele almaktadır.

TIBBİ LABORATUARLARDA STANDARDİZASYON, AKREDİTASYON VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME

Öturuş Başkan: **Prof. Dr. Fikriye URAS**, Başkan, Türkiye Klinik Biyokimya Uzmanlar Derneği

Konuşmacılar: **Prof. Dr. Fikriye URAS**, Başkan, Türkiye Klinik Biyokimya Uzmanlar Derneği

Doç.Dr.Mustafa ALTINDİŞ, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji AD. Kan bankası Sorumlusu

Prof. Dr. Dilek Çolak, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Laboratuvarı Sorumlusu

Dr. Serap ARIKAN, Başkent Üniv. Alanya Uyg.ve Araşt.Merk, Klinik laboratuvar Sorumlusu

TIBBİ LABORATUVARLARIN STANDARDİZASYON VE AKREDİTASYONU

Prof. Dr. Fikriye Uras, Klinik Biyokimya Uzmanları Derneği (KBUD) Başkanı

Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, İstanbul, Türkiye

International Hospital, Tıbbi Laboratuvarı, İstanbul, Türkiye

Hasta güvenliğini sağlama konusunda tıbbi laboratuvarlar önemli bir role sahiptir ve tıbbi kararların büyük bir çoğunluğunu doğrudan etkilemektedir. Analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası basamakların hepsini içeren bir kalite yönetim sistemi, hasta güvenliğini sağlamada anahtar konumdadır. Bu basamakların hepsi hasta güvenliği açısından önemli olmakla beraber, özellikle gelişmiş ülkelerde, hataların göreceli olarak daha fazla görüldüğü analiz öncesi ve sonrası basamaklara odaklanmak gerekmektedir. Laboratuvar çalışanları, diğer sağlık çalışanlarıyla iletişim kurarak bu tarz hataları azaltma ve iyileştirme yollarını aramalıdır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bunlara ek olarak, analitik basamak problemlerinin çözülmesi, kalitenin artırılması ve güvenenin sağlanması gerekmektedir.

Laboratuvar akreditasyonunun amacı, kaliteyi sürekli olarak arttırmaktır. Akreditasyon ön inceleme, eğitim ve belirli standartlara uygunluğun değerlendirilmesi gibi basamaklara sahiptir. Laboratuvar akreditasyonu ile ilgili yüksek standartları karşılamak için sürekli bir mükemmellik modeli şarttır. CAP (College of American Pathologists) ve ISO 15189 gibi sistemler, hasta güvenliğini en yüksek kalitede sağlamak amacıyla laboratuvarlarda inceleme yapar ve kalite güvencesini sağlar. Bu programlar, test sonuçlarını ve hasta iyileşmesini etkileyen önemli laboratuvar basamaklarını, analitik faz dışında da kapsamlı olarak değerlendirir ve hasta güvenliğine çeşitli yönlerden katkı sağlar. Akreditasyon sistemleri, tıbbi laboratuvarların yetkinliğini ulusal ya da uluslararası bir akreditasyon denetçisine, yani üçüncü şahıslara ispatlamasını gerektirir. Akreditasyon, sadece bir kalite yönetim sistemi iyileştirilmesi değil, aynı zamanda laboratuvarların teknik olarak yetkin ve tıbbi yönden geçerli test sonuçları üretmesini sağlar. CAP'ın gereksinimleri bazı yönlerden, Amerika'da bir tıbbi laboratuvar standartları yasası olan CLIA ve onun yönetmeliklerinin biraz daha ötesindedir. 1962'de kurulmuş olan CAP, Amerika başta olmak üzere, dünya üzerinde yaklaşık 6000 kuruluşu akredite etmiştir. CAP "Laboratory Accreditation Program"ının denetimlerde kullandığı soru listesine, kendi internet sitesinden ücretsiz olarak ulaşılabilir. Belge alma hedefi olmayan laboratuvarlar bile, kendilerini geliştirmek için bunlardan büyük ölçüde yararlanabilirler. Bu listedeki bazı sorular "The Clinical and Laboratory Standards Institute" (CLSI) nün hazırladığı standartları referans gösterir. Bu standartlar istatistiksel kalite kontrol, lab. güvenliği, kan alma, yetkinlik değerlendirilmesi, kültür ortamları ve teknik prosedür yazma gibi pek çok konuyu kapsar. CLSI (eski NCCLS) ISO 15189 akreditasyon kriterlerinin hazırlanmasına öncülük etmiştir.

Türkiye'de Klinik Biyokimya Uzmanları Derneğinin (KBUD) başlattığı KBUDEK, bir laboratuvarlar arası dış kalite kontrol programıdır; biyokimya, immunoloji ve toksikoloji gibi alt programlara sahiptir. Ülkemizde böyle programlara katılmak sadece gönüllülük esasına göre olduğu için, katılımcı sayısı düşüktür. Türkiye'de ISO 15189, HQS (Health Quality System, UK) ve/veya JCI (Joint Commission International) akreditasyon belgesi olan az sayıda laboratuvar. Ülkemizde laboratuvar hizmet kalitesini arttırmaya yönelik yasal düzenlemelere kesinlikle ihtiyaç vardır: Ruhsatlandırma, akreditasyon, sertifikasyon ve laboratuvarlar arası kalite kontrol ve yetkinlik değerlendirme gibi konuları içermelidir. Uluslararası geçerli akreditasyon sistemleri, kısa vadede ülkedeki tüm laboratuvarlara uygulanamazdır. Ancak belirli bir geçiş dönemi sonunda uluslararası standartlara geçiş hedeflenmelidir.

KAN BANKACILIĞINDA GÜVENLİ KAN VE HASTA GÜVENLİĞİ

Doç Dr Mustafa Altındış

AKU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji AD. Kan Bankası Sorumlusu, Afyonkarahisar

Transfüzyon tıbbında kullanılan kan ürünlerinin halen insan kaynaklı olması; immünohematolojik olaylar ve enfeksiyonlar nedeniyle - bazen ölümcül bile olabilen- ciddi reaksiyonlara neden olabilmektedir. Bu nedenle transfüzyon alanında gerek üretim gerekse kullanımlar sırasında sıfır hata ve maksimum güvenilirlik ile hedef "Güvenli Kan" kullanımına ulaşmaktır.

Hasta güvenliği, dünya çapında sağlık hizmeti kalitesinin yükseltilebilmesi açısından kritik ve önemli bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün(WHO) hasta güvenliği ile ilgili hazırladığı küresel standartlardan biri de güvenli kanın sağlanmasıdır. Güvenli kanın sağlanması, transfüzyonla bulaşan enfeksiyonların önlenmesinde çok önemli bir adımdır. Bu amaçla hasta güvenliği için her ülkede kan transfüzyonunun beklenmeyen ve istenmeyen etkileri ile ilgili olarak bilgilerin saptanması, toplanması, saklanması ve meydana gelen sorunların çözülmesi için "haemovigilance" organizasyonlarının yapılması gereklidir. Haemovigilance organizasyonları transfüzyon almış hastalarda istenmeyen etkilerin takibinden, kan bağışçısının seçiminden, transfüzyon yapılmış hastaya kadar, herhangi bir aşamada istenmeyen etkiler ortaya çıkabileceği için bütün bir transfüzyon sürecini kapsamalıdır. Haemovigilance ağı, hastaneler, kan merkezleri ve ulusal otoritenin arasında kullanılan bağlantı zincirine dahil edilmelidir.

WHO 2002'de tüm bu noktaları dikkate alarak, hataları azaltarak güvenli kan için global bir veri tabanı oluşturmaya başlamıştır. Bu program çerçevesinde 4 ana başlık belirlenmiştir. Bu ana başlıklar;

1. Ulusal Kan transfüzyon servislerinin kurulması ve birbirleri ile koordinasyonu,
2. Kan ürünlerinin sadece gönüllü donörlerden edinilmesi ve en etkin şekilde hazırlanması,
3. Tüm donör kanlarında transfüzyon ile geçen enfeksiyonlar etkenlerinin mutlaka taranması,
4. Kan kullanımının en aza indirilerek, doğru transfüzyon uygulamalarının yapılmasıdır.

Öncelikle hatalı bir kan ürünü tespitinde donörden, flebotomiye, ürünün elde edilme aşamalarına ve saklanma koşullarına kadar tüm basamaklar kontrol edilmelidir. Kayıtlar incelenmelidir. Herhangi bir üründe hata saptandığında, bu ürünün kullanımı hızla engellenerek, aynı hataların oluşturulmaması sağlanmalıdır. Kullanıma sunulan bir kan ürününde ise, klinik uygulayıcılardan gelen şikayetler doğrultusunda ürün alınışından kliniğe çıkışına kadar olan tüm basamaklarında denetlenmelidir. Bu nedenle haemovigilance mutlaka kayıtlar altında olmalı ve izlenmelidir. Bu nedenle kan merkezlerinde;

1. Özellikle test serumları şahit numune olarak saklanmalı,
2. Transfüzyon takip formları ile transfüzyonlar izlenmeli,
3. İmmünohematolojik testler ayrıntılı olarak yapılabilmesi,
4. Antikor tanımlama konusunda belli merkezler olmalı,
5. Transfüzyon komiteleri, ulusal denetim kurumları ile birlikte düzenli olarak çalışmalıdır.

Tüm bu belirlenen basamaklar ulusal çapta tam olarak gerçekleştirildiğinde, dünya standartlarında, en yüksek kalitede kan ürünleri ve en az hata ile uygulanan transfüzyon işlemleri, hastalara güvenli tedavi olanağı sağlanmış olacaktır.

TIBBİ LABORATUVARLARDA KALİTE VE SÜREKLİ İYİLEŞTİRME

SERAP ARIKAN

BAŞKENT ÜNİ. ALANYA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Son yıllarda dünyadaki ekonomik trendlerin değişmesi ve hizmet sektörünün ekonomiden aldığı payın her geçen gün artması, kaliteli üretim için uygulanan yöntemlerin hizmet sektörüne de uyarlanması kaçınılmaz kılıştır.

Kalite, maliyet ve ürün/hizmetin zamanında teslimi, 2000'li yıllarda gerek ürün, gerekse hizmet üreten kuruluşlardan hangilerinin ayakta kalabileceğini belirleyen ana faktörlerdir.

Sağlık sektöründe hizmet hemen verilir, bilgi hemen kullanılır ve insan sağlığıyla doğrudan ilişkilidir. Sağlık hizmetleri ürettikleri anda tüketilmeleri, depolanamamaları, sunulmadan önce her aşamasında muayene ve test faaliyetlerinin olmaması özelliklerinden dolayı kalite anlayışında özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite, bu alanda müşteri sınıflamasına giren tüm tarafların memnuniyeti yada en basit tanımı ile "doğru, tam ve zamanında, en düşük maliyetle verilen sağlık hizmeti ile hastanın memnun ayrılmasını sağlamak" olarak tanımlanabilir.

Sağlık hizmetlerinin her basamağındaki uygulamanın, geçerliliğinin kanıtlanmış olması, sürekliliği ve tüm çalışanların katılımı koşuldur. İzlenebilirlik, ulaşılabilirlik ve güvenilirliğin sağlanabilmesi için kalite yönetimi araç ve olanaklarından yararlanmak, sistematik yapılmayı sağlamaktadır. Hizmetin insan sağlığıyla doğrudan ilişkili olması, geriye dönüşümlü olmaması, hekim, hemşire, laboratuvar kalitesiyle birlikte destek hizmetler ve tüm girdilerin kaliteli olmasını gerektirmektedir. Tıbbi laboratuvarlarda, hekimin testi istemesinden, test sonucunun hasta yararına kullanılmasına kadar tüm proseslerin sonuçları test sonuçlarını etkilemektedir; hastanın hazırlanması, örneğin alınması, saklanması, analiz edilmesi, test sonucunun alınması, hasta raporuna aktarılması, kullanıcıya ulaştırılmasına kadar birçok etkileşimli proses bulunmaktadır. Analitik işlemleri içine alan analitik kalite yönetimi, preanalitik ve postanalitik faktörlerden etkilenmekte, klinik kalite yönetimini, dolayısıyla hastane hizmetlerinin kalitesini etkilemektedir. Çalışanların bilgi ve yeterliliği, ekipman ve kullanılan materyallerin test sonuçlarını etkilediği göz önüne alındığında klinik laboratuvarlarda elde edilen verilerin birçok sürecin performans ölçümünde kullanılabileceği anlaşılmaktadır.

Sağlık kalitenin bugün ulaştığı yer sürekli kalite iyileştirme yaklaşımıdır. Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine büyük değişiklikler getiren kalite iyileştirme ve performans ölçümü gibi sistemlerin ortak noktası, hizmetin gereğinin yapılması ve hizmeti alanın sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan tatmini konularına odaklanmaktadır.

Eş Zamanlı Sözlü Sunum (İngilizce-1)

Moderator _____ :

**Dr. Jarmila Petercikova PhD,
Trnava Üniversitesi, Slovakya**

JARMILA Pekarcikova

Trnava Üniversitesi,

Kanser, çevresel ve klinik epidemiyoloji, çevre sağlığı ve sağlık etki değerlendirmesi konularında uzmanlaşmış halk sağlığı uzmanıdır. Uluslar arası projelerde deneyime sahiptir: yeni üye Avrupa birliği ülkeleri ve üye olmaya aday ülkelerde sağlık etki değerlendirmesi ve sağlık etki değerlendirmesi etkinliği, meme kanseri vaka çalışması, Amerika ve Dünya'da okul personeli tütün araştırması.

BİRİNCİ BASMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Konuşmacılar: **Dr. Olivera M. CİRKOVIĆ**, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Sağlık Bakanlığı ,Sırbistan

BİRİNCİ BASMAKTA SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRİLMESİ, SIRBİSTAN ÖRNEĞİ

Konuşmacılar : **Dr. Olivera M. CİRKOVIĆ**,
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Sağlık Bakanlığı ,Sırbistan

Sırbistan'ın güçlü birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi, sağlığın geliştirilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasında ana merkezdir.

Birinci basamak sağlık kuruluşları sağlık eğitimi, danışmanlık, hastalık önleme ve taramayı da içeren geniş bir alanda sağlık hizmeti ve koruyucu hizmet sunmaktadır.

Hastaların psikososyal durumlarının ve hizmetlerde kalitenin iyileştirilmesi konularındaki eğilimler doğrultusunda, Birinci Basamak merkezlerde Koruyucu merkezler kurulmuştur.

Korucu merkezler 4 birim içermektedir: Eğitim ve koordinasyon birimi, danışmanlık birimi, mobil birim ve açık hizmet Amaç, Sırbistan'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında koruyucu merkezleri güçlendirerek toplumun sağlık ve sosyal yönden korunması, biyolojik ve sosyal etkenlerden etkileniminin minimumda tutulmasının sağlanmasıdır.

Hastaların sosyodemografik, yaşam biçimi, sunulan tıbbi hizmetlerde kalite (hasta memnuniyeti ve mevcut standartlardan memnuniyet) değerlendirilmiştir. Sonuçlar beklendiği gibi değildir ve her hasta için bireysel çalışma yapılmay başlanmıştır. Bu tür bir hizmet sunumunda aktif çalışma sürelerinin uzatılması ve doktorların çalışmalarının da buna adapte edilmesi gerekmektedir.

HASTALIK YÖNETİMİ

Oturum Başkanı: **Prof. Dr. Erdal AKALIN**, ACB ve Üniv.Tıbbi ve Akademik Faaliyetler genel danışmanı
Konuşmacılar: **Prof. Dr. Erdal AKALIN**, , ACB ve Üniv.Tıbbi ve Akademik Faaliyetler genel danışmanı,
Doç.Dr.Fahrettin TATAR, Direktör, Halkla İlişkiler ve Sağlık Politikaları, Janssen-Cilag

HASTALIK YÖNETİMİ

H. Erdal Akalın,
Acıbadem Healthcare Group, İstanbul

Disease management is a comprehensive, integrated, and multidisciplinary system designed to optimise clinical and economic outcomes of a specific disease through the development and the implementation of preventive programs, diagnostic procedures, treatment protocols, and customized services for both, the health care providers and the health care receivers. It is an information-based process involving the continuous improvement of value in all aspects of care. It aims to increase cost efficiency in healthcare delivery by taking a holistic approach to the treatment of a particular disease.

Disease management seeks to:

- Encourage prevention
- Promote proper diagnosis and treatment planning
- Maximise clinical effectiveness
- Eliminate ineffective or unnecessary care
- Use only cost-effective diagnosis and therapeutics
- Maximise the efficiency of care delivery with appropriate standards of quality
- Continuously improve the results of the process and the process itself.
-

HASTALIK YÖNETİMİ: KAVRAM, ULUSAL SAĞLIK SİSTEMLERİ, MALİYET VE KALİTE ÜZERİNDE ETKİLERİ

Doç.Dr.Fahrettin TATAR,
Direktör, Halkla İlişkiler ve Sağlık Politikaları, Janssen-Cilag

Sunumun amacı hastalık yönetiminin özellikle maliyet ve kalite etkileri açısından ulusal sağlık sistemlerindeki rolünü tartışmaktır. Hastalık yönetimi, sadece ulusal sistemleri içinde yer alan birbirinden bağımsız bireysel programlarda değil, aynı zamanda ulusal veya bölgesel düzeyde de giderek artan bir yer edinmektedir. Yaklaşımın hastalık örüntülerinde meydana gelen değişim sürecinde, ulusal sağlık harcamalarının yönetimindeki başarısı yaygın bir tartışma konusudur. Buradaki amaç, bu kritik tartışmalara maliyet yönetiminde olduğu kadar genel sağlık hizmet kalitesi perspektifinden de ışık tutmaya çalışmaktır. Örnekler daha çok Almanya, Birleşik Krallık, İspanya ve ABD gibi çeşitli gelişmiş ülkelerden olmakla birlikte Türkiye'deki durum da ele alınmaktadır. Bu ulusal örneklerden önce sunumda öncelikle hastalık yönetiminin toplum sağlığı ve sağlık ekonomisinin gelişimine katkı potansiyeli konusuna değinilmektedir.

HASTA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Oturum Başkanı : **Prof.Dr.Nazmi BİLİR**, Hacettepe Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Konuşmacılar : **Prof.Dr.Nazmi BİLİR**, Hacettepe Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Uzm. Kaya KARS, TSE, Akdeniz Bölge Müdürü,
Prof.Dr.Seval AKGÜN, Başkent Üniv.Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koord., Halk Sağlığı AB Dalı Başkanı,
Uzm.Hem.Türkan DOĞAR, Universal Hastaneler Grubu

Prof. Dr. Seval Akgün,
Başkent Üniv.Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koord., Halk Sağlığı AB Dalı Başkanı,

Özellikle teknolojideki hızlı ilerlemeler sağlık profesyonellerinin tanı ve tedavilerini etkilemekte bakım planlarının ve tıbbi uygulamalardan doğabilecek hata kaynaklarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Amaç mümkün olduğunca hatayı minimize etmek, hasta bakımını etkin ve efektif bir biçimde sunabilmektir. Bu kapsamda bakım kaynaklı olası istenmeyen olayları(tıbbi hataları) önlemeye yönelik hasta güvenliği programlarının önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır. Ancak hasta güvenliği gerçek anlamda 1960'lardan beri sağlık dünyasının gündemine girmiştir. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların 1990'lı yıllarda başladığını görüyoruz. Hasta güvenliğinin öncelikli sorun haline getirilmesi ise 2000 yılında "Institute of Medicine"ın yayınladığı iki rapor sonucu olmuştur. Bu raporların sonucu, dünyanın bu konular üzerine odaklanmasına yol açmıştır. 2000 yılında "Institute of Medicine" yayınladığı Harvard Medical Practice Study araştırması sonuçlarına göre ABD'de 98.000 kişinin doğrudan tıbbi hatalar sonucu öldüğü bildirilmiştir. 98.000 ölüm ile, " doğrudan tıbbi hatalara bağlı" ölümlerin ABD'de kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sıradaki ölüm nedeni olduğunu ve bunun da motorlu taşıt kazaları , diyabet ve komplikasyonları, AİDS ve meme kanserine bağlı ölümlerden sayı olarak daha fazla olduğunu rapor etmişlerdir. Bu panelde sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği sağlamaya yönelik uygun bir atmosferin yaratılabilmesi için gerekli koşullar, Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI) Sisteminin 2008 versiyonunda yapılan değişimler doğrultusunda ayrı bir bölüm olarak eklenen uluslararası hasta güvenliği standartları, standartların içeriği ve sağlık kuruluşlarının uymak zorunda oldukları ölçülebilir elementler, sağlık çalışanlarının sağlık riskleri, bunları belirlemede ve önlemede uygulanan bazı yöntemler ve modeller tartışılacaktır.

OHSAS.TS.18001 İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMİ

S.Kaya Kars,
TSE Antalya Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü

İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG)Değerlendirme Serisi

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

- İş Sağlığı Ve Güvenliği Yönetim Sistemi Spesifikasyonu
- İş Güvenliği
- İşçi Güvenliği
- İşletme Güvenliği
- Üretim Güvenliği'ni İle Bilgilendirme Yapılacaktır.

Uzm.Hem.Türkan DOĞAR,
Universal Hastaneler Grubu

Konu başlıkları:

1-Amaç kapsam

- iş sağlığı ve güvenliğinin tanımı
- iş sağlığı ve güvenliğinin amacı
- kazaların temel nedenleri
- mesleki hastalıklar

2-Sağlık çalışanlarının sağlığını tehdit eden risk durumları:

- kaza,yaralanma ve riskler
- kimyasal maddelere maruz kalma
- radyasyona maruz kalma
- Sitotoksik ajanlara maruz kalma
- tükenmişlik sendromu ve motivasyon kaybı
- Alerjiler
- uygun olmayan taşıma kaldırma
- Uygunsuz tıbbi atık yönetimi
- iğne batmaları

3-Alınabilecek önlem ve öneriler

- uygulama örnekleri
- örnek dökümanlar
- işçi sağlığı ve güvenliği komite çalışmaları

İLAC GÜVENLİĞİ

Oturum Başkanı : **Prof. Dr. Semra Şardas**, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Konuşmacılar : **Prof. Dr. Semra Şardas** Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi,
Doç. Dr. Ahmet AKICI, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı

HASTA GÜVENLİĞİNDE FARMAKOVİJİLANANSIN ÖNEMİ

Prof. Dr. Semra Şardas
Marmara Üniversitesi
Eczacılık Fakültesi Toksikoloji
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ahmet Akıcı
Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji
Anabilim Dalı

Farmakovijilans; i) ilaçların günlük kullanımda ve klinik araştırmaları sırasında daha önceden fark edilmemiş veya kullanımı sırasında farklılık gösteren advers etkilerini inceleyen; ii) ilaçların risk ve yarar oranlarının değerlendirilip, güvenli kullanımı için alınabilecek tedbirleri ortaya çıkartan; iii) ilaç güvenliğini ulusal ve uluslararası ölçekte değerlendiren iv) ilaçların hastalar tarafından güvenli ve etkili bir şekilde kullanımına imkan sunan; v) ilaç güvenliğine yönelik alınacak önlemleri kapsayan farmakoloji, toksikoloji ve halk sağlığı başta olmak üzere, ilgi alanında ilacın bulunduğu bütün bilim dallarıyla, endüstriyle, düzenleyici otoriteyle ve ilgili diğer kuruluşlarla yakın ilişki içerisinde olan multidisipliner bir çalışma alanıdır.

Yeni ilaçlar, klinik çalışmalarla güvenliliği ve etkililiği gösterildikten sonra piyasaya sunulmaktadır. Ancak bu sistem araştırmaya katılan kısıtlı sayıda homojen hasta gruplarında yürütülmekte ve pazara çıktıktan sonra geniş kitlelerin kullanımı ile ortaya çıkabilecek advers etkileri yakalama hassasiyetine yeterince sahip değildir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış bir meta-analize göre, hastanede yatan hastaların %6.7'sinin ciddi advers ilaç reaksiyonlarına maruz kaldıkları ve yılda 100 000 kişinin bu nedenle hayatını kaybettiği, bunlara ilaveten sağlık harcamaları arasında ilaçlara bağlı sorunların tedavi maliyetinin giderek arttığı ve ilk sıralara yerleştiği rapor edilmiştir.

Hastanın sağlığını yeniden kazanmasına veya korunmasına katkıda bulunan ilacın, farmakovijilans uygulamalarına yeterince uyulmadan kullanılması durumunda, hasta güvenliğini ciddi ölçüde tehdit edeceği iyi bilinmelidir. Her ne kadar yeni ilaç geliştirme aşamasında ilaç adaylarının güvenliliği, pazarlama öncesi çalışmalarla araştırılsa da, günlük kullanımı sırasında çok sayıda faktör, hasta güvenliğini ilaca bağlı sorunlar bakımından etkilemektedir. Bu nedenle ilaçlar ruhsatlandırma sonrasında da güvenlik açısından uluslararası entegrasyonu bulunan ulusal bir sistemle yakından izlenmelidir. Panel kapsamında; ilaç güvenliliği ile ilgili terminoloji, T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan farmakovijilans sisteminin işleyişi, advers ilaç reaksiyonlarının artışına neden olan faktörler ve tüm sağlık sektörü mensuplarının bu sisteme katkıları ve bu konuya yönelik yakın gelecekteki rolleri tartışılacaktır.

SAĞLIK BİLGİ YÖNETİM SİSTEMLERİ VE KALİTE

Oturum Başkanı : **Prof. Dr. Osman SAKA**, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı
Konuşmacılar : **Prof. Dr. Osman SAKA**, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı,
Salih GÜREŞ, Tepe Teknoloji Genel Müdür

Prof. Dr. Osman SAKA
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı

Gelişim ve değişim hızını 2000 li yıllarda belirgin bir şekilde artıran toplumsal dinamikler bu etkilerini sağlık hizmetlerinde de hissettirmektedir. Bu etki öncelikle talebin kalitesinde görülürken buna paralel olarak hizmet sunumunda da değişim ve kalite anlayışını belirlemektedir.

Sağlık hizmetinde kalite deyince farklı bireyler farklı algılayabilirler. Ama hiç kimsenin yadsıyamayacağı sağlıkta kalite anlayışının göstergeleri;

- Hizmeti doğru yerde ve doğru zamanda almak
- Mahremiyet ve gizlilik güvencesinin sağlandığı hizmeti almak
- Önlenebilir hataların minimum düzeyde olduğu, güvenli hizmet almak
- Yapılan uygulamalardan, zarar görmemek,
- Sonuç odaklı hasta merkezli hizmet almak

Sayılabılır.

Yukarıda sayılan kalite göstergelerini barındıran kaliteli sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesi için;

- Hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri ve yetkinliğinin yeterli olması,
- Tanı ve tedavi ekipmanlarının kaliteli olması,
- İş süreçlerinin ve sistemlerin kaliteli olması,
- Bireylerin ve bilgi teknolojilerinin bilgi paylaşımına ve iletişimine uygun birlikte çalışabilirlik özelliğini taşıması.

Tanım hangisi olursa olsun önemli olan bunlara nasıl karar veriyorsunuz. Bu hizmetleri ölçebiliyor musunuz?. Kaliteli hizmet sunmanın temel koşulu sağlıklı ölçütlerinizin olmasından geçmektedir. Öyle ise iyi bir sağlık hizmeti sunabilmek için bu hizmetin yukarıda sayılan temel göstergelerini ölçebiliyor olmalısınız. Bunun için de tutarlı, kaliteli, eksiksiz, yansız, güvenilir ve güncel veri toplamalısınız. Bu da bilişim teknolojileri kullanarak sağlanır.

Şu noktayı özellikle vurgulamak gerekir ki teknolojilerle donatılmış sağlık kurumlarının diğer kurumlara göre daha kaliteli hizmet verdiğini söylemek yanılgısına düşmek gerekir. Teknoloji bir araçtır. Bu araçtan yararlanarak kaliteli bir hizmet sunmak sağlık kurumunun tüm aktörlerinin hizmette kalite anlayışını benimseyip bu amaç doğrultusunda teknolojiden maksimum faydayı sağlama çabası içinde olmalıdır.

Sonuç olarak, sağlık hizmet sunumu anlayışı, sağlıkta kalite kavramı, sağlık kaydı kavramı değişmeli, bilişim teknolojisi de bu değişimin temel aracı olmalıdır. Kaliteli bir sağlık hizmeti için sağlıkla ilgili tüm kişi ve kurumların bu değişimi anlamaları ve değişime ayak uydurmaları kaçınılmazdır.

MOUWASAT HASTANESİ AKREDİTASYONA KARŞI ALINAN BAŞARILAR

Oturum Başkanı: **Eman DARWİSH**, Mouwasat Hastanesi, Performans Geliştirme Departmanı Başkanı - Dammam, S.Arabistan
Konuşmacılar: **Eman DARWİSH**, Mouwasat Hastanesi, Performans Geliştirme Departmanı Başkanı - Dammam, S.Arabistan
Dr. Amin NİMER, CEO, Mouwasat Hastanesi Dammam, Suudi Arabistan

AKREDİTASYON BAŞARI HİKAYESİ

Eman DARWİSH,
Mouwasat Hastanesi, Performans Geliştirme Departmanı Başkanı
Dammam, S.Arabistan **MOUWASAT HASTANESİ**

Akreditasyonda Joint Commision International (JCIA)'ın ana amacı sağlık kuruluşlarının, hasta güvenliği uluslar arası standartlarını sistemlerine entegre ederek sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. Mouwasat Hastanesi, personelin akreditasyona hazırlık aşaması ve akreditasyon sonrasında çeşitli alanlarda performans ilerlemesi kaydetmiştir. Akreditasyon sürecinde Mouwasat Hastanesi güçlü bir bildirim sistemi, değişik alanlarda kalite ve güvenle ilgili 104 ölçüm maddesini sistemine yerleştirmiştir Akreditasyondan 1 yıl sonra hastane, Suudi Arabistan ve de sağlık hizmetleri kalitesinde model olmuştur.

SAĞLIK HİZMETİ KAYNAKLI ENFEKSİYONLAR

Oturum Başkanı :
Konuşmacılar :

Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA, Hacettepe Üniv. Tıp Fak.Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü
Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA, Hacettepe Üniv.Tıp Fak.Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü,
Prof. Dr. Dilara İNAN, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü

KLİNİK REHBERLER VE KLİNİK YOLLAR GELİŞTİRİLMESİ

Oturum Başkanı :
Konuşmacılar :

Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dekan
Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dekan,
Prof. Dr. Fevzi Ersoy, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bölüm başkanı,
Doç. Dr. Oktay Eray, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Başhekim

Prof.Dr.Mustafa Kemal BALCI

From Clinical Guidelines to Clinical Pathways in Endocrinology
Example; Type 2 Diabetes Mellitus;

ÖZET

Klinik yollar süreçlerin standartlaştırılması için sağlık uygulamalarında geliştirilen yöntemlerden biridir. Klinik pratikte bu sistemin uygulanması değişkenlikleri önler. Bu kavram ilk kez New England Medical Center'da uygulanmıştır. Burada diabetes mellitusu örnek olarak kullanarak, akış şemaları ve klinik yollar nasıl geliştirilir, ölçme yöntemleri nasıl geliştirilir, süreç ve çıktılar nasıl rapor edilir, sonuçta diabetes mellitus bakımında iyileşme nasıl sağlanır anlatılmaya çalışılacaktır.

HİPERTANSİYONDA KLİNİK YOLLAR

Prof. Dr. F. Fevzi Ersoy
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Antalya

Dünyada 1 milyar kişinin taşıdığı bir sağlık sorunudur. Hastanelerde yatan her dört hastadan birinin hipertansif olduğu bilinmektedir. Klinikte hipertansiyon esas klinik sorunun yanında tesadüfen var olan bir bulgu olabileceği gibi hastada hipertansiyon nedeni ile ortaya çıkmış bir tıbbi acil durum da söz konusu olabilir. Hipertansiyon alanında var olan klinik kılavuzlar genellikle hastane dışında takip edilen hastalara yönelik olarak oluşturulmuşlar ve hastane şartlarındaki müdahale önerileri konusunda yetersizdirler. Az sayıda kaynakta ise hastane şartlarında hipertansiyonun ilk değerlendirmesi, tanı ve tedavisi ile ilgili ciddi kılavuzlar geliştirilmiştir. Hipertansif bir hastaya yaklaşımın ilk basamağı hipertansiyonun ciddiyet derecesinin tesbit edilmesidir. Ardından ise hipertansiyonun nörolojik, aortik, kardiyak/koroner, renal ya da endokrin bir nedene bağlı olup olmadığının değerlendirilmesi, ve nedenlere yönelik farmakolojik tedavi önerilerinin gerçekleştirilmesi gelecektir. Çok dikkatli bir tıbbi öykü ve fizik muayene hipertansiyonun hem ciddiyeti ve hem de etyolojisi ile ilgili ipuçları verebilecektir. Diğer taraftan bazı spesifik semptomlar ve bulgular hedef organ hasarı ve/veya riskleri ile ilgili bilgi verirler. Bunlar arasında göğüs ağrısı (akut koroner sendrom veya akut aortik sendrom), sırt ağrısı (akut aortik sendrom), dispne (pulmoner ödem ve akut kalp yetmezliği), konvulziyon, şuur kaybı veya fokal nörolojik bulguların ve diğer bulguların varlığı sayılabilir.

KRİTİK YOLLAR İLE BAKIM KALİTE YÖNETİMİ, RUSYA UYGULAMALARI

Speakers : **Elena Polubentseva**, Moskova Devlet Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölüm Öğretim Üyesi

ENFORMASYON SİSTEMİNDE KLİNİK ALGORİTMALAR İLE BAKIM KALİTESİ YÖNETİMİ

Elena Polubentseva
Moskova Devlet Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölüm Öğretim Üyesi
Rusya Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetim Danışmanı

Rusya Sağlık Bakanlığı kaliteyi, Rusya'da sağlık hizmetlerinin anahtarı olarak görmektedir. Kalite iyileştirmede kullanılan mekanizmalardan bir tanesi, klinik algoritmaların kullanımı zorunluluğudur. Sağlık Bakanlığı 2004 yılından bu yana 700'ün üzerinde klinik rehber yayınlamıştır. Rehberler minimal bakım standartlarını içermektedir.

"New Medical Technologies" kliniği bilişim teknolojileri ile desteklenmiş klinik rehberleri kullanmaktadır. Pek çok klinik algoritma oluşturulup kodlanarak klinik enformasyon sistemine girilmiştir. Bu sistem doktorun hastasının bakımında izleyeceği yol ile ilgili bilgi sağlamaktadır. Sistem verilen orderlar ile belirlenen algoritma arasındaki farklılıkları tesbit etmekte ve doktorun bu farkın sebebini açıklamasını istemektedir. Klinik yönetimi her hasta için izlenen yolun klinik rehber ile uyumluluğunu izlemekte ve problemleri vakalara dikkat göstermektedir. Hasta taburcu olurken sistem, uygulanmış olan tedavi ile rehberde önerilen algoritma arasındaki farklılıkların liste dökümünü vermekte ve bu farklılıkların açıklaması da sunulmaktadır. Sistemin çıkardığı rapor ayrıca kalite indikatörlerini de içermektedir. Algoritmalar ile ilgili şikayetler, rehber revizyon ve yenilenmesi aşamalarında da yol gösterici olmaktadır. Bu sistem ayrıca Chukotka bölge hastanesinde de test aşamasındadır.

HASTANELERDE BAŞARILI AKREDİTASYON SİSTEMLERİNİN KURULMASINDA İZLENECEK YOLLAR

Konuşmacı: Dr. Jafar ABU-TALEB , Ürdün, Quality Management and Accreditation Section Healthcare Management, Consulting Services - HMCS

HASTANELERDE KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ OLUŞTURULMASI BAŞARI İÇİN STRATEJİLER

Jafar Abu-Taleb .MD, CPHQ

Director of Quality Management and Accreditation Section
Healthcare Management Consulting Services - HMCS

- A. Workshop içeriği:** Bu workshopta kalite yönetim programı oluŐturma basamakları ve kalite iyileştirme çalışmalarında başarıyı sağlayacak anahtar elemanlar tanımlanacaktır.
- B. Hedef:** Workshop sonunda katılımcılar kendi hastanelerinde kalite sistemi kurmak üzere değerlendirme bilgi ve becerisi kazanmış, eğitilmiş ve gerekli donanımı kazanmış olacaklardır.
- C. Amaçlar:** Workshop sonunda katılımcılar, Şu başarı faktörlerini nasıl değerlendireceklerini ve kullanacaklarını bileceklerdir:
1. Doğru bir kalite kültürü geliştirmek
 2. Kalite iyileştirmede doğru insanları kullanmak
 3. Doğru iç denetim
 4. Personele işleri için doğru araç temini
- Ayrıca hastanelerine Şunları kazandıracaklardır:
1. Kalite kültürünün oluŐturulmasında basamaklar ve stratejiler
 2. Tüm hastanede kalite yönetimi planı oluŐturma becerisi
 3. Departman bazında kalite yönetim planı oluŐturma becerisi
 4. Her birimde risk değerlendirme araç ve basamakları
 5. Yüksek risk alanlarına nasıl öncelik verileceği
 6. Kalite yönetimi programının uygulaması içermesi gereken kaynaklar listesi
 7. Kalite yönetimi değerlendirme ve planlama araçları
 8. Kalite yönetimi sistemi oluŐturulmasında gerekli olan politika ve planlar listesi
 9. Kendi hastaneleri uyarlanabilir performans endikatör listesi
- D. Eğitim yöntemleri:**
1. Grup egzersizleri, vaka çalışmaları
 2. Kuruluş uygulaması için aksiyon planı oluşturulması
- Kendi kurumları için kalite iyileştirme araçları oluşturulması ve kullanılması için rehberli pratik uygulama

EFQM MÜKEMMELLİK MODELİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULAMALAR

Oturum Başkanı : Dr. Aydın KOSOVA, KALDER – Ulusal Kalite Ödülü Sekreteri
Konuşmacılar : Celal Seçkin, Genel Müdürü, Seçkin Danışmanlık Eğt. Tic. Ltd. Şti,
Mehmet Aydın, Kadıköy Şifa Sağlık Grubu

Dr. Aydın KOSOVA,

KALDER – Ulusal Kalite Ödülü Sekreteri

GELDİ. Türkçe/İngilizce (PROGRAMI AÇAMADIM)

KURUMSAL MÜKEMMELLİĞE GİDEN YOL: BEKLENTİLER, SÜRPRİZLER

Celal Seçkin,

Genel Müdür, Seçkin Danışmanlık, Eğitim ve Tic. Ltd. Şti.

- EFQM ve Modeli'ne ilişkin bilgiler
 - Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı EFQM'e ilişkin bilgiler.
 - EFQM Mükemmellik Model'nin içeriğine ilişkin temel bilgiler
 - Avrupa Kalite Ödülü ve değerlendirme yöntemi
- Kurumsal Mükemmelliğin Temel Kavramları
 - Müşteri odaklılık
 - Liderlik ve Amacın tutarlılığı
 - Çalışanların geliştirilmesi ve katılımı
 - Süreçler ve verilerle yönetim
 - İşbirlikleri geliştirme
 - Kurumsal toplumsal sorumluluk
 - Sonuçlara yönelik olma
 - Sürekli iyileştirme ve yenilikçilik
- Kurumsal Mükemmelliğe Giden Yolda Beklentiler, Amaçlar, Sürprizler
 - Amaç mı? Araç mı?
 - Kurum kültürü ve değerler
 - Liderliğin rolü
 - Çalışanların katkısı
 - İşbirlikleri ve toplam tedarik zinciri
 - Süreçlerle yönetim
 - Sürekli iyileştirme anlayışı

EFQM MÜKEMMELLİK MODELİ VE KADIKÖY ŞİFA SAĞLIK GRUBU UYGULAMALARI

Mehmet Aydın,
Kadıköy Şifa Sağlık Grubu

Günümüzde teknolojinin de gelişimi ile sağlık hizmetlerinde yeni bir vizyon oluşmaktadır. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar hasta memnuniyeti sağlayıcı, hataları ortadan kaldırıcı yönetim sistemlerini geliştirmektedirler. Böylece verimlilik artışı sağlanırken, maliyetlerinde düşüş olmaktadır.

EFQM Mükemmellik Modeli ve Kadıköy Şifa Sağlık Grubu uygulamaları sırasında karşılaşılan zorluklar ve bu zorlukları aşmak üzere süreçlerin ve insan kaynağının etkin kullanımına ilişkin iyi uygulamaları paylaşacaktır.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE STANDARTLAR

Oturum Başkanı : **Atakan BAŞTÜRK**, TURKAK, Genel Sekreteri
Konuşmacı : **Atakan BAŞTÜRK**, TURKAK, Genel Sekreteri
Mesut DURU, TSE, Planlama Koordinasyon Müdürü
Feyzullah ERDOĞAN, TSE, Personel Belgelendirme Müdürü

Atakan BAŞTÜRK,
TURKAK, Genel Sekreteri

SAĞLIK KURULUŞLARINA ENTEGRE YÖNETİM SİSTEMİ UYGULAMALARI

Mesut DURU
Türk Standartları Enstitüsü
Planlama ve Koordinasyon Müdürü

Dünyanın önde gelen bir çok kuruluşunda olduğu gibi Sağlık Kuruluşlarında da Entegre Yönetim Sistemi uygulamalarının yaygınlaşması sağlık kuruluşlarının tüm paydaşlarını olumlu yönde etkileyeceği gibi bu kuruluşların sosyal sorumluluklarını yerine getirmelerinde önemli katkıda bulunacaktır.

Sağlık kuruluşları hasta memnuniyeti, etkin ve verimli yönetim vb. amaçlarla TS EN ISO 9001 : 2000 "Kalite Yönetim Sistemi" standardı başladıkları yönetim sistemi uygulamalarına, sosyal sorumluluk, sağlıklı çevre , atık yönetimi, çevre güvenliği amaçları ile TS EN ISO 14001 "Çevre Yönetim Sistemi" standardı ile devam etmektedirler.

ISO tarafından yayınlanan ve dünyanın neredeyse önde gelen kuruluşların tamamı tarafından uygulanmakta olan bu iki yönetim sistemi disiplinlerinin yanı sıra ISO tarafından 2005 yılında yayınlanan TS EN ISO 22000 "Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi" standardı ile hasta, hasta yakını ve çalışanlara sağlık kuruluşlarında sunulan gıdaların güvenliğini temin etmeye çalışmaktadırlar. Bu güvenlik gıda kontrolü, hijyen uygun kişilere doğru gıda sunulması vb. bir çok kriteri içermektedir. Entegre yönetim sistemi kapsamında ele alınması gereken bir diğer standartta TS 18001 (OHSAS 18001) "İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi"dir. ISG Yönetim Sistemi, gerek hasta, gerek çalışan, gerekse de hastaya herhangi bir amaçla gelen herkes için sağlık kuruluşunda olabilecek tüm tehlikelerin belirlenmesi, risk analizi yapılması, önemli risklere karşı gerekli tedbirlerin alınması vb. hususları içermektedir.

ISO tarafından yayınlanan ve entegre yönetim sistemi içinde yer alan bir diğer standartta ISO 27001 "Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi" standardıdır. Bu Standard da sağlık kuruluşlarında hastalara ait tüm bilgilerin güvenliğinin sağlanması, uygun bir biçimde muhafazasını içermektedir. Bu konu hasta hakları açısından da önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm bu yönetim sistemlerinin entegre olarak belirli bir disiplinde uygulanması kuruluşu önemli katkılar sağlayacaktır.

Feyzullah ERDOĞAN,
TSE,
Personel Belgelendirme Müdürü

Türk Standartları Enstitüsü (TSE), Sağlık hizmetlerinde kalite aktiviteleri çerçevesinde sağlık kuruluşlarında etkin kalite sistemleri kurabilmek için sağlık personeline yönelik iç tetkikçi, dış denetçi ya da kalite sistem yöneticileri eğitimleri düzenlemekte ve TS EN ISO/IEC 17024 doğrultusunda bireysel sertifikasyon gerçekleştirmektedir. Bu güne kadar sağlık sektöründe 30 hemşire, 50 doktor, 20 idari personel ve 10 laboratuvar teknisyeni kalite denetçisi olarak sertifikaya edilmiş, 20 sağlık personeli ise kalite profesyoneli ve kalite sistem yöneticisi olarak sertifika almışlardır. Buna ek olarak TSE'nin 2008 yılı faaliyetleri içerisinde Sağlık hizmetlerinde kalite sistem yöneticisi ve kalite sistem teknisyeni eğitimlerinin EQO personel kayıt sistemi içerisinde yeni bir bireysel akreditasyon sistemi doğrultusunda verilmesi planlanmaktadır.

SÖZLÜ SUNUMLAR

ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİ İYİLEŞTİRMEDE KİŞİSEL GELİŞİM ODAKLI EĞİTİM MODELİ VE SONUÇLARI

Turgutoğlu Esra,

Kent Hastanesi, İzmir, Türkiye

Amaç: Hasta İle yüz yüze iletişimde bulunan hastane çalışanlarının kişisel gelişimlerini iletişim temelinde bir metodoloji ve ölçme değerlendirme yöntemi kullanarak geliştirmek ve bu değişimin/gelişimin hastaya olumlu yönde yansımaları sağlamak, algılanan hizmet kalitesini iyileştirmek

Yöntem: Kent Hastanesi'nde uygulanan Akademikent isimli eğitim, ölçme ve değerlendirme modeli

Uluslararası akreditasyon standartları hedef alınarak kurulan bir sistemde tüm süreçler hasta güvenliği odak alınarak planlanmaktadır. Süreçler/sistemler tasarlanırken ve uygulanmaya başlandığında bunları yürütecek olan kişiler yani insan kaynağı tüm sistemlerin odağı olmaktadır.

Özet: Kent Hastanesi'nde kullanılan sürekli iyileştirme metodolojileri, yapılan periyodik sistem performans değerlendirmeleri ve hasta memnuniyeti ölçüm çalışmalarında, algılanan hizmet kalitesinin iyileştirilmesi bir hedef alan olarak tespit edilmiştir.

Çalışan ve hasta bağlılığını etkileyen faktörlere bakıldığında; kurumsal imaj ve güven, teknik altyapı ve tesis, bilgi ve beceri düzeyi, süreçler ve iş sisteminin yanında, sunulan hizmetin sağlık hizmeti olması temelinden hareketle insan ilişkileri, doktor ve hemşire tarafından sunulan sağlık hizmetinden sonra ikinci sırada yer almaktadır

Bu noktadan hareketle, hasta ile yüz yüze iletişim kuran tüm çalışanlar hedef grup olarak tespit edilerek, AKADEMİKENT adında bir eğitim, ölçme ve değerlendirme modeli kurulmuştur.

- Proje kapsamındaki çalışanlar için kademeli eğitim sistemi kuruldu,
- Her bir grupta yer alan çalışanlar için Akademikent Yetkinlikleri belirlenerek, bu yetkinliklerin hangi eğitimlerle kazandırılacağı saptandı,
- Hedef gruplar, gruplara göre eğitim içerikleri belirlendi, eğitimler gruplara uygulandı,
- İstenilen davranış biçimlerini; rasyonel yöntemler ile çok kaynaktan ölçen, görev bazında yöntemler belirlendi,
- Poliklinik anketleri, gizli müşteri değerlendirmeleri, çalışanın kendi kendini değerlendirmesi, İç müşteri değerlendirmesi, doktor değerlendirmesi, takım üyesinin değerlendirmesi, rehber değerlendirmesi(coaching), hastalarla yapılan geribildirim görüşmeleri ölçme ve değerlendirme mekanizmaları olarak kullanılarak 3 dönem değerlendirme yapıldı.

Kişilere atanan rehberler, çalışanların kişisel gelişimlerinin ve mesleki yaşantılarını ve kişinin bir çalışan olarak profilini geliştirmek amacı ile çalışmaktadır. Değerlendirme sonuçları birim yöneticilerine ve rehberlere geribildirim olarak gönderilir. Bu sonuçlar doğrultusunda, çalışanın, Akademikent kapsamında bir sonraki basamak eğitimleri tespit edilir. Sonuçlar aynı zamanda kariyer planlaması için kullanılan araçlardan birisidir.

Özetle; kişisel gelişimi destekleyecek eğitim modeli kurmak için yetkinlik belirleme, ve rasyonel yöntemler ile çok kaynaktan ölçme ve değerlendirme metodolojileri kullanılmıştır.

Bulgular: Telefonda selamlaşma davranışında %27'den %50'ye, Telefonda yardımcı olma davranışında % 70 den %84'e, Telefonda güven verici ses tonu kullanma" davranışında % 63 ten %91'e, Telefonda nazik tavır sergileme" davranışında % 79 dan %88'e, çeşitli kadrolara göre değişimle birlikte ilgi, nezaket vb davranışların hastaya yansımadaki iyileşme oranı son 6 ay ile bir önceki 6 ay arasında %10 -% 24 aralığındadır.

Sonuç: Elde edilen sonuçlar proje uygulanmaya başladığından günümüze kadar olan dönemde gerçekleştirilen hasta memnuniyet anketlerinin, ilgi, nezaket, güler yüz, bilgilendirme, bilgi ve yeterlilik, işlem hızı konularında sonuçlara olumlu olarak yansımıştır.

SAĞLIK BAKANLIĞI KALİTE GELİŞTİRME VE DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ İLE ISO 9001:2000 ENTEGRASYONU

Uzm. Ümit Şahin TAM-MED Hastanesi Kalite Koordinatörü

Yard. Doç Dr. Nejat DEMİRCAN Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÖZET: Bu gün tüm dünyadaki sağlık sistemlerinin ana amacı, yüksek kalitedeki sağlık hizmetini daha yüksek verimle ve daha düşük maliyetle sunmaktır. Bu amaca ulaşmak için sağlık yönetiminde değişiklik yapılması ve bunun için de sağlık sisteminin analizi ve koordinasyonu için yeni yöntemlere gereksinim vardır. Bu tespit en önemli dayanağı ise, Sağlık ve kalite kavramları yan yana geldiğinde ilk akla gelen kişi olan DONABEDİAN'IN aşağıdaki söyledir.

DONABEDİAN'a göre ,profesyonel bir sağlık ekibinin temel yükümlülüğü "Etkinliğe olduğu kadar verimliliğe de özen gösteren yeni bir sağlık bakımı bilim ve teknolojinin bir araya getirilmesidir."

Aynı paralelde DONABEDİAN; "artık son derece tutumlu, hatta cimrice bir sağlık bakımı bilimini keşfetmenin ve öğretmenin zamanı gelmiştir. Bu yeni bilimin ilkeleri öylesine kökleşmiştir ki " Yetersiz bakım (tedavi), etkisiz bakım kadar kınansın" görüşünü ileri sürmektedir."(1)

Bu çalışmanın temel amacı, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan, Sağlık Bakanlığı Kalite Geliştirme Ve Değerlendirme Kriterleri İle ISO 9001:2000 Entegrasyonuna yönelik düşüncelerimizin paylaşımıdır.

ANAHTAR KELİMELER:

Kalite, akreditasyon, hasta hakları ve sorumlulukları

HASTANELER İÇİN ULUSAL AKREDİTASYON SİSTEMİ

Salih AYVAZ, Ulusal Hastane Akreditasyon Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirerek sürekliliğini sağlamak ve halkımızın sağlık hizmetinin kalitesine olan güvenini arttırmak için Ulusal Hastane Akreditasyon Sisteminin kurulması ve yürütülmesi çalışmaları amaçlanmıştır.

Ulusal Hastane Akreditasyon Derneği , Ulusal Hastane Akreditasyon sistemimizin yapılandırılması için ;

Ulusal sağlık hizmet standartlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi ve eklerini esas almıştır . Ulusal Akreditasyon Standardının çağdaş uygulamaları , gelişen teknolojiyi ve yönetim modellerini sürekli iyileştirme felsefesiyle geliştirmek amacıyla derneğimiz bünyesinde standard hazırlama komitesi çalışmalarını yürütmektedir .

UHAD yürüttüğü çalışmalarla , Ulusal sağlık hizmetlerinde standartlara dayalı objektif bir Akreditasyon süreci (Belgelendirme) sunmaktadır. Bu standartların altında yatan temel felsefe , kalite yönetimi ve sürekli kalite gelişimi prensiplerine dayalıdır. Bu felsefe ile akredite olmak için müracaat eden kuruluş , UHAD standartlarının gereklerini tam karşılamalıdır. UHAD in güvenilir ve objektif belgelendirme süreciyle , nihayi karar UHAD Akreditasyon Komitesi tarafından verilir.

AKREDİTASYON STANDARTLARINA UYGUNLUK

Gökhan AKBULUT, KARAHAN Atilla, KÜÇÜKİLHAN Mustafa, DOĞRU Savaş

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

AMAÇ : Yapılanma sürecinde olan genç bir üniversite hastanesinde (Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi) ISO 9001/2000 çalışmaları sırasında, akreditasyon açısından zayıf ve güçlü yanlarını saptayarak hasta güvenliği ve hasta bakım standartlarının mevcut kalitesini öncelikle ulusal alanda rekabet edebilir düzeye taşımak için güçlü ve zayıf yönlerin tespit edilmesini sağlamaktır.

YÖNTEM : Bu çalışma; 1-30 Kasım 2007 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi'nde, ISO 9001/2000 baş denetçisi gözetiminde kalite konseyi üyelerince yapılmıştır. Kalite konseyi üyeleri tarafından Tablo:1'de gösterilen Sağlık Bakanlığı'nın Kalite Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi'ndeki (KGPDY) puanlandırma kriterlerine göre akreditasyon standart bileşenleri puanlandırılarak değerlendirilmiştir.

Tablo : 1 KGPDY' de Belirlenen Kriterler Alınan Puan

Klinik Hizmetleri Anket Değerlendirmesi	91
Poliklinik Hizmetleri Anket Değerlendirmesi	86
Kurum Altyapı ve Süreç Değerlendirme Ölçütleri	78
Kurum Verimlilik Değerlendirilmesi	81

Tablo : 2 Kalite Konsey Üyeleri Yapılan Değerlendirme

Akreditasyon Standartları Değerlendirmesi

Hizmete Erişim	Orta
Hasta Hakları	İyi
Hasta Eğitimi	Kötü
Yönetim	Orta
Enfeksiyon Kontrolü	İyi
Tesis ve Güvenlik	Orta
Bilgi Yönetimi	Orta

BULGULAR : KGPDY kriterlerine göre yapılan bu çalışmada Tablo:1'den de görüldüğü üzere memnuniyet ile ilgili anket değerlendirme sonuçlarına göre özellikle yatan hasta memnuniyetinin üst düzeyde olduğu görülmektedir. Bunun personel eğitim düzeylerinin yüksekliği ve temizlik hizmetlerinin iyi olmasından kaynaklandığı düşünülmekte olup akreditasyon standartlarına uygun olarak değerlendirme yapılmıştır. Kalite konsey üyeleri kurum altyapı ve süreç değerlendirme ölçütlerinin orta düzeyde olduğunu beyan etmiştir. Buna neden olarak, hastane binasının fiziki yapısı oluşturulurken fonksiyonel bir yapıda inşa edilmemesinden dolayı hizmet sunumunda olumsuzluklara neden olduğu düşünülmektedir. Bunun için hastane binasının yeni bir mimari proje ile fonksiyonel bir şekilde tasarlanması ve akreditasyon standartlarına uygun iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir. Hizmete erişimin orta düzeyde ve hasta eğitiminin kötü olması kadrolu idari personel azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu konuda akreditasyona uygunluğun sağlanabilmesi için üniversite hastanelerine kadrolu idari personel istihdamı yönünde planlamalar yapılması gerekmektedir. Tablo:2'de görüldüğü üzere hastanedeki enfeksiyon komitesi çalışmaları iyidir. Hastaların taburculuk sonrası eğitimlerine yönelik çalışmalara daha fazla önem vererek akreditasyona uygun şartlar devam ettirilmelidir. Hastane verimlilik değerlendirilmesi %81 düzeyinde olmasına karşın konsey üyelerince orta düzeyde verimli olarak değerlendirilmiştir. 2007 yılındaki sosyal güvenlik ile ilgili mevzuat değişikliklerinden sonra üniversite hastanelerine olan talep artmıştır. Artan taleplerin karşılanabilmesi ve hizmetlerin verimli bir şekilde sürdürülebilmesi için özellikle genç üniversite hastanelerine merkezi bütçeden daha fazla kaynak aktarılması uygun görülmektedir.

SONUÇ : Hastanede hasta güvenliği ve hasta bakım standartlarının ulusal alanda rekabet edilebilir düzeyde olduğu, ancak ulusal arası düzeyde rekabet edilebilirliğin sağlanabilmesi için kadrolu idari personele ve merkezi bütçeden aktarılacak ek kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır.

KALİTE NE YANA DÜŞER ? AKREDİTASYON NE YANA ? (TÜRKİYE'DE ÖZEL HASTANE YÖNETİCİLERİN KALİTE VE AKREDİTASYON BİLGİLERİ ÜZERİNE KÜÇÜK BİR ÇALIŞMA)

TURAN , M TANSEL (MD)

MEDICANA HOSPITALS KALİTE KOORDİNATÖRÜ

AMAÇ : Hastaneler çok farklı olarak sınıflanabilmekte ; bir tarafta Sağlık Bakanlığının yatak , doktor ve laboratuvar sayısına göre yaptığı sınıflama , öbür yanda özel hastaneler derneklerinin önerdiği teknolojik donanım ve personel sayısına göre yaptığı bir sınıflama var.Bir de daha çok binanın kapısına penceresine , cari fiyatlarına göre yapılan sınıflama var ki bunu kimin yaptığı tam olarak bilinmemekle birlikte en çok inanılan sınıflama bu.Bu sınıflamaya göre hastaneler A plus hastaneler , B sınıf hastaneler ve küçük hastaneler olarak sınıflanıyor.İşin en ilginç olan yanı bu sınıflamaya hastane sahiplerinden , çalışanlarına kadar herkes inanıyor.Farkın ne olduğu konusunda ortak inanış ise " Kalite " farkı.Hekim dağılımı , personel sayısı , teknolojik donanım , tıbbi başarı , operasyon sayısı , poliklinik sayısı hiçbir önem arz etmiyor.Fark " Kalite Farkı " iş o kadar ileriye gitti ki kendilerini A plus olarak sınıflayan hastaneler en üst yöneticisinden en alttaki çalışanına kadar Kaliteyi tekellerinde olan bir hak olarak gördüler , uluslar arası akreditasyon için başvuran kendi sınıfları dışındaki hastaneleri küçümsediler , olmadı dünyanın en önemli akreditasyon kuruluşunu aşağıladılar.Oysa Kalite ve Akreditasyonun anlamının ; marka algılanmasından farklı bir şey olduğunu , kapının pencerenin şeklinden çok fonksiyonu ve güvenliği ile ilgili olduğu , reklama verilen önem kadar hasta güvenliğine önem verilmesi gerektiği biliyoruz.Acaba gerçekten biliyor muyuz ? Araştırmanın amacı Sağlık Profesyonellerinin bunu ne kadar bildiğini ölçümlemektir.

YÖNTEM VE BULGULAR : Bu amaçla İstanbul içi ve dışından **32 özel hastaneden 100 yöneticiye** anket uygulandı.(20 hastane İstanbul , 3 hastane Ankara , 2 hastane İzmir , 1er hastane Adana , Bursa , Mersin , Gaziantep , Antalya , Muğla ve Konya dan seçildi) Hastanelerin **hepsi 50 yatak üzerinde** ve genel amaçlı hastanelerdi.Hastanelerin **24 tanesi (% 75) herhangi bir kalite belgesine sahip** (JCI ve/veya ISO) ve / veya denetim için son dönem hazırlıkları yapmaktadırlar.

Anket Uygulanınların görevlerine göre dağılımı; 4 Hastane Yönetim Kurulu Başkanı (veya hastane sahibi), 6 Genel Müdür (veya Genel Koordinatör), 16 Başhekim, 14 Başhemşire, 18 Kalite Koordinatörü (veya Kaliteden sorumlu Gn Md Yrd), 10 İşletme Direktörü (veya Hastane Md), 16 Hasta Hakları Md (veya Hasta İlişkileri Md) , 7 Muhasebe Md , 6 Satın Alma Md , 3 Gece İdare Amiri' dir.

Ankete katılanlara Kalite ve Akreditasyonla ilgili 4 temel soru sorulmuş ve ölçümlenmiştir.

1.soru JCI Belgelendirmesinin hangi sağlık kurumlarına yapılabileceği sorulmuş ; katılımcıların % 56 ,3 gibi büyük çoğunluğu Muayenede Cerrahi Hizmetlerin kredite olmayacağını söylerken , 142 yanıtın hiçbirinde günümüzde standartları henüz belirlenmediğinden belgelendirilemeyen Dış Hastanesi şikkını hiç kimse seçmemiştir.

2.soru Kalite Sistemlerinin ana amacı sorulmuş yanıtların sadece %26 sı doğru cevap olmuştur.

3.soru yönetsel ve 4. soru klinik indikatörlerle ilgili olmuş 3.soruya %12 , 4. soruya sadece %21 oranında doğru yanıt verilmiştir.

Ankette sorulan soruların hiç birinde en çok işaretlenen şık doğru kabul edilen şık olmamıştır.Bu çıkarım hastanelerin büyüklüğü ,yeri , belgeli olup olmaması , marka bilinirliği , yanıtlayanın yaptığı iş vb tüm değişkenlerde sabit kalmıştır.

SONUÇ : Tüm Türkiye’de 310 civarında özel hastane olduğunu düşünürsek anket çalışması tüm özel hastanelerin %10 unun üzerine uygulanmıştır.Yapılan çalışmada görülmüştür ki Kalite ve Akreditasyon bilgi donanımımız ve konuya hakimiyetimiz çok da detaylı olmayıp daha çok yüzeysel ve kulaktan dolma bilgiler."Kalite" sözcüğü "marka" sözcüğünden farklı bir kavram ve bu algıdaki yanlışlıklar marka büyüklüğü ile ilintili değil.Bu böyle olmasaydı sanırım tüm dünyada kaliteciler " hasta güvenliği " kavramı üzerine kafa yorarken biz hala hekimlerin dosya doldurmasını en önemli problemimiz olarak algılamazdık.

SAĞLIK KURUMLARININ AKREDİTASYONA HAZIRLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: POLİTİKA OLUŞTURUCULAR VE PROGRAM UYGULAYICILAR İÇİN BİR KİT

Nadwa RAFEH, M. SEGALL

Amaç:Bu projenin amacı hükümet temsilcileri/politika yapıcılar ve uygulayıcıların akreditasyon prosesini daha iyi anlamaları, akreditasyon programlarının fizibilitesi ve başarı olasılıklarını ve uygulama sonuçlarının değerlendirmelerine yardımcı olmaktır.

Yöntem:Akreditasyon programına başlamadan önce süreç ve faktörlerin belirlenmesi için bir kapsam oluşturmak ve ülkenin bir akreditasyon programına hazır olma durumunu belirlemektir.

Bu değerlendirme kiti ulusal hükümet, yerel yönetimler, mesleki birlikler, sağlık hizmeti veren kurum veya bireylere tarafından kullanılabilir. Değerlendirme kiti akreditasyon program geliştirme ve değerlendirmeye yönelik 3 bölümden oluşmaktadır: 1) program başarılı bir akreditasyon programının özellikleri ve program geliştirme basamaklarının gözden geçirilmesi 2) sağlık sektörünün akreditasyona hazır olma değerlendirme kapsamı 3) akreditasyona hazırlık değerlendirme kiti

Bulgular:Bu kapsam ve içeriğin kullanılmasının sağlık sektörünün güçlü ve zayıf yönlerinin ve hedeflerin belirlenmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Politika oluşturucular, hükümet temsilcileri ve uygulayıcıların akreditasyon programı geliştirilmesi ve ülke için efektif bir akreditasyon program oluşturulması süreçlerini daha iyi anlamalarını sağlayacaktır. Uygulayıcı birimlere bu tür programların fizibilite değerlendirmesinde, mevcut kaynakların doğru ve etkin olduğunun değerlendirilmesinde gerekli olan veri ve bilgi açısından teknik destek sağlanacaktır.

HASTALIĞA SPESİFİK KLİNİK ÜSTÜNLÜK SERTİFİKASYONUNA YOLCULUK

King Hussein Cancer Center

The Joint Commision Hastalığa Spesifik Hizmet Sertifikasyon’u direkt bakım verilerin hastalık yönetimi ve konik bakım hizmetlerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir.

King Hussein Cancer Center 2006 eylülünde Hastalık spesifik sertifikasyonunu sağlama kararı almış, bu amaçla 14 aylık bir müdahale programı çerçevesinde Merkezde tedavi edilen hastalıklara yönelik, kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzları oluşturulmuştur.

KHCC, onkoloji alanında Joint Commission International tarafından sertifikalandırılan Dünyada 6. ve ABD dışında ilk merkezdir.

HASTA GÜVENLİĞİNİN SÜRDÜRÜLMESİ VE İYİLEŞTİRİLMESİNDE PROAKTİF STRATEJİ (KING HUSSEIN CANCER CENTER KHCC DENEYİMİ)

Maram KARKATLİ, Nancy Atout

Hasta güvenliğinin sağlanması ve iyileştirilmesi sağlık kuruluşlarının en önemli önceliklerindedir. KHCC hasta güvenliği stratejik planı tıbbi hata/ sağlık bakım hatalarının en aza indirilmesi gerektiği, entegre ve koordine bir yaklaşım gerektirdiğini göz önünde bulundurarak hasta güvenliğinin sağlanması ve iyileştirmesine yönelik olarak hazırlanmıştır.

Proaktif hasta güvenliği stratejisi şunlara odaklanmıştır:

1. Tüm KHCC yöneticilerinin Hasta güvenliği aktivitelerine dahil edilmesi
2. Rutin toplanan veriler ve iç gözlem verilerinin birleştirilmesi
3. Ulusal hasta güvenliği amaçlarının hasta güvenliği için gaudiness olarak adapte edilmesi
4. Hasta güvenliği hedefleri ile ilişkili performans iyileştirme projeleri
5. Sürekli survey

Yapılanlar:

1. Sağlık personeli ve sağlık dışı personeline Hasta Güvenliği Konularını içeren oryantasyon ve eğitim programları
2. Vaka bildiriminde %50 artış
3. Fall Down (Düşme??) Projesi; Pressure Sore (Yatak Yarası??) Projesi;Yanlış bölge, taraf ve prosedür önleme projesi devam etmekte ve izlenmektedir.
4. hasta güvenliği hedeflerinin gerektirdikleriyle %80 uyumluluk

İRAN İSLAM CUMHURİYETİNDE HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARI, BİR VAKA ÇALIŞMASI

Mohammad Zayandeh (MD, MPH, CHQ)

Sağlık sistemimizde sağlık hizmetlerinin kalitesi her zaman öncelikli olmuştur, ancak, sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesine yönelik strateji ve eylem planı çok belirgin ve açık değildir.

1998’in sonunda sağlık hizmetleri sistemimize TKY konsepti, prensipleri, yöntem ve araçlarını dahil etme kararı verildi. 1999 yılının başında Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı bünyesinde "ulusal kalite iyileştirme kurulu" oluşturuldu. Kurul sağlık bilimleri fakültelerine TKY sistemi kurmalarında danışmanlık verme, yönlendirme yapma ve eğitim sağlama şeklinde destek olmaktadır. Bu makalede de 1974 yılında kurulmuş olan ve hastalara kardiyovasküler alanda hizmet veren bir hastane olan "Shahid Rajae" hastanesinin TKY uygulamaları sunulmuştur.

MISIR’DA KAMU HASTANELERİNE BAŞVURULARIN UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mahi AL-TEHEWY*,Ehab SHEHAD*,Maha Al GAAFARY*,Mostafa AL-HOUSSINY*,Dena NABIH*,Bassiouny SALEM **,

Sağlık Hizmetleri Kalite Birimi Ain Shams Üniversitesi *,
Kalite Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Mısır

Bu çalışmanın amacı;Mısır'da üç kamu hastanesine başvuranların başvurularının uygun olma durumu ve uygun olmama durumu ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir. 1191 hastanın başvurusu, erişkin hastalar için Yan Etki Değerlendirme Protokolü ve pediatrik hastalar için de Pediatrik Yan Etki Değerlendirme Protokolü kullanılarak değerlendirilmiştir. 2 hastanede cerrahi bölümüne başvuruların %66-%78'i değildir ve üçüncü hastanede bu oran %2 olup elektif cerrahi girişimlerden sonra görülmüştür. Aynı durum doğum bölümünde de gözlenmiş olup, dahiliye bölümündeki oranlar 3 hastanede farklı göstermektedir (%17-21). 3 hastanede de en az yan etki pediatri bölümünde görülmüştür (%0-2). Cerrahi ve doğum bölümlerinde elektif cerrahi uygulama protokolü yokluğu ve girişim şekli, dahiliye bölümünde ise sadece girişim şekli yan etki görülmeye durumunu etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir.

HASTANEDE YATAN HASTALARIN DÜŞME BİLDİRİMİ İLE NEDENLERİNİN SAPTANMASI

**Utkutan Selvinaz, Vatansever Özgül, Kurt Seyyare
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi/İzmir/Türkiye**

AMAÇ: Hastanede yatan hastaların düşmeleri ile ilgili toplanan verilerinin sınıflanması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve düşme nedenlerine yönelik önlemlerin alınmasıdır.

GİRİŞ: Düşme, bireyin herhangi bir zorlayıcı kuvvet, senkop ya da inme olmadan dikkatsizlik sonucu bulunduğu seviyeden daha aşağıdaki bir seviyede hareketsiz hale gelmesidir. Kişinin son bir yıl içinde 2'den fazla düşmesi, "tekrarlayan düşme" olarak tanımlanır. (1)

Düşme insidansı yaşla birlikte artar, 65 yaşın üzerinde düşme riski daha yüksektir. Yaştan ayrı olarak göze çarpan diğer risk hastanın cinsiyeti ve nörolojik hastalıklardır. Hastanede yatan hastalar için düşme, tehlikeli ve sık yaşanan bir problemdir. Düşmeden kaynaklanan yaralanmalar, bireylerin yaşam kalitesini düşürür ve bireysel bakım gereksinimlerini olumsuz etkiler.(2)

Düşmeye neden olan risk faktörleri; hastaya bağlı nedenler (alt ekstremité güçsüzlüğü, yürüme ve denge problemleri) ve çevresel nedenler (az ışık, kaygan zemin, banyoda güvenli olmayan ortam, yatak kenarlarının kaldırılmaması) olarak sınıflandırılabilir. Hastanede yatan hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik önlemler alınarak, hastalar için güvenli ortamların sağlanması önemlidir. Düşmeleri önlemeye yönelik olarak ilk yapılması gereken hastanın düşme öyküsünün ve risk faktörlerinin belirlenmesidir.

YÖNTEM: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde yatan hastaların düşme bildiriminde "Düşen Hasta Bildirim Formu" kullanılmıştır. Formda; hastaların demografik bilgileri, düşmenin yeri, saati, nerede ve nasıl gerçekleştiği, düşmeden sonra yapılan girişimler ve neden olan durumların tespitinin yapıldığı bölümler yer almaktadır. Çalışma Mayıs 2006 - Aralık 2007 tarihleri arasında tespit edilen 76 rapor ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Hastaların % 55'i 65 yaş üzerinde, %45'i 65 yaşın altında, %66'sı erkek, %34'ü kadın, hastaların %70'inin gece, %30'unun gündüz saatlerinde düştüğü, düşmelerin %37'sinin yataktan, %24'ünün tuvalette, %17'sinin koridorda, %16'sının hasta odasında, %3'ünün banyoda, %3'ünün de radyolojik tetkikler sırasında gerçekleştiği saptandı.

SONUÇ: Hastaneye yatan her hasta için, geliştirilmiş standart bir düşme risk saptama skalasının kullanılması, raporlar sonucunda elde edilen düşmeye sebep olan çevresel nedenlerin iyileştirilmesi ve önlemlerin alınması ile düşmelerin önlenmesi mümkündür.

KAYNAKLAR:

1. Voermans NC., Practical Neurology 2007;7;158-171
2. Briggs J., Rehab Management August/September 2005

ORGAN BAĞIŞINDA SAĞLIK PERSONELİNİN SORUMLULUĞU

Abdullah TURAN, **Leyla GÜNEY**, Halime YÜKSEL, Fatma TOKER, Kadriye AKŞİT,
Türkan VARVAR, Meral ÇETİNKAYA ÖREK, Ertuğrul SARICA, Hacer Ceyhan KARA -
Denizli Servergazi Devlet Hastanesi

GİRİŞ:Organ bağıışı sayısı yetersizliği ülkemizde organ nakli alanındaki en önemli sorundur. Ülkemizde onbinlerce hasta böbrek, karaciğer, kalp, kornea gibi doku ve organ nakli beklemektedir. JCI akreditasyon standartlarının hasta ve yakınlarının hakları bölümünün 3. maddesinin ölçülebilir bileşenleri içinde sağlık personelinin organ nakli için eğitilmesi ve hasta yakınlarının organ bağıışı tercihinin desteklenmesi amacıyla bilgi sağlanması yer alır.

Organ bağıışı konusunda daha önce bilgi sahibi olmayan hasta yakınlarının acılı anında organ bağıışı izni almak güçtür. Toplumdaki yanlış ve eksik bilgilerin, ön yargıların eğitimle ortadan kaldırılması gereklidir. Bunun yanında sağlık personelinin organ naklinin gerekliliğine inanması, bilinci ve desteği önemlidir.

Organ bağıışına inanmış, destekleyen bilinçli sağlık personeli donör yakınları ile iyi iletişim kurarak organ bağıışı izni alınmasını sağlayabilir.

Çalışmanın ilk amacı; sağlık çalışanlarını organ ve doku bağıışı konusunda bilgilendirmek, bağıışta bulunmalarını sağlamaktır. İkinci amacı ise toplumu; sağlık çalışanlarını örnek göstererek organ ve doku bağıışı konusunda bilgilendirmek, insanların yanlış inanışlarını değiştirmek, bağıışta bulunmalarını sağlamaktır.

YÖNTEM:Yönerge gereği her hastanede oluşturulan **Organ Ve Doku Nakli Koordinatörlüğünün** görevleri potansiyel donör tespitini artırıcı faaliyetlerde bulunmak, organ bağıış kampanyaları düzenlemek hastane personeline ve halka eğitim vermektir. Hastanemizde koordinatörlük çalışanları gönüllü hastane çalışanları ile bir kalite çemberi kurmuş projeyi gerçekleştirmiştir. Çalışma Denizli Servergazi Devlet Hastanesi, ilçe hastaneleri ve toplumun genelde genç kesiminin çalıştığı ve eğitim talebimize olumlu yanıt veren fabrikaları kapsamıştır.

Çalışmada önce doku ve organ bağıışı ile ilgili bilgilendirme eğitimi yapılmış eğitim sonunda doku ve organ bağıışı yapmak isteyenlerden bağıış kabul edilmiştir. Eğitimler genel olarak slayt gösterisi şeklinde organ bağıışı ile ilgili bilgilendirici 20 dakikalık sunum, birebir görüşme ve eğitim yapılan

herkese anket uygulanmıştır Çalışmanın diğer organ bağışi kampanyalarından iki önemli farkı bulunmaktadır. Öncelikle eğitim verilmesi ve eğitim sonrasında organ bağışına katılmaları istenmiştir. Diğer yönü ise sağlık çalışanlarının organ bağışi örnek gösterilerek toplumun bilinçlendirilmesi ve katılımı sağlanmaya çalışılmıştır.

BULGULAR: Çalışma öncesi hastanemizde doku ve organ bağışi sayısı 16 kişidir. Hastanemiz personeli 671 kişi olup tamamına organ ve doku bağışi eğitimi verilmiş, eğitim sonunda 206 kişi organ bağışında bulunmuştur. Denizli ili, ilçe hastanelerinden sağlık çalışanlarından toplam 1051 kişiye organ bağışi eğitimi verilmiş 384 kişi eğitim sonucu bağışta bulunmuştur. Toplumdan 1475 kişiye doku ve organ bağışi eğitimi verilmiş, eğitim sonucu 516 kişi organ bağışında bulunmuştur.

Organ ve doku naklinde sürükleyici kesim olması gereken sağlık çalışanlarının istenen bilinç seviyesinde olmadığı gözlemlendi. Organ bağışi kampanyalarına sağlık çalışanlarının tam katılımının olmamasında dini inançların, beyin ölümü ile bitkisel hayat farkının bilinmemesi, organ ticareti ve organ mafyası korkularının hakim olduğu görüldü.

Eğitim verildikten sonra 5 soruluk anket uygulanmış ve katılımcıların % 25 nin organ bağışi yapma konusunda fikirler değişmiştir. Ekip bu çalışma ile **Denizli Sağlık Müdürlüğü Sağlıkta Başarılı Ekip Ödülü** yarışmasına katılmış ve **Jüri Teşvik Ödülü** almıştır.

SONUÇ: Denizli Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre il genelinde 2005 yılında 295 kişi, 2006 da 271 kişi organ bağışında bulunmuştur. Çalışma 10.09.2007 – 31.12.2007 tarihleri arasında 4 aylık kısa bir süreyi içermesine rağmen toplam 2526 kişiye eğitim verilmiş ve 900 kişiden bağış gerçekleşmiştir.

YATAĞA BAĞIMLI OLAN YAŞLI, ÖZÜRLÜ VEYA KRONİK HASTALARA HASTANE HİZMETİNİN EVDE SUNULMASI

Hasan ÇALIŞKAN, Nalan GÖKALP, Kenan YILDIRIM, Yusuf POLAT, Gültekin ÖVET, Ramazan IŞIK, Hatice ŞİMŞEK

Denizli Devlet Hastanesi

Amaçlar:

- Hastanede ve yoğun bakımda hasta kalış süresini kısaltmak
- Yoğun bakımda boş yatak bulma sorununa çözüm olması (dönem dönem yoğun bakımda tedavi görmesi gereken hastalara yer bulunamadığı için ilimizde sorun yaşanmaktadır, hastanemiz ilimizin en büyük hastanesi olduğu için çözüm noktası olmak durumundadır, son yıllarda yoğun bakım yatak sayısı % 100 'ün üzerinde artırılarak 16 dan toplam 73 yatağa çıkarılmasına rağmen bu sorun halen devam etmektedir.)
- Hastaneye gelemeyecek durumda olan yatalak hastaların hastaneye gelme gerekliliğini ortadan kaldırmak
- Hasta memnuniyetini arttırmak
- Hastanedeki kalış süresi uzunluğunun, hastalarda oluşturduğu psikolojik travmayı engellemek

Bu çalışmada yatalak hastaların üç ay içinde sağlık kurumlarına ayaktan başvuru sayısını %50 azaltmayı, 2007 eylül ayına kadar 250 hastaya ulaşarak evde bakım ünitesinde kayıt altına alınmasını, 2007 eylül ayı sonuna kadar 100 hastanın evde bakım planına alınması hedeflendi

Yöntem : Ekip ŞİFA YOLLARI yapılan iş planına uygun olarak yaptığı çalışmalarda pek çok problem çözme tekniğini ve toplam kalite yönetimi esaslarını kullanmıştır. Ekibin adının belirlenmesi, mevcut durum analizi, iyileştirmeye açık alanlar, İş planı yapılırken beyin fırtınası yöntemi kullanılmıştır. Hastanın evde bakım ünitesine kayıt öncesi üç aylık dönemde sağlık kurumlarına kaç kez başvurduğu ve evde bakım ünitesine kayıt olduktan sonraki üç aylık periyotta kaç kez başvurduğu telefon anketi yolu ile öğrenildi.

Bulgular : Hastanemizde yoğun bakım yatak sıkıntısı hat safhadadır. (yoğun bakım yatak doluluk oranı 2006 yılında %98). Yapılan incelemede yoğun bakımda yatalak bakım hastalarının uzun süre yattığı bunun da doluluk oranını artırdığı saptandı. Yoğun bakımlarda hastane enfeksiyonları normal servislere oranla 10 kat fazla görülmektedir. Hastanemiz 2006 yılı verilerine göre servislere hastane enfeksiyonu oranı %1.4 iken yoğun bakımlarda %10.9'dur. Enfeksiyon riskini azaltan en önemli faktör yatış süresinin azaltılmasıdır. Bu hastalardan uygun olanların evde bakım ünitesi tarafından takibi sonucu yoğun bakım yatış süresinin azalacağı aynı zamanda hastaya evinde tedavi görmesi nedeniyle moral takviyesi olacağı düşünüldü. Diğer taraftan halkla ilişkilerde görevli başhekim yardımcılara ulaşan genel sıkıntılarından başlıcasının yatalak bakım hastalarının hastaneye gelmesindeki zorluklar olduğu ekip tarafından tespit edildi. Bu gibi hasta yakınlarının hastaneye hastalarını getirirken ilaç yazdırmaya çalıştıkları ancak yasal mevzuat gereği yardımcı olunamadığı, bu soruna çözüm bulunması gerektiği düşünüldü. Yoğun bakım yatak sıkıntısının azaltılması ve yatalak durumdaki hastaların tedavilerinin ve takiplerinin evlerinde yapılabilmesi amacıyla kurulan 'Şifa Yolları Ekibi' 5 ekim 2006 tarihinden itibaren oluşturulmuş ve planlı olarak evde bakım ünitesi kurulması ve hizmet sunumu için çalışmalarına başlamıştır.

Sonuç : Evde bakım ünitesi hizmete açıldı. Kayıtlı hasta sayısı 338'ye ulaştı. Takipli hasta sayısı 148'ye ulaştı. Hastalardan gerektiğinde kan alımı yapılarak hastane laboratuvarında çalışılması sağlandı, Hastaneye gelemeyecek kadar yatalak ve genel durumu kötü olan hastaların hastaneye gelmeden hekim ve hemşirenin bizzat eve gitmesi ile hastanın vital bulgularına (nabız, tansiyon, ateş, solunum) bakılarak ve varsa yakınmaları doğrultusunda gerekli tedavi düzenlenmektedir. Gerektiğinde hasta ilgili uzman hekime yönlendirilmektedir. Gerekli durumlarda 112 ile iletişime geçilerek hastanın hastaneye transferi sağlanmaktadır. Belli aralıklarla pansuman gereken hatalara evinde pansumanları yapılmaktadır.

50 hastada yapılan anket sonuçları kaydedildi. Anket sonuçlarına göre sağlık kurumlarına başvuru sayısında % 79 azalma olduğu görüldü.

KENT HASTANESİ OLAY BİLDİRİM SÜRECİ

Elif Oksan,

Kent Hastanesi, İzmir, Türkiye

Amaç: : Joint Commission International'ın "Acil ve Kritik Olaylar (Sentinel Events), Kıl Payı (Near Miss) ve Beklenmeyen Ters Etki Yaratabilecek Olaylar (Advers Events)" ile ilgili olan akreditasyon standartları doğrultusunda 5 – 9 Haziran 2006 tarihleri arasında akredite olmuş Kent Hastanesi'nde "Olay Değerlendirme Süreci" oluşturulmuştur. Bu sürecin amacı, kurumda meydana gelen ya da gelebilecek istenmeyen olaylar nedeni ile kişilerin cezalandırılmasından çok olayın oluş nedenlerini yoğunlaşması hedeflenerek bu olayların raporlanmasının sağlanması, hasta ve çalışan güvenliğinin veri analizi ile iyileştirilmesidir.

Yöntem : Kent Hastanesi'nde "Acil ve Kritik Olaylar" anestezi hekimi, kalite direktörü ve işletme operasyonları direktöründen oluşan "Acil ve Kritik Olay Komisyonu" tarafından ele alınır. Konunun içeriğine göre ilgililer, "Temel Neden Analizi" araştırması yaparlar ve 45 gün içerisinde bu çalışma tamamlanır. "Beklenmeyen Ters Etki Yaratabilecek Olaylar" farklı olarak ele alınırlar; çalışanların bu olayları bildirebilecekleri bir form Kent Hastanesi Yerel Intranet sayfasında oluşturulmuştur. İlgili formda "Olayın Tarihi, Olayın Yeri, Olayı Raporlayan Kişinin Adı-Soyadı – Görevi, Olayın Kısa Açıklaması ve Düzeltici Önlem Önerisi" bölümleri yer almaktadır. Aynı zamanda "Beklenmeyen Ters Etki Yaratabilecek Olaylar" 5555 olarak oluşturulan bir telefon numarasına sesli mesaj bırakma yolu ile de aktarılabilir. "Olay Bildirim Formu" Kalite Direktörlüğü'ne

iletilmekte olup, olayla ilgili kişilere görüş ve düşüncelerini almak üzere olay bildirim yapan kişinin bilgileri silinerek form gönderilmektedir. Gelen cevaplar ve olay bildirimlerin hepsi haftada bir kere toplanan, yoğun bakımlar ve ameliyathaneler sorumlusu, medikal direktör, hemşirelik hizmetleri direktörü, medikal direktörlük temsilcisi hekim, işletme operasyonları direktörü, kalite direktörü, kalite yetkilisinden oluşan "Olay Değerlendirme Komitesi" tarafından incelenir ve komitenin almış olduğu kararlar birimlere iletilir. "Olay Bildirim Formu" doldurmuş olan kişiye de konu ile ilgili alınan karar bilgilendirme amacı ile gönderilir.

Bulgular: Ocak – Haziran 2006 tarihleri arasında bölümlerden yapılan olay bildirim sayısı 161'dir. Bu sayı, Ocak – Haziran 2007 tarihleri arasında 144'tür. Kalite Direktörlüğü önderliğinde her yıl tekrarlanan 'Olay Bildirim Eğitimleri'nin ve olaylar için kişilere yapılan geri dönüşlerin katkısı ile olay bildirim sayısında görülen bu sayısal azalma detaylı değerlendirildiğinde; olayların kapsamında bir önceki seneye göre Joint Commission International'ın ters etki yaratabilecek olaylar kavramı kapsamında değerlendirmiş olduğu konuların iletilmesinde artış olduğu gözlemlenmektedir. Olay değerlendirme komitesi çalışmalarından sonra ocak – haziran 2007 tarihleri arasında toplam 3 mevcut prosedür, 4 mevcut form revizyonu yapılmıştır. (Doküman revizyonları, ilgilendirdikleri süreçlerin de revize edildiği anlamını taşımaktadır.) Örnek olarak; Standart CPR Formu revize edilmiştir. CPR formuna, "CPR için Açılarak Hazırlanan Ancak Kullanılmadan İmha Edilen İlaçlar" alanı eklenmiştir. İlgili kontrol ve uygulama, hekim ve hemşirenin imza atmakta olduğu çift kontrol yöntemi ile yapılmaya başlanmıştır. Form revizyonundan sonra süreç gözden geçirilmiş olup, sağlık bakım çalışanlarının hasta ile ilgili bilgilere (İlaç Tedavisi, Vital Bulgular, CPR sonucu gibi) ulaşabilmesi amacı ile CPR formunun bir nüshası hasta dosyasında saklanmaya başlanmıştır. Prosedür ve form revizyonlarının yanı sıra "Hasta Kimlik Doğrulaması, ilaç uygulamaları, ameliyathane görüntüleme uygulamaları" gibi konularda toplam 7 tane eğitim gerçekleştirilmiştir. 15 tane süreç değişikliği gerçekleştirilmiş ve faaliyet uygulamaya konulmuştur.

Sonuç : Olay Değerlendirme Komitesi, tıbbi çalışanların da yer aldığı üyelerinin katılımı ile Kalite Direktörlüğü'ne iletilen tüm olay bildirimleri bağlı oldukları süreçler doğrultusunda değerlendirmekte olup, haftada 1 kere rutin olarak Temmuz 2006 yılından beri toplanmaktadır. Düzenli olarak toplanan, iyileştirme odaklı kullanılan veriler ve alınan önlemlere yönelik sonuçlar hasta güvenliğinin kurum içerisinde en önemli öncelik olması hedefi doğrultusunda üst yönetim ve hastane çalışanları ile belli zaman aralıklarında paylaşılmaktadır.

CERRAHİDE OLUŞABİLECEK BEKLENMEDİK OLAYLAR (SENTİNEL EVENT)

Op.Dr. Cüneyt AYDEMİR

Medicana Hospitals Kalite Koordinatörlüğü

Hekimlik Hizmetleri Koordinatörü, Medicana Hospitals Çamlıca (Başhekim Yardımcısı)

İstanbul / Türkiye

AMAÇ: Cerrahi işlem yapılacak hastalarda gelişebilecek beklenmedik olayların tespit edilmesi ve önlenmesi için alınabilecek tedbirler. Bu bildiriye oluşabilecek beklenmedik olayların minimuma indirilmesi ya da önlenmesi için alınabilecek önlemler ve örnek olarak MEDICANA HOSPITALS DE alınan önlemler anlatılacaktır.

TARTIŞMA: Yapılan araştırmalar cerrahide sentinel eventlerin (beklenmedik olayların) hastaneye yatan her 50 hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur. Ameliyathaneler, gününbirlik cerrahi merkezleri, girişimsel üniteler ve cerrahi birimler hasta güvenliği açısından en riskli ortamlardır. Bu risklerin azaltılmasından tüm ekip sorumludur. Cerrahi hizmetler sadece ameliyatın yapıldığı süreye indirgenmemelidir. Cerrahinin öncesi ve sonrası da bu süreçte dahil edilmelidir. Bu süreçte hasta güvenliğini iyi değerlendirilmelidir. JCI'nın 30 Haziran 2007' de bildirdiği 4473 sentinel event' in 592 (%13,2)'si yanlış taraf cerrahisi ve 534 (%11,9)' ü ameliyat / postoperatif komplikasyonlardan oluşmaktadır. Bu olaylar sadece cerrahide oluşabilecek sentine leventlerin sadece iki tanesidir. Bunların dışında birçok olay hastanın beklenmedik ölümüne ya da beklenmedik büyük fonksiyon kayıplarına neden olabilir. Cerrahide sentinel eventler birçok faktörden kaynaklanabilir. Bu faktörler insan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörlerdir. Bu faktörlerin tespit edilip önlenmesi gerekmektedir.

Cerrahide oluşabilecek sentinel eventler: Yanlış taraf cerrahisi (yanlış hasta, yanlış parça, yanlış vücut tarafı, doğru işaretlenmiş anatomik tarafın yanlış düzeyi), Ameliyat sırasında / ameliyat sonrasında gelişen komplikasyonlar, İlaç hataları (ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyon, benzer ilaç isimlerinin kullanılması, infüzyon pompalarının kullanım komplikasyonları, yüksek riskli ilaçlar), Tedavi gecikmesi- sıra beklemeye bağlı ölüm / fonksiyon kaybı, Kalıcı ve ciddi fonksiyon kayıplarına neden olan hasta düşmeleri, Transfüzyon hataları, Tedavi ile ilgili olmayan beklenmeyen ölüm / büyük fonksiyon kaybı (beklenen komplikasyonlar hariç), Enfeksiyon ile ilgili olaylar, Anestezi ile ilgili olaylar, Medikal ekipmandan kaynaklanan olaylar, Ventilatöre bağlı ölüm / yaralanma, Sistemden kaynaklanan olaylar (işleyiş, prosedürler, kısaltmalar), Cerrahi yanıklar (koter, lazer), Tıbbi gazların kullanımı ile ilgili hatalar (yanlış gaz / gaz karışımı verme), İğne ve kesici alet yaralanmaları, Tanı hataları (yanlış işlem, yanlış test, yanlış sonuç, test raporlamada hata, alınan örneklerin kaybolması, örneğin yanlış etiketlenmesi) ve Teknik arızalara bağlı olaylar (yardımcı güç kaynaklarının devreye girmemesi) dir.

SONUÇ: Cerrahi de oluşabilecek beklenmedik olayların önlenmesi için hastanın işlem için hastaneye gelişinden taburcu olana kadar bir takım önlemlerin alınması ve tüm personelin bu konuda işbirliği yapması, tüm personelin eğitilmesi gerekmektedir.

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI KIRIKKALE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ HİZMETE ERİŞİM VE ÖNCELİKLİ HASTA GRUBU

Op.Dr.Osman ACAR,

KIRIKKALE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ

Hastane Başhekimisi, KIRIKKALE/TÜRKİYE

Hastanemiz yürüttüğü Akreditasyon uygulamaları, çalışmalarını çerçevesinde hastalarımızın hizmete erişimini kolaylaştırmak amacı ile belli standartlar geliştirmektedir.

Her zamanki amacımız olan hizmette insana odaklı ve Hastalarımızı memnun etmek amaçlı çalışan hastanemiz, bu uygulamada da Akreditasyon gereklilerini yine insana odaklı yapılandırmaya çalışmaktadır.

Hizmete erişim uygulamalarımızda 'Hastaların durumunu önemseyen ve önceliklerini yapılandıran bir hastane ' olmak için standardizasyon faaliyetleri başlamıştır.

Polikliniklerde yönlendirme hizmetleri

Polikliniklerde yaşlı ve muhtaç hastalarımız için danışmanlık yönlendirme hizmetlerimiz ile hastalarımıza hizmet verilmektedir.

Öncelikli hasta grubumuz belirlendi.

- Engelli vatandaşlarımız

- Gazi ve şehit yakınları
- Düşkün ve yaşlı hastalar

Hastanemiz tarafından tanımladığımız öncelik grubundaki hastalarımıza Hasta Kartları verilerek öncelik hizmetimizden yararlanmaktadır. Öncelikli Hasta Kartı ile polikliniğimize başvuran hastalarımızı otomasyon sistemimiz tanımakta ve kayıt esnasında önceliği verilerek beklemeden muayeneleri yapılmaktadır. Ayrıca yanında refakatçisi olmayan öncelikli hasta grubundaki hastalarımıza hostes verilerek muayeneleri gerçekleştirilmektedir.

Poliklinik Bekleme Süresi ve Hekim Seçme Uygulaması : Hastanemiz OCAK 2005 yılında tam otomasyon sistemine geçmiştir.Hastalar hekim seçme uygulaması ile direk polikliniğe gelirler.Her poliklinikteki muayene olacak hastaların ismi ve sıra numarasının görüldüğü LCD ekranlarda hastalarımız dinlenme koltuklarında oturarak sıralarını beklerler.Hastaların bekleme süreleri azaltılarak hasta memnuniyeti artırılmıştır.Tetkik isteme işlemleri poliklinik odasından yapılarak hasta kan alma salonuna yönlendirilir.Tetkik örnekleri alınan hasta polikliniğe gönderilir.Sonuçlar poliklinik odasındaki Doktor bilgisayarından takip edilmektedir.

Polikliniklerde Telefonla Kayıt Sistemi : Hastalarımıza mevcut kayıt sistemimiz yanında, telefonla da kayıt olabılme imkanı sağlandı. Hastalarımız sabahın erken saatlerinde hastanemize gelmeden evlerinden bir telefonla kayıt yaptırma imkanına kavuştu.

Telefonla kayıt sistemi uygulamasının duyurulması çalışmaları yapılarak bu konuda bilgilendirici afişler ve el ilanları bastırıldı. Web sitemizde yayınlandı. Ayrıca bilgilendirici anonslar yapılarak duyuruldu. Bu afiş ve el ilanlarında her doktor için telefon numaraları yer almaktadır. Hastalarımız direk muayene olacağı polikliniği arayarak sıra almakta ve muayene olacağı yaklaşık saati öğrenebilmektedirler

Uygulamanın Sonucu: Telefonla kayıt sistemi uygulamasında hastalarımızın yaklaşık %20'si telefonla kayıt olarak muayene olmaktadır. Bu uygulama sonucunda sabah polikliniklerimizdeki hasta yoğunluğu azaltmış ve mesai saati içerisinde homojen dağılım sağlanmıştır.

Hasta ve hasta yakınları bu uygulamadan memnun kalmışlar ve telefonla kayıt oranı %20'den yukarı doğru çıkmaktadır.

DENİZLİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ SAĞLIKTA BAŞARILI EKİP ÖDÜLÜ (SBEÖ)

Okan İLHAN , Özlem DOĞAN, Özlem YILMAZ, Mustafa NALBANT - Sağlık Müdürlüğü DENİZLİ

AMAÇ: Sağlıkta topluma faydalı, özgün projelerin ortaya çıkmasını ve uygulanmasını teşvik etmek, ekip çalışmalarını desteklemek, özendirme ve ödüllendirmektir. Sağlık çalışanlarının gönüllü katılımını sağlamaktır. Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlık alanında Türkiye'de ilk kez düzenlenen SBEÖ nde beş ekibin katılımı, üç ekibin finale kalması ve üç ekibin Kal-Der Ege Bölgesi Yılın Başarılı ekibi ödülüne katılımı hedeflenmiştir.

YÖNTEM: SBEÖ Denizli'de yerleşik tüm özel ve kamu sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır. SBEÖ de patenti Kal-Der'e ait olan Ekipte Mükemmellik Modeli (EMM) kullanılmaktadır. Ödüle başvuran ekiplerin değerlendirmesi üç aşamada yapılmaktadır. Ödüle başvuran her ekip için eğitimli 6 değerlendirici belirlenmiştir. Değerlendiriciler incelemeyi yaptıktan sonra raporlarını ve puanlarını baş değerlendiriciye teslim etmiştir. Tüm değerlendiricilerin katıldığı uzlaşım toplantısı yapılarak ortak rapor ve puana oluşturulmuştur. 100 üzerinden 40 puan alan ekipler finale kalmış ve projeleri yerinde yeniden saha değerlendiricileri tarafından değerlendirilmiş ve puanlar Ödül Yürütme Kuruluna teslim edilmiştir. Elde edilen puanlara göre ekiplere verilecek ödüller Jüri tarafından belirlenmiştir.

Hazırlık aşamasında önce sürecin her aşamasında sürecin koşullarını belirleyen talimat hazırlandı. İl Sağlık Müdürlüğümüz Dr. Erdoğan Taş tarafından Denizli Valisi Dr.Hasan Canpolat'ın onayına sunuldu. Talimat onayından sonra SBEÖ; resmi yazı ile Denizli'deki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına duyuruldu. Web sitesinde yayınlandı. Aile Hekimleri vb. sağlık çalışanlarının toplantılarında sunum yapıldı.

SBEÖ ödül törenine katılan katılımcılar arasında bağımsız anket kuruluşu Bilgi Birikim tarafından yapılan algılama anketi uygulanmıştır. Ankete katılanların %18.4 ü doktor, %74,6 sı sağlık çalışanı, %29,4 ü ise sağlık sektöründe üst ve orta düzey yöneticidir.

BULGULAR: Kongre ve Kültür Merkezi'nde 17.11.2007 de gerçekleştirilen törenle ödüller sahiplerine dağıtılmıştır. Çivril Devlet Hastanesi'nden Çalış Düzelt Haket ve Servergazi Devlet Hastanesi'nden Gökkuşluğu ekiplerine "**Jüri Teşvik Ödülü**"; İl Ambulans Servisi Baş Hekimliği'nden Denizyıldızı ve Servergazi Devlet Hastanesi'nden Ritmik Yaşam ekiplerine "**Başarı Ödülü**"; Sağlık Müdürlüğü Ağız Diş Sağlığı Şubesi'nden Ağzına Sağlık ekibine "**Büyük Ödülü**" verilmiştir.

Algılama anketine katılanların;

% 96,58 i; (doktorların ve sağlık sektörü yöneticilerinin ise % 100 ü) SBEÖ nün sağlıkta iyileştirme amaçlı yaptıkları ekip çalışmalarını desteklediğini ve özendirdiğini;

% 91,10 u başarılı bulduklarını;

% 95,71 i yeni ve daha iyi fikirlerin ortaya çıkmasını sağlayarak yaratıcılığı desteklediğini;

% 94,52 sağlık hizmetlerinin gelişme ve iyileşmesinde çok faydası olduğunu

% 92,47 si gelecek yıl etki alanının genişleyeceğini ve daha fazla ekibin katılacağını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Ödül töreni sonrasında Denizli'den toplam 52 sağlık çalışanının değerlendirici eğitimi almak için başvurması gelecek yıl SBEÖ ünde katılımın daha fazla olacağı göstermektedir.

Ekip üyeleri birlikte çalıştıkları süreç içinde dayanışmanın, dostluğun arttığını kurum içi sosyal ilişkilerin geliştiğini açıklamışlardır.

SONUÇ: SBEÖ de başlangıçta saptanan hedeflerin üstünde performans elde edilmiştir. Beş ekip katılmış, katılan beş ekip finale kalmış (saha ziyaretine hak kazanmış) sekiz ekip ise Yılın Başarılı Ekip Ödülüne katılmıştır. 2000 yılından beri düzenlenen Ege Bölgesi Yılın Başarılı Ekip Ödülü tüm sektörlerle açıktır. Bu yıl Ege Bölgesi ödülüne katılan toplam 11 ekipten 8 i Denizli'den katılmıştır. Üstelik 8 i de sağlık sektöründendir. Önceki yıllarda Denizli'den çok az katılım olmasına ve sağlık sektöründen katılan ekip olmamasına rağmen bu yıl sekiz ekibin birden katılımı SBEÖ ünde beklentinin üzerinde başarı elde edildiğinin göstergesidir.

AMELİYAT ÖNCESİ SARF MALZEME HAZIRLIKLARININ PAKET OLARAK DÜZENLENMESİ VE OTOMATİZE İSTEM SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gönül ESER METE **Sibel YILDIRIM ***Buket ÇİĞDEM *Zerrin KAYA**

*Acıbadem Kadıköy Hastanesi Ameliyathane Ekip Lideri

** Acıbadem Kadıköy Hastanesi Ameliyathane Klinik Eğitim Hemşiresi

*** Acıbadem Kadıköy Hastanesi Ameliyathane Hemşiresi

****Acıbadem Kadıköy Hastanesi Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi

Giriş:Günümüz hastanelerinde hizmet sunumu sırasında tüm süreçlerde binlerce kalem malzeme kullanılmaktadır. Çoğu hayati öneme sahip olan bu malzemelerin istenilen yerde, arzu edilen miktarda ve zamanında hazır olması için yapılan çalışmalar malzeme yönetiminin uğraşı alanını oluşturmaktadır. Ameliyathanelerde, sarf malzeme stok kontrolünün düzenli olarak yapılamaması, sarf malzemenin çokluğu ve çeşitliliği, deponun fiziksel alanının yetersizliği, depo yetkilisinin tüm sarf malzemeleri tanımaması gibi gerekçelerle otomatize malzeme yönetimine ihtiyaç duyulmuştur. Ameliyat hazırlığının ameliyat saatinden hemen önce yapılmasıyla farkedilen eksik malzemenin yerine konması için yeterli sürenin olmaması ameliyathane süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir..Otomatize malzeme yönetimi ameliyathanede verilen hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, zaman yönetimi, stresi azaltma, verimliliğin artırılması, sağlık maliyetlerini azaltma, güvenli kontrol ve dağıtımı sağlanmasında önemli rol oynamaktadır

Amaç:Otomatize sarf malzeme hazırlıklarının paket olarak düzenlenerek, otomatize malzeme istem sistemine geçiş sürecinin etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Acıbadem Hastanesi ameliyathanesinde kayıtlar (hemşire toplantı tutanakları, yönetici hemşire aylık faaliyet raporu, hekim memnuniyet anketleri) retrospektif olarak incelenmiş, 2005 yılı Ağustos-Eylül-Ekim ve 2006 yılı Ocak-Şubat-Mart ayları arasında ameliyat öncesi sarf malzeme hazırlıklarının zamanında, eksiksiz yapılamamasına bağlı oluşan sorunlar taranmıştır. Bu sorunları ortadan kaldırmak ve daha kaliteli hizmet verebilmek için PUKÖ (Planla,Uygula,Kontrol Et,Önlem Al) çalışması yapılmasına karar verilmiştir.

Bulgular:Acıbadem Hastanesi ameliyathanesinde 2005 yılı Ağustos-Eylül-Ekim aylarında sarf malzeme hazırlıkları ile ilgili toplam 143 (%9.4) şikayetini meydana geldiği (Tablo1), 2006 yılı Ocak-Şubat-Mart aylarında toplam 20 (%1) şikayetin meydana geldiği saptanmıştır (Tablo 2).

Tartışma:Otomatize malzeme istem sisteminin içine, ameliyathane sarf malzeme deposunun yanısıra Merkezi Sterilizasyon Ünitesi'nden talep edilen tüm cerrahi set/alet ve drapelere de tanımlanması eklenerek, iş gücü ve zaman kaybı önlenmiş ve verimliliğin artırılması sağlanmıştır.

Sonuç: Otomatize istem sistemi 2006 yılı ocak ayından itibaren kullanılmaya başlandığında sarf malzeme yönetimi açısından etkin olduğu anlaşılmıştır.Acıbadem Kadıköy ameliyathanesinde başlatılan bu çalışmanın kullanılmaya başlamasıyla sistem içindeki eksiklikler saptanarak giderilmiştir. Bu eksiklikler giderildikten sonra tüm ASG (Acıbadem Sağlık Grubu) ameliyathanelerinde kullanılmaya başlanmıştır.

Kaynak

1. Odacıoğlu, Y. (2005) Hastanelerde Malzeme Yönetimi. III.Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi www.kalite.saglik.gov.tr/sunumlar/malzeme.htm Erişim tarihi:15/06/07.
2. Ozdemir, A. (2005) Sağlık Hizmetlerinde Malzeme Yönetimi Erişim tarihi:18/06/2007 www.absaglik.com/belge.htm

ÖZÜRLÜLER VE HEYET RAPORU ALACAK HASTALAR İÇİN SÜRECİN HIZLANDIRILMASI VE İYİLEŞTİRİLMESİ

Kenan YILDIRIM, Nalan GÖKAL, Hasan ÇALIŞKAN, Yusuf POLAT, Gültekin ÖVET, Uğur ALTINDAĞ, İsmail KAHRİ

Denizli Devlet Hastanesi – Denizli –Türkiye

Amaç:

- Haftada 2 gün toplanan heyet kurulu haftada 5 güne (hafta içi her gün) çıkarmak
- 2006 yılı ilk 9 ayında aylık ortalama 3756 olan toplam rapor sayısını 2007 yılı ilk 9 ayında % 20 arttırmak,
- 2006 yılı ilk 9 ayında aylık ortalama 230 olan özürlü rapor sayısını 2007 yılı eylül ayına kadar % 50 arttırmak,
- 5 günde verilen heyet raporunu 1 günde verebilmek
- Hastanemize olan tüm başvurulara 4–5 gün içinde cevap verirken bu süreyi 1 güne indirmek (Randevuları kaldırmak),
- Heyet polikliniklerindeki muayene bekleme süresini 120 dakikadan 60 dakikaya düşürmek
- Her heyette değerlendirilen toplam hasta sayısını 60 dan 40' a düşürmek (böylece daha sağlıklı değerlendirme yapabilmek)
- Özürlü hastaların hastane içi nakillerinin iyileştirilmesi için kullanılan tekerlekli sandalye sayısını 10 dan 60'ye çıkarılması, (yeni alınacak olan 50 adet daha nitelikli sandalyenin alınması) olarak belirlendi.

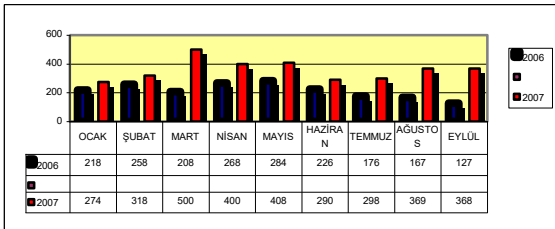
Yöntem: Mevcut durum analizi, iyileştirmeye açık alanların belirlenmesi ve İş planı yapılırken beyin fırtınası yöntemi kullanılmıştır. İyileştirmeye açık alanlardan Özürlülerin ve heyete başvuranların ilk kayıta ve poliklinik muayenesi için diğer hastalarla birlikte beklemesi ile ilgili 5 N 1 K yöntemi kullanılarak çözüm üretilmiştir.Hastaların bekleme sürelerinde balık kılıç diyagramı ile neden sonuç analizi yapıldı.

Bulgular: Özürlü hastalar hastaneye gidip gelmekte zorluk yaşadıklarını sık sık halkla ilişkilerdeki başhekim yardımcısına dile getiriyorlardı. Heyet haftada 2 gün toplandığı için hastalar poliklinikleri dolaştıktan sonra heyet günü ayrıca hastanemize geliyorlardı. Özürlü hastalar ve yaşlılar her ne kadar sırada kendilerine öncelik verile de ilk kayıtlarda ve polikliniklerde diğer hastalarla birlikte oldukları için istenmeyen tartışmalar yaşanmaktaydı. Bazı polikliniklerin farklı yerlerde ve üst katlarda olması nedeniyle bu hastaların dolaşması gerekiyordu. Hastane idaresi üzerine düşen toplumsal sorumluluk bilinciyle bu gibi hastaların sorunlarına öncelik veriyordu.

Sonuç:2006 yılı ilk 9 ayında aylık ortalama 215 olan özürlü rapor sayısı 2007 yılı ilk 9 ayında 358'e çıkarak belirlenen hedefin üzerine çıkmıştır. 2006 yılı ilk 9 ayında aylık ortalama 3756 olan toplam rapor sayısı 2007 yılı ilk 9 ayında 4489'a çıkarak belirlenen hedefe oldukça yakın sonuç elde edilmiştir. Çalışma öncesi 5 günde verilebilen heyet raporu çalışma sonrası 1 günde verilebilmektedir.

Heyet polikliniklerinde heyet hastasının hastaneye gelişinden 7 poliklinik muayenesi tamamlanincaya kadar bekleme süresi, çalışma öncesi ortalama toplam 120 dakika iken çalışma sonrası 42 dakikaya imiştir. Her heyette değerlendirilen ortalama toplam hasta sayısı 60 dan 40' a düşürüldü.

Tablo I. 2006 ve 2007 yılları arasında aylık bazda verilen özürlü rapor sayısı



OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA HASTANE İÇİ ORGANİZASYON AKIŞ ALGORİTMASI

Özgür TAŞKIN*, KÜÇÜKERENKÖY Fatma*, BEKİROĞLU Nural, AKDAŞ Atif*****

*Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi,

**Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı,

*** Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği ABDalı.

Amaç: : Bu çalışmanın amacı, olağanüstü durumlarda tanımlanan talimatı akış şeması şeklinde düzenlemek, talimatın, en iyi şekilde anlaşılabilmesine, uygulanabilmesine olanak sağlamak ve talimatın olası eksikliklerini ortaya çıkarmaktır. Algoritma, bir problemi çözmek için işlemlerin adım adım belirlenmesidir. Akış şeması ise, algoritmanın kendine özgü anlamları olan geometrik şekillerle tanımlanması, çizilmesidir. Akış şeması kullanarak, süreci bir

bütün olarak görmek, algoritmada yapılabilecek hataları, eksiklikleri akış şeması ile daha net olarak ortaya çıkartarak görülmesini, sürecin daha kolay ve anlaşılır olmasını sağlamak.

Yöntem : Hastane bünyesinde; deprem, sel, yangın, büyük kazalar, terör gibi olağanüstü durumlarda, hasta ve yaralıların teşhis ve tedavisinde başarı sağlanabilmesi ve hastanede ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirebilmek, hasta güvenliğini sağlamak amacıyla "Olağanüstü Durumlarda Hastane İçi Organizasyonu" talimatı akış şemasını kullanarak tanımlanmıştır.

Bulgular : Oluşturulan akış şeması, hazırlanan talimatın, olağanüstü durumlarda uygulanabilirliğinin yeterli düzeyde olduğunu ve organizasyon yapısının başarılı bir şekilde tanımlandığını ve yapılan tatbikatlar sonucunda da akış şemasına uygun hareket edildiğini gözlenmiştir.

Sonuçlar: Süreçleri tanımlayan akış şeması kullanılması hataların ve eksikliklerin görülmesini ve sürecin daha kolay anlaşılmasını sağlamaktadır.

MEDİKAL KALİBRASYON ÖLÇÜMLERİNDE ANESTEZİ VAPORİZATÖRLERİNİN KONTROLÜ

Mana SEZDİ

İstanbul Üniversitesi Biyomedikal Cihaz Teknolojisi Bölümü, İstanbul-Türkiye

ÖZET: Sıvı anestezi ajanları buharlaştırmak ve hastaya kontrollü olarak belli bir miktarda vermek amacıyla kullanılan anestezi vaporizatörlerinin, American Society for Testing and Materials (ASTM) standardı ASTM F1161-88'e göre kalibrasyon ölçümlerinin yapılması zorunludur.

Ülkemizde de medikal kalibrasyon ölçümleri ve testleri kapsamında, anestezi vaporizatörlerinin kontrol edilmesi gerekliliğine dikkat çekmek ve kullanılan vaporizatörlerin markası ne olursa olsun, kullanıcı tarafından kalibrasyon sertifikalarındaki ölçüm değerlerinin cihazın ayarlanması aşamasında gözönünde bulundurulması gerekliliğini vurgulamak amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Çalışma, 3 farklı marka (A, B ve C markaları) anestezi vaporizatörünün sevoflurane ve isoflurane gazları için toplam 30 adet vaporizatör üzerinden gerçekleştirilmiştir. Kalibrasyon ölçümlerinde, PF301 Flow analyser (imt medical-İsviçre) ve OR703 Multi Gas analyser kullanılmıştır. Ölçüm prosedürü, ECRI (Emergency Care Research Institute) IPM (Inspection and Preventive Maintenance) programı kapsamında alınmıştır. Vaporizatörler, 5 L/dak'lık oksijen akışı altında, sevoflurane gazı için; %1, %2, %3, %4, %5, %6 ve %8 skalalarında, isoflurane gazı için ise; %1, %2, %3, %4 ve %5 skalalarında test edilmiştir. Ölçüm sonuçları istatistiksel olarak incelenmiş, ortalama ve standard sapma değerleri hesaplanmıştır.

Sonuç olarak görülmüştür ki, anestezi vaporizatörleri hangi marka olursa olsun, kalibrasyon ölçümlerine göre standartlara uygunluğu görülürse görülsün, ayarlanan konsantrasyon değerinin üstünde veya altında bir çıkış konsantrasyonu vermektedir. Bu nedenle, cihazın kullanımı sırasında daima bu kalibrasyon ölçümleri kalıncı tarafından gözönünde bulundurulmalı, hastaya anestezi gaz verimi sırasında cihazın kalibrasyon ölçüm sonuçlarına göre gaz ayarları yapılmalıdır.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÖRNEK KALİTE İYİLEŞTİRME MODELİ:ACİL TEST RAPORLAMA SÜRELERİ VE HASTA GÜVENLİĞİ

Emine KURT^{1,2}, Nilgün MUTLU^{1,3}

¹Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, Türkiye

²Kalite Geliştirme Direktörlüğü, ³Biyokimya laboratuvarı

Amac: Bu çalışmanın amacı, acil test sonuçlarının belirlenen zaman aralıklarında raporlanabilmeleri için etkin yöntemler geliştirmek, uygulamak ve iyileştirerek, hasta güvenliği kriterlerini yerine getirmektir.

Çalışmanın başlatılmasını gerektiren başlıca neden, belirlenen Acil Servis test raporlama sürelerinin uzun olması ve buna bağlı olarak

- Acil Servis Müşahede sürelerindeki uzama
- Hasta memnuniyetsizliği ve şikayetleri
- Geç tanı koyma
- Prestij kaybı olarak tanımlanabilir.

Yöntem: Sürekli İyileştirme aracı olarak Puke Döngüsü ve destek araçlar olarak Beyin Fırtınası, Balık Kılıçığı, Kök Neden Analizi ve İstatistiksel Veri Analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular:

Problem Tespiti: Yapılan analizlerde Biyokimya Acil Test raporlama süresinde belirlenenden (farklı Biyokimya, Hormon ve İlaç Düzeyleri testleri için minimum 30-45 dakika ve maksimum 2,5 saat olarak tanımlı olan) %79 oranında sapma tespit edilmiştir.

Sürekli İyileştirme Takımı Kurulması Ve Toplantı Organizasyonu: Problemin takibi ve iyileştirmesi için Kalite Geliştirme Direktörlüğü, Acil Ünitesi Hekim ve Hemşireleri, Laboratuvar Çalışan Hekim ve Teknikerleri, Hemşirelik Hizmetleri Çalışanlarından belirli kişilerin yer aldığı Sürekli İyileştirme Takımı kurulmuştur.

Beyin Fırtınası: Beyin fırtınası metodu ile test raporlama sürelerinde gecikmeye neden olan etkenler tüm süreç adımları açısından tek tek belirlenmiştir.

Kök Neden Analizi: Belirlenen kriterler Kök Neden Analizi yöntemi ile önceliklendirilmiş ve en fazla probleme sebep olan kriter (preanalitik nedenlere bağlı uygunsuz örnek) başlangıç kabul edilerek uygulama kararları alınmıştır.

Uygulama Kararları:

- Örnek Transfer Talimatı Oluşturulması
- Hemşirelere ve Teknikerlere Eğitim verilmesi
- Kan Alma Talimatları oluşturulması
- Test Çalışma Sürelerinin Hastane İşletim Sistemi'ne tanımlanması
- Özel Test Koşullarına göre Örnek Alımı Bilgilendirme Broşürü oluşturulması
- Kan alma esnasında üçlü musluk kullanılmaması

Hedeflenen Sonuçlar:

- Acil test raporlama sürelerindeki sapmayı %20'ye düşürmek
- Acil Servis Müşahede sürelerindeki sapmayı %15 altına düşürmek
- Hasta Memnuniyetini sağlamak
- Prestij kaybına engel olmak

Analiz Dönemleri, Kontrol Ve Karşılaştırma Analizleri: Mart - Ağustos 2007 döneminde veriler aylık olarak toplanmış, analiz edilmiş ve Ağustos ayına kadar kademeli olarak sapmaların %37'ye kadar düştüğü tespit edilmiştir.

Gözden Geçirme Ve Yeni Planlama: 1 Eylül 2007 tarihinde yapılan gözden geçirme toplantısında henüz hedeflenen değerlere ulaşamadığı anlaşılmış, bir önceki toplantıda belirlenen kriterler üzerinden yeni bir kök neden analizi yapılmış ve bu kez en fazla sapma nedeni olarak Laboratuvar kullanılan ekipmana bağlı bekletme (jelli serum tüp kullanımı) olduğu belirlenmiştir.

Yeni Uygulama Kararları:

- Kullanılan tüplerin santrifüj öncesi bekletme sürelerini azaltmak için olası çözümlerin araştırılması

- Sık test tekrarlarının nedenlerinin araştırılması ve ortadan kaldırılması

Yeni Kararların Analiz Ve Takip Çalışmaları: Kullanılan jelli serum tüpleri ile, üretici firma tarafından önerilen uygun santrifüj işlemi sonrası dahi, %43 gibi yüksek bir oranda fibrin tespit edilmesi test tekrarlarına sebep olduğundan, raporlama sürelerinin uzadığı belirlendi.

Raporlama sürelerinin uzamasına neden olan diğer faktör, iyileştirme araştırmalarında tespit edilen alternatif tüplerdeki **aksine**, belirlenen santrifüj öncesi örnek bekleme zamanının 30 dakika olarak zorunlu kılınması olduğu görüldü.

Yeni Analiz Sonuçlarının Kalite Konseyine Bildirimi Ve Aksiyon Planı: Yönetmel, lojistik ve mali açıdan değişikliklere neden olabilecek uygulamaların onaylanması ve hızlı aksiyon kararlarının alınabilmesi için konu üst yönetim üyelerinden oluşan Kalite Konseyine iletildi ve:

- Hâlihazırda kullanılan jelli tüplerin alternatif jelli tüpler ile değişimine
- Hızlı bir aksiyon ile kullanılmakta olan problemli jelli tüplerin iade edilmesine
- Alternatif ve uygun bulunan ürünün alınarak hızla kullanım alanlarına dağıtılmasına karar verildi.

Sonuç: Hedefimize uygun olarak takip veri analizlerinde Acil Test Raporlama sürelerindeki sapma %16' oranına başarı ile düşürülmüştür. Bunu takiben Acil Servis Müşahede Sürelerindeki sapma ve Hasta Şikayetleri belirgin oranda azalma açıkça görülmüştür.

SÜREÇLERİN İYİLEŞTİRİLMESİNDE ENDİKATÖRLERİN ETKİSİ

Ayfer BAHTIYAR - Bayındır Hastaneleri, ANKARA, TÜRKİYE

Tıbbi ve organizasyonel süreçlerin kabul edilen standartlarla hizmet sunumunu gerçekleştirip gerçekleştirmediğinin izlenmesi, Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği sisteminin bir parçası olan endikatörlerle gerçekleşmektedir. Endikatörler sağlık bakım standartları ve sunulan sağlık hizmetlerinin ölçülerek izlenmesi, değerlendirilmesi ve belirlenmiş hedeflerden sapmaları bildiren kalite göstergeleridir. Hasta bakımı, güvenliği, tedavisi ve bunların sonuçları ile ilgili süreçlerin performansı hakkında, veri toplamaya ve değerlendirmeye yarayan ölçüm araçlarıdır. Endikatörler hem tıbbi süreçlerin hem de işleyişle ilgili süreçlerin kalitesini ölçer.

Süreçlerin endikatörlerle izlenmesindeki amaç;

- Sürdürülebilir, nitelikli, sağlık hizmeti sunmak ,
- Süreçleri somut veri ve göstergelerle ölçerek kontrol etmek,
- Riskli süreçleri yakından izlemek ve riskli süreçlerde gelişebilecek hataları önlemek,
- JCI Hasta Güvenliği hedeflerine ulaşmak,
- Sunulan hizmetin kanıta dayalı tıbbi bilgilere uyumunu sağlamak,
- Her bölümün, kendi süreçlerini izlemesini ve iyileştirmesini sağlamak,
- Olası hataları ortaya çıkmadan önce yakalamak ve önlem almak,
- Çalışanlara, süreçlerin sonuçları hakkında geri bildirimde bulunmak.

Hangi Süreçler İzlenmeli

JCI standartları ile hizmet sunan kurumlar, JCI standartlarının zorunlu kıldığı 20 alanı endikatörlerle izlemektedir. Kurumlar bunlara gerekli gördüğü süreçleri ekleyebilir.

Öncelikli olarak izlenecek süreçler

- Riskli süreçler: Hasta ve çalışan güvenliğini tehlikeye sokan
- İyileştirilmesi gereken süreçler

Bayındır Hastanelerinde Endikatörlerle İzlenen ve izlem sonucu iyileşen süreç örnekleri:

Mart 2006'dan Aralık 2006'ya kadar olan on aylık sürede gelişen iyileşme

- **Transfüzyon reaksiyonları:** Başlangıçta tespit edilen oran: %1.85 En son ölçümde geldiğimiz nokta %0.25
- **Kan torbalarının geri dönüş oranı:** Başlangıçta tespit edilen oran: %87.6 En son ölçümde geldiğimiz nokta: %99.3
- **Boş kan torbalarının geri dönüş oranı:** Başlangıçta tespit edilen oran: %16.34 En son ölçümde geldiğimiz nokta: %99
- **Hatalı istem (hatalı cinsiyet, doğum tarihi):** Başlangıçta tespit edilen oran: 77 adet (aylık) En son ölçümde geline nokta: 25 adet (aylık)
- **Zamanında gelmeyen numune:** Başlangıçta tespit edilen oran: 276 adet (aylık) En son ölçümde geldiğimiz nokta: 5 adet (aylık)
- **Hizmet alanlarına yanlış giden ilaç sayısı** (Hatalı doz, yanlış ilaç, isteği yapıp bölüme ulaşmayan ilaç, hasarlı ilaç) Başlangıçta tespit edilen oran: 7 adet En son ölçümde geldiğimiz nokta: 3 adet
- **Taburcu öncesi hasta eğitimi.** Başlangıçta tespit edilen oran oran: % 52 En son ölçümde geldiğimiz nokta: %98.8
- **Yatışı takiben 24 saat içinde bakım veren tüm bölümler tarafından değerlendirilmesi tamamlanmamış hasta oranı.** Başlangıçta tespit edilen oran: Mart 2006: %25.9 En son ölçümde geldiğimiz nokta Aralık 2006: %11.3

Örnek endikatörlerde de görüldüğü gibi sürecin izlenmeye başlandığı tarihte saptanan oran, on aylık izlem sonunda istenilen orana doğru iyileşme göstermiştir.

Süreçler izlenmeden iyileştirilemez. Süreçlerin izlenmesi, süreç hakkında veri elde etme ve bu verileri değerlendirerek iyileştirme yapma fırsatı verir.

TEKNOLOJİK DEĞİŞİM VE ÇALIŞANLARIN MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

KARAHAN Atilla, KÜÇÜKİLHAN Mustafa, ÖZDEN YILMAZ Filiz, AKBULUT Gökhan

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

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde teknolojik değişim ile birlikte kaliteli hizmet verilmesinde, çalışanların rolünü belirlemek ve hasta memnuniyeti üzerine etkisini araştırmaktır.

YÖNTEM: Bu araştırma farklı iki hizmet binasında yıllık 159.000 hastaya hizmet veren, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde 660 hasta üzerinde anket yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Ankette Evet/hayır seçmeli Tablo:1'deki sorular ve dörtlü likert ölçeğinde Tablo: 2'de belirtilen dört faktör ile ilgili görüşler alınmıştır. Veriler SPSS istatistik programı kullanılarak frekans dağılımları ve faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi yapılırken (α) güvenilirlik katsayısının literatürde belirtilen güvenilirliğin genel kabulü olan 0,70 değerine yakınlığı araştırılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hastaların cinsiyete göre: %57.7'sinin bay, %42.3'ünün bayan, yaş dağılımına göre: 18-35 yaş arası %30.7, 35-55 yaş arası %57.3 ve 55 yaş üzeri %12.0 olduğu bulunmuştur.

Tablo:1 Personel ve Teknolojik Değişimle

Tablo: 2 Algılanan Hizmet Kalitesine

İlgili Sorulara Verilen Yanıtların

İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Yüzdesele Dağılımları

Personel ve Teknolojik Değişimle İlgili Sorular (%)

İdari Personelden Şikayeti Olanlar	15.8
Hemşirelerden Şikayeti Olanlar	4.8
Doktorlardan Şikayeti Olanlar	2.4
Tetkik Hizmetleri Kalitelidir.	75.7
Teknolojiden Hemen Yararlanılmaktadır	73.6
Hastane Teknolojik olarak Sürekli Yenilenmektedir	94.5
Kaynak İsrافی Yapılmaktadır	70.3
Genel Olarak Tüm Hizmetler İyidir.	93.0

Algılanan Hizmet Kalitesine İlişkin Belirlenen Faktörler

Faktör Yükü Ortalama Değerleri Öz Değer (Eigen Value)

a.		
Faktör 1Doktor Hizmetleri Bilgilendirme, Eğitim, Kişisel Yaklaşım	.78	15.66
.76		
Faktör 2Hemşire Hizmetleri, Bilgilendirme,Eğitim,Tecrübe,Kişisel Yaklaşım	.70	3.41
.79		
Faktör 3 İdari Hizmetler, Bilgilendirme,Eğitim,Tecrübe,Kişisel Yaklaşım	.55	2.18
.71		
Faktör 4 Fiziki Özellikler, Teknolojik Yenilenme,Faydalanma,Bina Yapısı	.76	2.22
.89		

SONUÇ: Hastaların daha çok idari personelden şikayetçi oldukları, bunun da kadrolu idari personel azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastanenin hizmet alanlar tarafından teknolojik açıdan geliştiği bunun da memnuniyetle karşılandığı görülmüştür. Ancak hizmet alanlar teknolojik değişimler sırasında yeni teknolojinin kuruma adaptasyonu ile ilgili (personel eğitimi, cihazın kullanımı vb.) veya yönetim kararlarından dolayı (hastanenin poliklinik ve klinik hizmetlerini yerine getirirken birbirinden uzak (8 km) hizmet binalarından oluşması vb.) kaynak israfına neden olunduğu görülmüştür. Burada da teknolojik değişimin memnuniyeti arttırdığı, ancak değişimle birlikte artan maliyetler ve personelin adaptasyonu konusunda yöneticilerin hassas davranmaları, israf düşüncesinin nedenlerini iyi araştırmaları ve muhtemel suistimallere dikkat etmeleri gerektiği sonucu çıkarılmaktadır.

HASTANE HİZMETLERİNDE MEMNUNİYET ÖLÇÜLMESİ

Okan İLHAN, Gürbüz AKÇAY

Sergazi Devlet Hastanesi - DENİZLİ

AMAC: Hastanemizde sunulan hizmetlerdeki kalite hasta ve yakınlarının memnuniyeti odaklı olarak geliştirilmesine yönelik olarak bağımsız araştırma kuruluşu tarafından anket yapılması ve sonuçların ölçülmesi, sonuçların sürekli iyileştirme amaçlı kullanılmasıdır.

YÖNTEM: Bilindiği üzere Sağlık Bakanlığı Kalite ve Performans Değerlendirme Yönergesine göre tüm kamu hastanelerinde hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetleri standart anket seti kullanılarak ölçülmektedir. Poliklinik ve yataklı servis anket ortalamalarının alınması sonucunda kurumun hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketi katsayısı saptanmakta ve anket katsayısı aynı zamanda çalışanların döner sermayeden aldıkları ücret ile çarpılarak çalışanların gelirlerine yansımaktadır. Bu doğrultuda hastanemizde 2005 yılından itibaren personelimiz tarafından yataklı servis ve poliklinikte 300'er anket yapılmaya başlanmıştır.

2007 yılı başında hastanemiz anket uygulamasını sürekli hale getirme ve bağımsız kuruluşlar tarafından yapılmasına karar vermiş ve anket hizmeti satın almak için teknik ve idari şartname hazırlanmıştır. İhaleyi kazanan kuruluş tarafından 2007 yılı haziran ayından itibaren hastanemizde sürekli ve düzenli anket uygulanmaya başlanmıştır.

Aralık 2007 sonuna kadar yönergede belirlenen asgari anket sayısının 4 katı (ayda 1200 anket) uygulandı. Acil Servis, Doğumhane, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Merkezi, Laboratuvar ve Röntgen gibi süreçler için düzenlenen özel anket sonuçlarında hastanemiz çalışanlarının uyguladığı anketlere göre yapılan geliştirmelerle memnuniyetin servis, poliklinik ve doktor bazında ayrı ayrı ölçülmesi sağlandı.

Anketler bağımsız anketörler tarafından muayene olan hastaların poliklinikle ilişkileri bittikten sonra çıkışta yüz yüze, yatan hastalar için ise taburcu edildikten sonra yüz yüze veya adreslerinde telefonla yapıldı. Anket uygulamasında hastane çalışanlarının ankete nezaret ve refakat etmesine, yapılmakta olan veya yapılmış ankete müdahale etmelerine izin verilmedi.

hastalarımızı anketlere katılması, önerilerini paylaşması için çağrı yapan, hekim ve hemşirelerimizin fotoğrafları bulunan tanıtım afişleri hazırlandı. Fotoğrafları bulunan hekimlerin çalıştığı birimlerin yakınına ve hastaların görebileceği yerlere bu afişler asıldı.

BULGULAR: Hasta ve hasta yakınlarının bağımsız anketörler tarafından yapılan anketlere katılma konusunda hastane personeli tarafından yapılanlara nazaran daha fazla istekli olduğu gözlemlendi. Bağımsız kuruluş tarafından yapılan anket sonuçlarında hastanemiz çalışanlarının uyguladığı anketlere göre daha objektif ve güvenilir sonuçlar elde edildi. Servis, poliklinik ve hekim bazında değerlendirme ve analiz yapılması, memnuniyetin daha düşük olduğu birimleri görmemizi ve etkin sürekli iyileştirme yapmamızı sağladı. Tüm çalışanların motivasyonunu ve ilgisini artırdı. Anketin her sorusunun sonuç analizlerinin soru soru analiz yapılması, elde edilen verilerin hekimlerle, servislerle yapılan toplantılarda paylaşılması farkındalık yarattı. Bağımsız anket kuruluşu tarafından yapılan anket sonuçları beklentimizin tersine önceki dönem hastane personeli tarafından yapılan anketlere göre yüksek çıktı. Yükseliş grafiği her dönem artarak sürdü.

SONUÇ: Bağımsız kuruluş tarafından yapılan anket sonuçlarında hastanemiz çalışanlarının uyguladığı anketlere göre daha objektif ve güvenilir sonuçlar elde edildi. Anketlerin servis, doktor ve poliklinik bazında değerlendirilmesi, memnuniyetin daha düşük olduğu birimleri görmemizi ve etkin sürekli iyileştirme yapmamızı sağladı. Bağımsız anket kuruluşu tarafından yapılan memnuniyet ölçümleri beklentimizin tersine önceki dönem hastane personeli tarafından yapılan anketlere göre yüksek çıktı. Yükseliş grafiği her dönem artarak sürdü. Anket sonuçlarına göre 2006 yılı Aralık ayında poliklinikte hasta memnuniyeti % 65 iken 2007 Mayıs ayında % 69 a, Eylül ayında % 72 ye yükseldi. Yataklı servislerde hasta memnuniyeti 2006 yılı Aralık ayında % 77 iken 2007 Mayıs ayında % 83 e, Eylül ayında % 86 ya yükseldi

İLAC GÜVENLİLİĞİ FAALİYETLERİ KONUSUNDA EĞİTİM HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN TECRÜBELERİNİN ARAŞTIRILMASI

A. AKICI¹, T. APAYDIN², F. EREN², T. IŞIK², T. UNKUN², Ş. ŞARDAŞ³.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Ab.D ve ²Öğrenci-IV. Sınıf ve ³Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Ab.D.

Giriş: Kısaca ilaç güvenliliği izlem ve değerlendirmesi olarak da bilinen farmakovijilans, ilaçlara bağlı sorunların saptanması, değerlendirilmesi, anlaşılması, engellenmesi ve bu konuda bilimsel çalışma ve faaliyetleri yürüten multidisipliner bir çalışma alanıdır. İlaç güvenliliği konusunda ülkemizde bilgi eksikliği olduğu yönünde genel kanı bulunmakla birlikte, bu konuda yapılmış kapsamlı araştırma bulunmamaktadır. Bu çalışmada farmakovijilans faaliyetleri konusunda eğitim hastanelerinde çalışan asistan ve uzman hekimlerin tecrübeleri araştırıldı.

Yöntem:Bu araştırmanın verileri 15 Mart- 29 Ağustos 2007 tarihleri arasında, İstanbul'un Anadolu yakasındaki eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan asistan ve uzman hekimlere yüz yüze görüşme tekniği ile yapılan bir anket ile toplandı. Araştırmaya biri üniversite hastanesi (Marmara Üniversitesi) ve altısı araştırma ve eğitim hastanesi olan (Haydarpaşa Numune, Siyami Ersek, Zeynep Kamil, Kartal, Göztepe ve Fatih Sultan Mehmet) toplam 7 merkezde çalışan 372 hekim katıldı. Ankette hekimlerin sosyodemografik özelliklerini saptamaya yönelik soruların ardından, farmakovijilans konusunda deneyimlerini, bilgilerini ve görüşlerini sorgulayan bazı sorular soruldu.

Bulgular:Çalışmaya katılan hekimlerin 230'u (% 61.8) erkek, 263'ü (% 70.7) asistan, %54'ü dahili, %46'sı ise cerrahi branşlarda çalışmakta idi. Katılımcıların %89.2'si bugüne kadar "farmakovijilans kelimesini hiç duymadıklarını" beyan etti. Duyduğunu belirten 40 kişinin de sadece 9'unun (tüm katılımcıların %2.4'ü) bunun ne anlama geldiğini doğru bildiği saptandı. Toplam 16 kişi Türkiye'de farmakovijilans ile ilgili herhangi bir aktivite yapıldığından haberdar iken, Sağlık Bakanlığının düzenlediği/onayladığı herhangi bir farmakovijilans aktivitesine katılanın olmadığı saptandı. Sadece 3 hekimin TÜFAM'ı, bir hekimin de TADMER'i duyduğu saptandı. Hekimlerin "ilaç güvenliliği konusunda kanaatlerini belirlemede" ilk sırada yararlandıkları kaynağın, "kaynak kitaplar" (%20.3) olduğu, bunu "mesleki tecrübeleri"nin (%18.4) izlediği saptandı.

Sonuç: İlaç güvenliliği konusunda hekimlerin tecrübeleri ve bunların dikkate alınması, işleyen bir farmakovijilans sistemini oluşturmada son derece hayati önemdedir. Bu çalışmada çalıştıkları yerlerde farmakovijilans irtibat noktaları bulunması nedeniyle daha bilinçli oldukları varsayılan eğitim hastaneleri çalışan hekimlerin bile farmakovijilansla ilgili bilgi eksikliğinin en üst noktalarda olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum, ülkemizde henüz yeni kurulan farmakovijilans sisteminin geliştirilmesi için, hekimlere yönelik eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerine şiddetle gereksinim duyulduğunu ortaya koymaktadır.

Bilgilendirme: Bu Proje Johnson & Johnson Sıhhi Malzeme San. ve Tic. Ltd. Şti' tarafından desteklenerek gerçekleştirilmiştir.

İLAC HATALARI VE HATALARIN RAPORLANMASINA YÖNELİK HEMŞİRELERİN ALIŞKANLIK VE DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ

**ÖĞÜZ Özlem, AYTEKİN AKTAŞ Tülay, KİTAPÇI Okan Cem, AKDAŞ Atıf
T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye**

Amaç: Bu araştırma, hemşirelerin ilaç uygulamalarına ve ilaç hatalarının raporlanmasına yönelik alışkanlık ve deneyimlerinin değerlendirilmesi, ilaç yönetimi sürecine yönelik başarı skorlarının hesaplanması ve bu değerlendirme sonuçlarına göre ilaç hatalarının önlenmesi, hataların raporlanması ve bu kapsamda kurumlarda ilaç güvenliği kültürünün geliştirilmesi yönünde uygulamalara kaynak oluşturacak önerilerde bulunmak amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, Ekim 2005 ile Eylül 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Evren hastanede çalışan 289 hemşiredir, örnekleme de araştırmaya katılmayı kabul eden 356 hemşire alınmıştır. Veriler "İlaç Hatalarına ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlıklarının Tanımlanması Soru Formu" kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programından yararlanılmıştır.

Bulgular: Değerlendirme sonuçlarına göre, araştırmaya katılan tüm hemşirelerin ilaç güvenliği bilgisine yönelik genel başarı ortalamasının %60 olduğu, hemşirelerin sadece %25'inin belirlenen %70'lik geçiş skorunu aşabildiği, hemşirelerin ilaç yönetimi başarı skorlarının ve hata raporlama alışkanlıklarının demografik özelliklerine göre değişim gösterdiği belirlenmiştir. Yaş grubu açısından; %66 başarı ile en yüksek skora 20 yaş ve altı yaş grubu hemşirelerin, deneyim süresi açısından; %67 başarı ile en yüksek skora 16 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin, eğitim düzeyi açısından; %65 başarı ile en yüksek skora ön lisans eğitimine sahip olan hemşirelerin ve çalışılan klinik alan açısından ise %66 başarı ile en yüksek skora poliklinik hemşirelerinin sahip olduğu görülmüştür. Hataların raporlama alışkanlığı değerlendirildiğinde ise araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%78.1), ilaç hatalarının raporlanmasının ilaç hatalarının önlenmesi yönünde etkin bir yol olduğunu savunduğu belirlenmiştir. Yaş grubu ve deneyim süresi fazla olan hemşirelerin daha fazla raporlama eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Bu yönde yapılan benzer araştırma sonuçlarına bakıldığında ise, yaşları küçük olan genç hemşirelerin mesleki bilgilerinin yaşça büyük olan hemşirelere göre daha az olduğu, fakat ilaç hatalarının raporlanmasına yönelik alışkanlık bakımından ise yaşı küçük olan hemşirelerin, yaşı büyük olan hemşirelere göre daha fazla hata raporlama eğiliminde olduğu savunulmuştur.

Sonuçlar: Elde edilen bu bulgular doğrultusunda, sağlık kurumlarındaki ilaç güvenliğini arttırmak için, ilaç hatalarının sistematik olarak raporlanmasının, hata raporlarının çalışanların performans ölçütü olarak kullanılmamasının, kurum tarafından hata raporlamaya yönelik politikaların belirlenmesinin ve bu politikalar hakkında çalışanların bilgilendirmesinin ve sağlık kurumlarında ilaç yönetim sürecindeki prosedürlerin doğru şekilde uygulanması için eğitimlerin yapılmasının yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

İLAC YÖNETİM SİSTEMİ İYİLEŞTİRME PROJESİ

Sinan ÇAVUN, F Coşkun, M.Ayberk KURT

Amaç: Hasta Güvenlik hedeflerinin tam anlamıyla uygulanabilir olmasının en önemli bileşenlerinden biri etkin bir ilaç yönetim sisteminin bulunmasıdır. Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşlarının (UÜ-SK) Akreditasyon sürecinde en önemli sorunlardan birisinin ilaç yönetim sistemindeki eksiklikler olduğunun fark edilmesi ile bir iyileştirme projesi oluşturuldu. Bu projenin amacı, ilaç yönetim sistemini yeni baştan kurgulayarak, hasta güvenliğini tehdit eden bütün unsurları ortadan kaldırmaktır.

Yöntem: Bu hedefe ulaşmak için, ilacın hekim tarafından yazılma aşamasından, hastaya uygulandığı ve sonrasında etkilerin gözlemlendiği ana dek tüm süreç yeniden planlandı. Bu sürecin performans göstergesi olarak, İlaç Uygulama Hata Oranları takip edildi. Bununla birlikte ayrıca Düzeltici ve Önleyici Faaliyet İstekleri de dikkate alınarak ilaç yönetim sistemindeki aksaklıklar tespit edildi. Proje ekibi bildirimlere ilişkin trendi inceleyerek, ilaç yönetim sürecindeki sıkıntı ve hataların nerelerde olduğu analiz etti. Bu analizler sonrasında mevcut ilaç yönetim sisteminin riske açık alanları değerlendirilerek bir iyileştirme projesinin yürütülmesine karar verildi.

Bulgular: İyileştirmeye açık alanlar olarak; Hastane Eczanemizde hekim orderlarının verifiye edilmediğini ve katlara hasta bazı ilaç çıkarılmadığı tespit edildi. Bunlarla birlikte; ilaçların kliniklerde uygun bir şekilde saklanmadığını, her bir ilaç uygulamasının düzgün bir şekilde kayıt altına alınmadığını, kontrole tabi ilaçların kontrolünün iyileştirmeye açık olduğu görüldü. Tüm bunların genelinde de İlaç uygulama hatalarına fırsat veren bir işleyiş sisteminin olduğu ve ilaç bildirimlerinin istenen düzeye ulaşmadığı saptandı. Mevcut sorunları ortadan kaldırmak için ilk olarak ilaç yönetim sistemindeki tüm süreçler oluşturulan prosedür ve talimatlar doğrultusunda yazılı hale getirildi ve bu dokümanlar yapılan eğitimler sonrasında tüm kurumla paylaşıldı. Bu değişikliklerin en başında ilaç uygulama hata bildirim formu revize edilerek, hata ile ilgili olarak kişilerle değil sistemle ilgilenildiği kurumla paylaşıldı. Bildirimlerle ilgili olarak, takdir ve ödüllendirme sistemi geliştirildi. Sistemin daha hızlı ve güvenilir olmasını sağlamak amacıyla elektronik order tüm kurumda uygulanmaya başladı. Hastane Eczanesinde etkin bir verifikasyon ve hasta bazı ilaç hazırlayabilmek amacıyla eczacı ve eczacı teknisyeni sayıları artırıldı. Kemoterapi ve yüksek riskli ilaçların hasta bakım alanlarında hazırlanması engellemek için de merkezi hazırlama üniteleri oluşturuldu.

Sonuç: Yapılan değişiklikler sonucunda etkin, güvenilir ve hızlı bir ilaç yönetim sistemi oluşturuldu. Bütün bir süreç boyunca hastaya ulaşabilecek tüm hata riskleri ilgili formlarla yakından takip edilerek, hatanın en aza indirilmesi için sürekli bir iyileştirme kalite hedefimiz olarak kabul edildi.

ACIL SERVİS ÜNİTELERİNDE OLUŞABİLECEK BEKLENMEDİK OLAYLAR (SENTİNEL EVENT) VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Ozyamaner, Gülden (MS)

Kalite Yönetim Hemşiresi

Medicana Hospitals

AMAÇ: Türkiye de Acil Servis Ünitelerinde gelişebilecek beklenmedik olayların tespit edilmesi ve önlenmesi için alınabilecek tedbirler. Bu bildiride oluşabilecek beklenmedik olayların minimuma indirilmesi ya da önlenmesi için alınabilecek önlemler ve örnek olarak MEDICANA HOSPITALS DE alınan önlemler anlatılacaktır.

TARTIŞMA: Acil Servis Üniteleri hastanelerde sirkülasyonun en fazla olduğu bölümlerdir. Acil servis ünitelerine sadece acil müdahale edilmesi gereken hastalar dışında birçok başvuru olmaktadır. Bunlar; pansuman, enjeksiyon, aşı, tetkik amaçlı, kısa süreli infüzyon şeklinde tedavi ve mesai saatleri dışında poliklinikler kapalı olduğu için poliklinik muayeneleri şeklinde özetlenebilir. Triyajı 1 olan hastaya da 5 olan hastaya da aynı ilgi ve dikkatin gösterilmesi gerekmektedir ki aynı anda Akut Miyokard İnfarktüsü ile birlikte enjeksiyonda gelebilir ya da otobüs kaza yaptığı için aynı anda bir çok travma vakası başvuru olabilir. Acil serviste her an her şey olabilir. Acil servis hiç boş kalmaz. Sürekli hastalar gelir, tedavi edilir ve giderler. Bu kadar sirkülasyon olduğu bir bölümde de hasta tedavisi ile ilgili olmayan ve sonucu ölüm, fiziksel veya psikolojik yaralanma ya da fonksiyon kaybı ile sonuçlanan beklenmedik olaylara (Sentinel Event) maruz kalabilirler. Bu olayların çoğu da gerekli önlemler alındığında önlenilebilirler. JCI'ın Haziran 2007 verilerine göre bildirilen 4473 beklenmedik olay raporunun 186' (%4,2) sı acil servis ünitelerinden gelmiştir.

Acil servislerde oluşabilecek beklenmedik olaylar; İntihar, İlaç hataları (ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyon, benzer ilaç isimlerinin kullanılması, infüzyon pompalarının kullanım komplikasyonları, yüksek riskli ilaçlar), Tedavi gecikmesi- sıra beklemeye bağlı ölüm / fonksiyon kaybı, Kalıcı ve ciddi fonksiyon kayıplarına neden olan hasta düşmeleri, Kısıtlama altındaki hasta ölümü / yaralanması, Saldırı / taciz / tecavüz / öldürme, Transfüzyon hataları, Tedavi ile ilgili olmayan beklenmeyen ölüm / büyük fonksiyon kaybı (beklenen komplikasyonlar hariç), Enfeksiyon ile ilgili olaylar, Anestezi ile ilgili olaylar, Personelin bilgisi dışında hastanın hastaneyi terk etmesi, Medikal ekipmandan kaynaklanan olaylar, Yangın, Ventilatöre bağlı ölüm / yaralanma, Hastanın hastanede bulunduğu sırada kaçırılması, Sistemden kaynaklanan olaylar (işleyiş, prosedürler, kısaltmalar), Bebeğin yanlış aileye verilmesi / bebek kaybolması / bebek kaçırılması, Cerrahi yanıklar (koter, lazer), Tıbbi gazların kullanımı ile ilgili hatalar (yanlış gaz / gaz karışımı verme), İğne ve kesici alet yaralanmaları, Tanı hataları (yanlış işlem, yanlış test, yanlış sonuç, test raporlamada hata, alınan örneklerin kaybolması, örneğin yanlış etiketlenmesi), Teknik arızalara bağlı olaylar (yardımcı güç kaynaklarının devreye girmemesi)dir.

SONUÇ: Acil servislerde bu kadar hasta sirkülasyonunda hasta ve/veya çalışan hayatını tehdit eden bu olayların oluşmaması için hem fiziki, hem fonksiyonel hem de işleyiş olarak bir takım önlemlerin alınması gerekmektedir.

AKUT ST YÜKSELMELİ MİYOKARD İNFARKTÜS FİBRİNOLİTİK TEDAVİSİNDE KAPI-İĞNE SÜRESİ

Y. Tolga Yaylalı, **Mustafa Olcek**, M. Ali Abdüloğlu, Zeki Gürlesin, Hatice Dönmez Arman, Sibel Kadioğlu, Banu Yıldırım, Selda Kiraz **Servergazi Devlet Hastanesi-DENİZLİ**

Giriş: ST yükselmeli MI sorumlu koroner arterin (kalbi besleyen damar) tam tıkanması sonucu oluşmaktadır. Bu hastalarda en büyük amaç hızlı, tam ve sürekli kan akımının tekrar sağlanmasıdır. Güncel yaklaşım katetere dayalı (balon+stent takılması) tedavidir. Ancak teknik yetersizlik, kaynakların sınırlı olması nedeniyle yaygın kullanılamamaktadır. O nedenle damardan verilen tıkaç açıcı tedavi (trombolitik tedavi) ön plana çıkmaktadır ve çok önemlidir. İlk bir saat içinde tedaviye başlanan hastaların mortaliteleri (ölüm hızı) en düşük olmaktadır (Tedavi edilen 1000 hastanın 65'nin hayatı kurtarılmaktadır). O nedenle reperfüzyon tedavisinin ilk saati "**altın saat**" olarak kabul edilmektedir. ST yükselmeli MI tedavisi son 30 yılda dramatik bir ilerleme göstermiştir. Bir çok metaanaliz çalışmalarında da gösterildiği üzere trombolitik tedavi almayan hastaların ölüm hızı (mortalite) % 20' nin üzerinde olurken erken başlanan trombolitik tedavi ile ölüm hızı % 6' lara kadar düşebilmiştir.

Biz bu çalışmada acil servise başvuran veya getirilen ST yükselmeli miyokard infarktüsü (MI) hastalara yarım saat içerisinde fibrinolitik tedavinin başlanmasını amaçladık.

Yöntem: 1 Ağustos 2005 ile 11 Nisan 2007 tarihleri arasında acil servisten koroner yoğun bakım ünitesine yatırılan ve fibrinolitik tedavi verilen 150 hastada tedaviye başlama süresini ortalama 87, 38 dk. olarak ölçtük. Bu süreyi 30 dk.nın altına indirmek için beyin fırtınası ve balık kılçığı yöntemleri kullandık ve elde edilen sonuçları yönetime sunduk. Acil servise ve koroner yoğun bakım çalışanlarına EKG eğitimi, MI eğitimi ve MI' da ST değişiklikleri eğitimi verildi. Kardiyoloji icapçı hekimlerine EKG ulaştırabilmek için acil servise fax cihazı alındı. Hastanın Koroner Yoğun Bakım'a transferinde süreyi

kısaltmak için hastaneye ait 6 adet asansörden 1 tanesi şifrelenerek acil hasta asansörüne dönüştürüldü. Servisler arası hasta nakil formu ve koroner yoğun bakım hasta kabul kriterleri oluşturuldu.

Bulgular:Hastaların acil servise girişi, muayene saati, koroner yoğun bakımda tedaviye başlama saati kayıt altına alındı.Çalışma başladıktan sonra elde edilen sonuçlar şöyledir: Nisan – Mayıs ayı 42 dk, Haziran – Temmuz ayı 34 dk, Ağustos – Eylül ayı 32 dk, Ekim – Kasım ayı 27 dk.

Sonuç: Biz bu çalışmayı yaparak 2005 ve 2006 yıllarında 87.38 dk olan fibrinolitik tedaviye başlama süresini (kapı-iğne süresi) çalışma sonunda 30 dk. nın altına indirdik. Koroner Yoğun bakımda hasta memnuniyetini artırdık. Hastalara trombolitik tedaviyi en kısa sürede vererek hayatta kalma oranlarını artırdık, yeni bir kalp krizi geçirme oranlarını azalttık. Koroner yoğun bakım kabul kriterleri, koroner yoğun bakım yatış talimatı, servisler arası hasta nakil formu oluşturularak yapılan işlemleri standartlaştırdık, belgelendirdik ve her hastaya aynı şekilde uygulanmasını sağladık.

ÜRDÜN ÖZEL HEKİMLER İÇİN KALİTE İYİLEŞTİRME VE SERTİFİKASYON PROGRAMI

N. Abu SHAQRA

Amaç: Özel sektördeki hekimler muayenehane açma lisansını bir kez aldıktan sonra, genellikle denetim sistemlerinin dışında kalmaktadırlar ve bu alanda düzensizlikler bulunmaktadır. PSP (Private Sector Project-Özel Sektör Projesi) kadın sağlığı alanında çalışan hekimleri sertifikalandırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem:Program çerçevesinde Aile planlaması(AP), Klinik Meme Muayenesi (KMM) rehberleri hazırlanmamış yakın zamanda da bunlara Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar(CYBH) ve Üreme Sistemi Enfeksiyonları (ÜSE) da eklenmiştir.

CYBH/ÜSE Kalite iyileştirme programı DSÖ ve diğer bazı uluslar arası kuruluşların öneri ve rehberlerini temel alan standardize bir klinik rehberler setidir. Gönüllü hekimler bu yeni standartlar çerçevesinde eğitilmiş ve sertifikalandırılmıştır. Sertifika programı CYBH/ÜSE istatistikleri, performans değerlendirme öz bildirim anketi, checklist aracılığıyla muayenehanesinin performans açıklarının belirlenmesi ve minimum gereksinimlerin yerine getirilmesini içermektedir.

Bulgular: Bugüne kadar aile planlamasında 287, KMM' de 160 ve CYBH/ÜSE'nda 56 Doktor Kalite Güvence Sertifikası almaya hak kazanmıştır. Doktorların bildirdikleri performans açıkları genel olarak 3 alanda gruplanmıştır: 1) kliniklerinde enfeksiyona yönelik önlemlerin iyileştirilmesi 2) müşteri eğitim materyallerine ihtiyaç 3) sürekli tip eğitimi seçenekleri

Sonuç: Bu kendini değerlendirme kiti sayesinde, düzenli olarak denetimleri yapılmayan özel doktorlar kendi hizmet eksiklerini değerlendirme ve başkalarıyla paylaşma ve birlikte kaynaklarını mobilize ederek eksiklerini giderebilme fırsatına sahip olmuşlardır.

YETERLİLİK BAZLI PERFORMANS İYİLEŞTİRME DEĞİŞİM İÇİN BİR STRETEJİ

Mohammed R. DIAB. RN. MSN.

Hemşirelik Kalite Hizmetleri Danışmanı

Amaç: Bu çalışmanın amacı Ürdün'de üç özel hastanede yeterlilik değerlendirme modelinin ve bu modelin hemşirelik hizmetleri personelinin performansına etkisinin gözden geçirilmesidir.

Yöntem: Uluslar arası kuruluş ve firmalar sağlık hizmetleri sistemlerinde yeterli hemşirelik uygulamaları için pek çok gerekli şart belirlemişlerdir. Bu kuruluşlardan ikisi de Amerikan Hemşireler Birliği ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler, Birliğidir. Joint Commission da tüm hemşirelik hizmetleri personelinin klinik yeterliliğinin değerlendirilmesi gerektiği ve kurum liderlerinin tüm personelin yeterliliğinin değerlendirildiği, sağlandığı, kanıtlandığı ve sürekli iyileştirildiğini garantilemeleri gerektiğini bildirmektedir.

Bizim modelimiz efektif hemşirelik hizmetleri için kapasite oluşturulmasını amaçlamaktadır. İşgücüne katılan tüm elemanlar gerekli bilgi ve beceriye sahiptir.

Bulgular:Yeterlilik bazlı eğitim programı ile hemşirelik hizmetleri çıktılar arasında şu alanlarda direkt ilişki gösterilmiştir:

- Hasta güvenliği ve bakım kalitesinde iyileşme
- Hastane stratejisinin tam olarak yerine getirilmesi
- İşle ilişkili kazalar
- Çalışanların performansının etkinlik ve etkililiği
- Çalışan memnuniyeti

GELİŞMEKTE OLAN BİR ÜLKEDE HASTANE ENFEKSİYON KONTROL PROGRAMI DEĞERLENDİRMESİNDE KALİTE GÖSTERGELERİ

Mahi AL-TEHEWY, Nashwa MOSAFA, Aisha ABOULFOTOH, and Eman BAKR

Sağlık Hizmetleri Kalite Birimi, Ain Shams Tıp Fakültesi, Mısır

Bu çalışmanın amacı; Hastane enfeksiyon kontrol programının kalite değerlendirilmesinde kullanılabilecek indikatörlerin belirlenmesi ve bunların kullanılabilirliğinin 3 aylık bir periyotta 2 hastanede test edilmesidir. Cerrahi profilaksi ve antimikrobiyal dirençli mikroorganizmalar 2 hastanede de kullanılabilir indikatörler olarak belirlenmiş; vantilatör pnömonisi ve semptomatik üriner enfeksiyonların ise kullanılmayan indikatörler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca cerrahi alanı enfeksiyonu, katetere bağlı üriner enfeksiyon, venöz kateterden kaynaklanan enfeksiyon ve neonatal enfeksiyon da kullanılabilir belirleyicilerdir.

TUNUS MONASTIR ÜNİVERSİTE HASTANESİ'NDE YAN ETKİ HIZI

Mondher LETAIEF¹, Sana ELMHAMDI¹, Mohamed CHAKROUN², Adel Ben MAHMOUD³, Nouredine BOUZOUAIA^{2,3}

¹ Koruyucu hekimlik ve Epidemiyoloji Anabilim Dalı (UR12/04), Monastir Üniversite Hastanesi, Tunus

² Enfeksiyon Hastalıkları anabilim Dalı, Monastir Üniversite Hastanesi, Tunus

³ Genel Sağlık Mdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Tunus

Yan etki, tıbbi bakımdan kaynaklanan hasta sonuçlarıdır. Hastalık sürecinden çok, tıbbi bakımdan kaynaklanan beklenmeyen kazalar olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliğinin iyileştirilmesi açısından, hastane düzeyinde yan etki sıklık ve natürüne göre spesifik strateji geliştirilmesine gereksinim vardır.

Bu çalışmada, retrospektif olarak, 2005 yılında hastaneye yatanlardan rasgele seçilen 618 kişinin tıbbi kayıtları incelenmiştir. Yan etkiler 2 aşamalı gözden geçirme süreci ile belirlenmiştir. Kayıtlar, önce bir hemşire tarafından 18 tarama kriteri açısından değerlendirilmiş, pozitif kayıtlar daha sonra bir uzman hekim tarafından tekrar gözden geçirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması 44±22, cinsiyet oranı 0,9'dur. Hemşire değerlendirmesine göre 73 hastada (%11,8) bir veya daha fazla yan etki görülmüştür ve toplam yan etki sayısı 93'dür. Uzman değerlendirmesinden sonra 93 olayın 82'sinin kriterleri tam karşıladığı kabul edilmiştir. Hastanede yatış süresi ortancası 6 gündür. Yan etkiler nedeniyle yatış süresinin uzadığı gün sayısı ortancası 8'dir. Uzman değerlendirmesine göre yan etkilerin %60'ı önlenabilirliği yüksek olarak değerlendirilmiş olup bunların %36,2'si invaziv prosedürlere bağlı gelmiştir.

ÜRDÜN SAĞLIK HİZMETLERİ AKREDİTASYON PROJESİ (ÜSHAP)

Bushra, I. AL-Ayed RN, M.Sc,
Ürdün Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doktora Öğrencisi

Giriş: Sağlık Turizmi Ürdün için önemli gelir kaynaklarından biridir; ancak, ülkede hasta ya da kurumları sağlık turizmi için Ürdün'e gelmeye teşvik edecek akredite hastane bulunmamaktaydı. Sağlık yöneticileri, tüm ülkede sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerde güvenlik ve kalitenin iyileştirilmesine yönelik standartlar oluşturulmasına ihtiyaç olduğunu gündeme getirmiş ve 2005 yılında USAID 3 ana hedefle, sağlık hizmetleri akreditasyon projesini oluşturmuştur.

Amaç: Ürdün'de akreditasyon sistemini yönetecek ve kalite iyileştirme çalışmalarını teşvik edecek Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Konseyi'nin (SHAK) oluşturulması, hastane akreditasyon standartlarının oluşturularak pilot hastanelerde test edilmesi, pilot hastanelerin SHAK tarafından akredite olmaya hazırlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: DSÖ temsilcisi tarafından hastanelere akreditasyona hazır olma durumunu değerlendirme ziyaretleri yapılmış ve oluşturulacak standartları yerleştirmek üzere 17 pilot hastane seçilmiştir. 2005-2007 döneminde, iki yada bir, hastane personellerine Ürdün standartlarını tanıtmak ve bilgi-beceri kapasitesi oluşturmak üzere workshoplar ve hastanelerin akreditasyona hazırlıklarını değerlendirmek üzere sık aralıklı ziyaretler düzenlenmiştir.

Sonuç: Eylül 2007 de gerçekleştirilen hastane değerlendirme ziyareti sonuçlarına göre, 17 pilot hastanenin tamamı 2008'de akredite olmaya hazırdır.

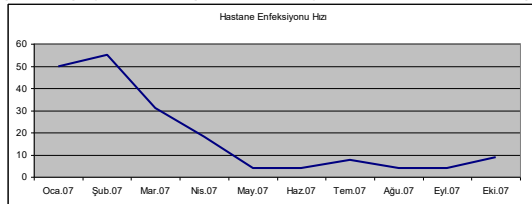
YOĞUN VE ETKİN ENFEKSİYON KONTROL PROGRAMI: MEDICANA DENEYİMLERİ

Fulya ERTEM, Dr. Mesut YILMAZ
ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI
MEDICANA HOSPITALS CAMLICA

AMAÇ : Hastane enfeksiyonlarına bağlı morbidite, mortalite ve artan tedavi maliyeti nedeniyle hastanelerde etkin enfeksiyon kontrol programlarının uygulanması büyük önem taşır. Enfeksiyon kontrol programlarını oluşturmak ve işlerliğini sağlamak amacıyla, 1970 yılında CDC tarafından hastanelerde hastane epidemiyoloğu ve enfeksiyon kontrol hemşirelerinin görevlendirilmesi önerilmiştir. Amaç, MEDICANA HOSPITALS Çamlıca hastanesinde etkili ve yoğun bir enfeksiyon kontrol programını uygulayarak hastane enfeksiyon hızlarının azaltılmasıdır.

YÖNTEM : Bu amaç doğrultusunda hastanemizde prospektif, hastaya ve laboratuara dayalı surveyans yapıldı. Cerrahi alan enfeksiyonları surveyansı taburcu sonrası surveyans programı ile güçlendirildi. Enfeksiyon hızlarının en yüksek ünite olduğu genel / cerrahi yoğun bakım ünitelerine günlük Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ziyaretleri zorunlu kılınarak, YBÜ'ne enfeksiyon ile kabul edilip çoğul dirençli patojen (MDRO) barındıran hastalara sıkı temas izolasyonu yapılması sağlandı. Tüm hekimleri, çalışanları kapsayan sağlık çalışanlarına belli aralıklarla eğitimler verildi. YBÜ çalışanlarının enfeksiyon kontrol eğitimleri enfeksiyon hızlarında artış saptandığı anda yinelenirdi. Bunun yanında yüksek ventilatörle ilişkili pnömoni hızıyla mücadelede son zamanlarda giderek önemi artan ventilatör paketi "ventilator bundle" (sedasyona ara verilmesi, DVT profilaksisi, yatak başının kaldırılması, peptik ülser profilaksisi) denendi. Günlük yoğun bakım ünite ziyaretlerinde ventilatör paketi uygulaması her entübe hasta için değerlendirilerek >%95 uyum sağlandı.

BULGULAR : Genel Yoğun Bakım Ünitesinde YBÜ hastane enfeksiyon hızı Ocak 2007 de bin hasta günü başına 50 iken Ekim 2007 de bin hasta günü başına 8.9 olmuştur. Ayrıca ventilatöre bağlı pnömoni hızı Ocak 2007 de bin ventilatör gününe 40 iken Ekim 2007 de bin ventilatör gününde 0 olmuştur. Yatan hasta profilinde farklılığın gözlenmediği bu süreçte enfeksiyon kontrol programı uygulaması çerçevesinde aktif surveyans, ventilatör paketi, yoğun enfeksiyon kontrol eğitimleri ve rutin birim ziyaretleri şeklinde kapsamlı enfeksiyon kontrol programı uygulanmıştır.



GYBÜ'nde 1000 hasta günü başına hastane enfeksiyon hızı

SONUÇ : Sonuç olarak yoğun bakım ünitelerine yapılan aktif surveyans, düzenli ziyaret, eğitim ve ventilatör paketi uyumundan oluşan enfeksiyon kontrol programı ile hastane enfeksiyon hızlarının NNIS ve Türkiye verileriyle kıyaslanabilir seviyelere inmesi sağlandı. Hasta güvenliği kriterlerine önem veren, kaliteli hasta bakımı sunmak isteyen her hastanede iyi organize edilmiş enfeksiyon kontrol programının yürütülmesi zorunludur.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE KALİTE İYİLEŞTİRME VE AKREDİTASYON KÜLTÜRÜNÜN YARATILIŞI-UÜ-SK DENEYİMİ

Doç. Dr. M. Ayberk KURT – Başhekim Yardımcısı & Kalite Koordinatörü
Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları

AMAÇ : Sağlık hizmetlerinde daha kaliteli ve güvenli hizmet vermenin öneminin bilincinde olan Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları (UÜ-SK), 2005 yılında bir kalite iyileştirme programı başlatmış ve ISO 9001:2000 sertifikasyonu ve JCI akreditasyonunu bu

yolculuktaki amaç ve hedeflerine ulaşmada bir araç olarak belirlemiştir. Bu sunumun amacı, bir kamu kuruluşu ve üniversite hastanesi olarak, Kalite İyileştirme ve Akreditasyon yolculuğunda yaptığımız değişikliklerin, yansımaların ve öğrendiğimiz derslerin paylaşılmasıdır.

YÖNTEM : UÜ-SK'daki bu girişiminin tetikleyicisi üst yönetimin ufku, yoğun hazırlığı ve kararlılığıdır. Bu süreçte paydaşların katılımı ve katkısı, politika oluşturmada demokrasi ve şeffaflık, kapsamlı ve uyumlu planlama temel araçlar olarak kabul edilmiş ve aşamalı bir yaklaşım uygulanmıştır. İlk aşama olarak çalışan ve öğrenci anketleri ile paydaşlarının görüşleri alınmış ve destekleri aranmıştır. Paydaşların yaygın destek ve gelişime açıklıkları güvence altına alındıktan sonra, kalite iskeletini kavramsallaştırmak için gereken üst kurul ve çalışanların farkındalığını ve katılımını artırmaya yönelik olarak da geniş bir komite yapısı (Akreditasyon Takımları) oluşturuldu. Kurumsal misyon ve vizyon yeniden tanımlandı ve sunulan hizmetlerin standartlaştırılmasına yönelik olarak politikalar oluşturuldu. Sağlık hizmetinin iyileştirilmesinde son derece önemli olan teknoloji ve alt yapı yatırımları için büyük miktarda kaynak ayrıldı. Klinik ve yönetsel süreçleri izlemeye ve iyileştirmeye yönelik indikatörler belirlendi, veri toplandı ve analiz edildi. Amaç ve hedeflerimize ulaşamadığımızı gösteren tüm sonuçlar bir iyileştirme fırsatı olarak değerlendirildi, kalite iyileştirme takımlarımız tarafından PUKÖ döngüleri kullanılarak, kök nedenlerine ve bu nedenleri elimine edilemeye odaklandı

BULGULAR : Hasta kayıt aşamasından taburculuğa kadar, hastaların kurumda yaşadıkları tüm süreçler tekrar tasarlandı ve oluşturulan yazılı politikalar ile standardize edildi. Tüm çalışanlar bu politikalar ve kalite kavramları konusunda eğitim aldılar. Uluslar arası Hasta Güvenliği Hedefleri günlük rutin uygulamalarımızın ayrılmaz bir parçası haline geldi. Süreçlerimizi izlemeye ve iyileştirmeye başladık. Şu ana kadar 17 farklı iyileştirme projesini (*ilaç yönetimi, kemoterapi hazırlama ve uygulama, Acil, Taburculuk Süreçleri ve Tıbbi Kayıt Sistemi gibi*) tamamladık. Önemli alt yapı yatırımları yaptık (*yeni yangın çıkış kapıları, hortumları, dedektörleri, alarmları ve kamera surveyans sistemi gibi*). Yeni bir tıbbi cihaz yönetimi ve kalibrasyon sistemi kurguladık. Hepsinden önemlisi, çalışanlarımız baktıklarını görmeye başladılar ve nasıl öğrenen ve problem çözen bir kurum olunacağına anlamaya başladık

SONUÇ : UÜ-SK'nın kalite yolculuğu yalnız hastalarımız için daha standart, kaliteli ve güvenli bir kurum olmamızı değil, kurumun kalite kültürünü "kalbinde" hissetmeye başlaması yönünde önemli adımlar da atmamızı sağladı.

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARI TEDAVİ MERKEZİNDE (AMATEM) ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN ARTTIRILMASI

Ahmet ÖZ, Nalan GÖKALP, Özge KAYA, Gülcan ÖZEN, Asya AVCA, Zehra EROĞLU, Zümral YÜCEL
Denizli Devlet Hastanesi – Denizli / Türkiye

Amaç : Çalışan memnuniyetini artırmak hastanemizin genel amaçlarından ve kurum kültürümüzde de yer almaktadır. Çalışmadaki amacımız AMATEM-Psikiyatri kliniğinde çalışan güvenliğini arttırmak ve bu yönde yapılan çalışmalar sonucunda çalışan memnuniyetini arttırmaktır. Bu çalışmadaki hedefimiz AMATEM-Psikiyatri kliniğinde yapılan çalışan güvenliği anketi sonucu ortaya çıkan % 53 memnuniyet oranını çalışmalar sonrasında 6 ay içinde % 70'e çıkarmak olarak belirlendi.

Yöntem : AMATEM-Psikiyatri (alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezi) çalışanlarının hastanemiz eğitim birimine gönüllü olarak yaptıkları başvuru sonucu Mayıs 2007'de AMATEM-Psikiyatri Kalite çemberi kurulmuştur. Bir psikiyatri uzman hekimi, bir psikolog, bir sorumlu hemşire, üç hemşire tarafından kurulan kalite çemberi ekibine başhekimlik tarafından hastanemiz kalite yönetim temsilcisi rehber olarak atanmıştır. Kurulan kalite çemberi üyeleri tarafından beyin fırtınası yöntemi ile yapılan mevcut durum analizi sonrası iyileştirmeye açık alanlarımız arasından oylama yöntemi ile AMATEM-Psikiyatri kliniğinde çalışan güvenliği belirlenmiştir. AMATEM-Psikiyatri kliniğinde risk analizi prosedürüne göre çalışanlara yönelik tehlikelerle ilgili risk analizi yapıldı.

Bulgular : AMATEM-Psikiyatri kliniğinde risk analizi prosedürüne göre çalışanlara yönelik tehlikelerle ilgili risk analizi yapıldı. Risk analizi prosedürüne göre yapılan hesaplamada 25 puan üzerinden; Deprem riski 12, Yangın riski 16, Çalışanlara yönelik fiziki saldırının riski 20, Merdivenden düşme riski 16 olarak belirlendi. Yapılan risk analizi sonuçlarına göre önceliklendirme yapılarak çözüm önerileri üretildi. Kalite çember üyeleri tarafından hazırlanan çalışan güvenliği anketi tüm AMATEM-psikiyatri çalışanlarına (toplam 32 kişi) uygulandı. Çalışma öncesi çalışan güvenliği anketinde memnuniyet oranı % 53 olarak hesaplandı.

Sonuç:

- AMATEM-psikiyatri binasına acil çıkışı yapıldı
- Basket sahası madde alış verişini önleyecek şekilde düzenlendi
- Merdivenlere kaymayı önleyici bantlar yapıldı
- Acil yardım çağrı sistemi kuruldu
- Metal detektörü alındı
- Güvenlik kamera sistemi kuruldu
- Duman detektörü alındı
- Yeni servis kuralları geliştirildi ve uygulandı
- Tedavi protokolleri geliştirildi ve standardizasyonu yapıldı.
- Güvenlik elemanları sabitlendi
- Güvenlik ve temizlik personeline eğitim verildi
- Dış kapıya kartlı giriş-çıkış sistemi kuruldu
- Güvenlik noktası düzenlendi

Çalışma sonrası yapılan çalışan güvenliği anketinde memnuniyet oranı % 72 olarak hesaplandı

KAN BANKACILIĞINDA BİR KALİTE ÖLÇÜTÜ: DONÖR MEMNUNİYETİ

Altındış, Mustafa; Aslan, Savaş; Altındış, Selma; Kalaycı, Raike.
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyonkarahisar

Amaç: : Hasta memnuniyeti, çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindedir. Hasta memnuniyetini açıklayan teoriler yeterli olmadığından hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılama ya da hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Bu nedenle literatürde hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve geniş ölçüde hasta-sağlık personeli ilişkisinin oluşturduğu vurgulanmaktadır.

Kan bankaları, hastane ortamında verdiği rutin ve acil hizmetlerle çoğunlukla sorunların en çok yaşandığı alanlar olarak tanınmaktadır. Kan bankacılığında temel kalite göstergeleri daha çok laboratuvar güvenliği ve akreditasyonu olmakla beraber, donör memnuniyetinin de bir ölçüt olabileceği tartışılmıştır. Bu amaçla Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Kan Bankasına kan vermek üzere başvuran bireylerin kan bankası yapılıması, hizmet ve personelinden memnuniyeti bir anket ile belirlenmeye çalışılmıştır.

Yöntem : Ocak-Eylül 2007 tarihlerinde kan bankasında toplam 400 donöre, donasyon sonrası dinlenme esnasında, kan bankası mekanı, kan bankasına ulaşım, personelin tutum, davranış, beceri ve bilgilendirme düzeyleri, resmi işlemler ve sonuçta bir sorunla karşılaşmışlar mı, karşılaşmışlarsa kolayca çözümlenip çözülmediği ve kan bankasını başkasına tavsiye edip etmeyecekleri sorulmuştur. Kan bankası hizmetleri beşli likert ölçekli sorularla irdelenmiştir.

Bulgular : Bu dönemde çalışmaya alınan donörlerin yaş ortalaması 35.12±4.5; 324'ü erkek(%81), 210'u evli(%52.5), 124'ü ilköğretim(%31), 176'sı ortaöğretim(%44) ve 100(%25) kadardı da yüksek öğrenim ve üstü eğitilmiş idi. Aylık gelir dağılımları sorgulandığında; 166'sı 450 YTL ve altı(%41.5), 75'i 451-800 YTL arası(%18.7), 65'i 801-1000 arası(%16.2), 73'ü 1001-1200 YTL(%18.2) ve 31'i de 1201 YTL ve üzeri olarak gözlenmiştir(%7.7).

Araştırmada memnuniyet ölçeğine alınan yanıtların oranı şu şekilde bulunmuştur:

"Kan Bankasını kolayca bulabildim" diyenlerin oranı	:% 90
"Kan Bankası Personeli güler yüzlü, sabırlı ve hoş görüldür"	:% 79.5
"Hizmet sırasında fazla sıra beklemedim"	:% 85
"Verilen hizmet son derece yeterlidir"	:% 80
"Yöneltiğim sorulara yeterli yanıt aldım"	:% 95
"Kan Bankası Personeli'nin verdiği hizmetten genelde memnunum"	:% 90
"Kan bağışi esnasında ve sonrasında personel tarafından doğru ve yeterli bilgilendirildim"	:% 92.5
"Kayıt işlemleri kolay ve hızlı gerçekleşti"	:% 80
"Kan Bankası personeli temiz ve düzgün giyimlidir"	:% 85
"Kan Bankasının fiziki görünümü yeterince iyidir"	:% 73.7
"Kan Bankasını başkalarına da tavsiye ederim"	:% 85

Sonuç : Donör memnuniyeti ile ilgili yapılan bu çalışmada hoşnutluğun odak noktasının iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirlenmiştir.

KENT HASTANESİ, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL 2007 ULUSLAR ARASI HASTA GÜVENLİK HEDEFLERİ UYGULAMALARI

Ayşegül TEKİN,

Kent Hastanesi/ İzmir/ Türkiye

Amaç :1 Ocak 2007' den itibaren, Joint Commission International akredite edilmiş hastaneleri Uluslararası Hasta Güvenlik Hedeflerini uygulamaktan sorumlu tutmuştur. Kent Hastanesinin bu hedefleri yürürlüğe almasındaki amacı ise; hasta güvenliği için önemli değişiklikleri teşvik etmek, tıbbi hata risklerini azaltmak için proaktif stratejiler sunmak, güvenli, yüksek kalitede sağlık hizmetinin uygulanmasına dikkat çekmek ve sistem kapsamında çözümlere odaklanmaktır.

Yöntem : Uluslar arası Hasta Güvenlik Hedefleri koşulları göz önünde tutularak, ilgili disiplinler bir araya geldi ve süreçler hedefler doğrultusunda yeniden kuruldu veya modifiye edildiler.

Özet:

Hedef 1, hasta kimliğinin doğrulanması. İki yol kullanılmaktadır. Oda numarası ve lokasyon kesinlikle kullanılmaz. Ayaktan hastalar için hasta adı soyadı ve doğum tarihi doğrulanır. Yatan hastalar için, hasta adı soyadı ve protokol numarası kol bandından doğrulanır.

Hedef 2, etkin iletişimin geliştirilmesi. Sözlü veya telefon aracılığı ile verilen ilaç istemlerinde, hemşire / kat hekimi orderi önce gözlem notuna yazar, ilaç sorumlu hekime mesajı **geri okuma yolu** ile teyit ettirilir.

Hedef 3, yüksek ikaz gerektiren ilaçların güvenliğinin geliştirilmesi. Konsantre elektrolitler hasta bakım ünitelerinde bulundurulmaz ve eczanede Yüksek Riskli ilaç etiketi ile saklanırlar. Konsantre elektrolitler, hekim tarafından order edildiğinde seyreltilerek kullanımını sağlamak amacıyla eczacı tarafından hazırlanmak üzere eczanede bulundurulur.

Hedef 4, doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin sağlanması. Süreç üç aşamadan oluşur, ameliyat öncesi doğrulama, ameliyat sahasını belirleme ve uygulama öncesi son bakış.

Hedef 5, sağlık bakım ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması. Etkin bir el hijyen programı oluşturuldu.

Hedef 6, düşme kaynaklı hastanın zarar görme riskinin azaltılması. Hasta bakım alanlarında Düşmeye Sebep Olacak İlaçlar Listesi asılıdır. Hemşireler tarafından, hastanın düşme riskine dair ilk ve yeniden değerlendirme yapılır.

Bulgular : 2007 Uluslararası hasta güvenlik hedeflerinin kurum içerisinde uygulanmasına yönelik Kalite Direktörlüğü önderliğinde oluşturulmuş hastaya bakım veren disiplinlerden ve idari kadro çalışanlarından oluşan kalite iç denetimleri gerçekleştirildi. İlgili konu, bağlantılı komiteler tarafından da ilave denetimler yapılmıştır. Örneğin, el hijyen programı için Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından gerçekleştirilen denetimler kapsamında, Doktor, hemşire, porter ve diğerleri olmak üzere

304 sağlık personeli gözlenmiştir. Hastaya temas öncesinde ve sonrasında, eldiven giyme öncesi ve sonrası, su ve sabun, alkol bazlı el antiseptiği kullanımı ölçülmüştür. Hasta ile temas sonrası el hijyen uygulaması oranı, doktorlar için %41'inin su ve sabun kullandığını, %31'inin alkol bazlı el antiseptiği kullandığını, %27'sinin herhangi bir önlem almadığını göstermiştir. Hasta ile temas sonrası el hijyen uygulaması oranı, hemşireler için, %71'inin su ve sabun kullandığını, %27'sinin alkol bazlı el antiseptiği kullandığını, %2'sinin herhangi bir önlem almadığını göstermiştir.

Sonuç : Bu hedeflerin uygulamaya geçirilmesi ile hasta bakımının güvenliğini ve kalitesini iyileştirme yönelik bir adım daha atılmıştır. Hasta güvenliğini tehdit edecek riskler ilgili konular doğrultusunda önlemler ile beraber en aza indirilmesi için süreçler tasarlanmıştır.

TIBBİ CİHAZ ÜRETİCİLERİNDE KALİTEYE GEÇİŞ VE CE MARKALAMASI

SALKIM İsmail,

STM- Savunma Teknolojileri Mühendislik ve Tic. A.Ş.,
Ankara, TÜRKİYE

Binlerce yıllık tarımsal yaşam döneminden sonra, sanayi devrimi dediğimiz yeni bir değişim dönemi başlamıştır. Sağlık sektöründe bu dönemde, yapay ilaçlar ve modern hastahaneler ile entegre edilmiş cerrahi teknolojiler gelişmiştir. Sağlıkımızın kontrolü için tıbbi cihazların artık sadece hastanelerde değil evlerimizde de kullanılması sektörde kaliteye geçişi adeta zorunlu kılmıştır. Çünkü artık üreticiden başlayıp son kullanıcıya kadar her gurubun belirli şartları karşılaması zorunluluğu doğmuştur. Bunların yanında yasal mevzuatların da tıbbi cihaz üreticilerini kalite standartlarını uygulamaya zorlaması sektörde kaliteye geçişi hızlandırmıştır. Türkiye’de üreticiler kalite yönetim standartları ile ilk olarak ISO 9001 standardını uygulayarak tanışmışlardır. ISO 9001 standardını EN 46001 standardı takip etmiş daha sonra ISO 13488 ve bu standartların revizyonu ile son olarak sektöre yönelik ISO 13485:2003 Tıbbi Cihaz Üreticileri İçin Kalite Yönetim Standardı çıkmıştır. Üreticilerin bu geçişi tamamlaması ve uyumlaştırmayı sağlaması kolay olmamıştır. Bu geçiş çeşitli aşamaların uygulanması ile tamamlanmış ve bu geçiş sırasında karşılaşılan problemler ve halen üreticilerin önündeki engeller bu bildiriye belirtilmiştir.

Türkiye’de tıbbi cihaz üreticilerini kalite yönetim standartlarını uygulamaya zorlayan yasal mevzuatlardan en çok gündemde olan tıbbi cihazlar ile ilgili olan yönetmeliklerin uygulamaya alınmasıdır. Bilindiği üzere medikal alanda etkili olan üç ayrı yönetmelik ile (Medikal Cihazlar Kararnamesi, [Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Kararnamesi](#), [İn-Vitro \(Vücut Dışında Kullanılan\) Tıbbi Tanı Cihazları Kararnamesi](#)) getirilen yasal düzenlemeler ve uygulamaları zorunlu tutmuştur. Ülkemizde de Avrupa Birliğine uyum çerçevesinde Sağlık Bakanlığımızın yaptığı çalışmalar ile gerekli düzenlemeler başlatılmış olup, medikal cihazlar kararnamesinin uygulaması 1 Ocak 2004 tarihi itibarıyla zorunlu kılınmıştır. Medikal cihazlar kararnamesinin uygulamasının sonucu olarak medikal cihazlara CE markasının vurulması zorunluluğu doğmuştur. Medikal Cihazlar Kararnamesi’ne göre üreticileri CE işaretine götüren temel iki yol vardır. Birincisi, risk unsuru taşımayan ürünlere (Sınıf I) CE işaretinin vurulması olup sorumluluğu üreticisine aittir. Bunda yapması gereken iç üretim kontrolünü sağlayıp , ürün teknik dosyasını hazırlayarak ürüne CE markasını vurmaktır. İç üretim kontrolünü ISO 9001:2000 gibi kalite yönetim sistemini kurarak sağlayabilmektedir. Fakat sistemi belgelemek zorunlu değildir. CE 'ye giden ikinci yol risk unsuru taşıyan ürünlerin (Sınıf I*, Sınıf IIa, Sınıf IIb, Sınıf III) belgelendirilmesi olup, karmaşık ve zaman alan süreçlerden geçmektedir. Bu ürünlerin belgelendirilebilmesi için kalite güvence sistemlerinin kurulması şarttır. Tıbbi cihaz üreticileri için bu durumda ISO 13485:2003 standardı uygulanmaktadır. ISO 13485:2003 standardı uygulamaları ile birlikte ürün ve ürün dokümantasyonu da hazırlanıp bu sistem kapsamında denetlenerek belgelendirilmesi gerekmektedir. Belgelendirme için sadece ISO 13485:2003 kalite yönetim sisteminin kurulması yeterli olmayıp, aynı zamanda güvenli ürünün üretilip, dokümantasyonu ile bunun ilgili makamlara ispatlanması gerekmektedir. Risk unsuru taşıyan ürünlerin belgelendirilmesinde AB Komisyonu adına yetkilendirilen kurumların devreye girmesi gerekmektedir. Türkiye’de henüz yetkilendirilen kurumlar (onaylanmış kuruluşlar) olmaması üreticileri zorlamamakta olup üretici problemleri bu bildiriye yansıtılmaya çalışılmıştır.

ISO 13485:2003 standardı, Medikal Cihazları üretecek kuruluşlar için ISO 9000’ni entegre eden mükemmel bir yönetim alt yapısı getirmiştir. Bu standart bundan böyle her tıbbi cihaz üreticisinin [rehberi](#) olacaktır. Tıbbi cihaz üretiminde birincil hedef hem süreci hem de çıktılarını kontrol altında tutmaktır. Hem süreç hem de çıktı üzerinde yapılan iyileştirmeler sayesinde kalitedeki başarı görünür hale gelmektedir. Entegre Kalite Yönetim modeli hem ISO 13485:2003 süreç oryantasyonu hem de çıktı oryantasyonu için iyi bir zemin hazırlamaktadır. Etkinliğini yitiren fonksiyonel yönetim yerine, süreçlerin birbiri ile olan entegrasyonu sağlanarak süreç yönetiminin ön plana çıkması ile doğru çıktılarının oluşturulması sağlanmaktadır. ISO 13485:2003 standardının da sektöre yönelik olması ile, süreç yaklaşımı içinde tıbbi cihaz üretimine yönelik spesifik gereksinimler getirerek üreticinin kaliteli ve güvenli ürün üretmesini sağlamıştır. Bu sayede sadece beklentileri karşılayan ürünü üretmek, aynı zamanda kaliteli ve güvenli ürün ortaya koyduğu düşüncesine sahip kitle de mevcudiyetini yitirmektedir. Sektöre yönelik olup, diğer kalite yönetim sistemi standartlarında bulunmayan bazı spesifik gereksinimler ISO 13485:2003 standardıyla birlikte getirilmiştir.

Tıbbi hizmet ve ürünlerde ülkemizin küresel ölçekte rekabetçi olması ve sektörün gelişme göstermesi için kurumsal bazda iyileştirmenin ve uluslar arası kabul görmüş belgelenmenin yaygınlaşması gerekmektedir. Ülkemizde CE markalaması ile bu durum zorunlu kılınmış olsa bile, sürekli iyileştirmenin kilit noktası olduğu unutulmamalıdır. Üreticilerimiz en azından 2004 yılından bu yana kaliteye geçişte ilk adımı atmış durumdadır. Kalite ve organizasyonel olarak olgunlaşmanın maliyet boyutunun uzun vadede kazanıma dönüşeceği bilinmelidir. Kalite ve iyileşme bir amaca hizmet eden alt süreçler olarak değil, bizzatı iş yapmanın bir parçası olarak algılanmalıdır. Bu kapsamda kaliteyi hedef alan ve çalışmalarında kalite kriterlerinin uygulanmasını isteyen kurumlar, kalitesi ve güvenilirliği onaylanmış ürünler almayı ve çalışmak istedikleri firmalardan da kalite sertifikasyonunun yapılmış olmasını beklemektedirler. Hatta bu tür kurumlar yasal mevzuatlarda yapılması zorunlu olan kalite süreçleri ile yetinmeyip, daha üst seviyede kalite uygulamalarının sürekli iyileştirme çerçevesinde yapılmasını isteyebilirler.

UYGUN OLMAYAN TIBBİ ÜRÜN VE HİZMETLERİN İZLENMESİ İLE ELDE EDİLEN VERİLERİN HASTA GÜVENLİĞİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gümüş Zekeriya, Özcanlı Zeynep, Özdemir Fatma

Ordu Devlet Hastanesi, Ordu/Türkiye

Amaç. Hastanemizde uygulanan ISO 9001:2000 kalite yönetim sistemi faaliyetleri çerçevesinde izlediğimiz uygun olmayan tıbbi ürün ve hizmet bildirimlerini hasta güvenliği yönünden değerlendirmek.

Yöntem. Retrospektif olarak yapılan bu araştırmada 2005, 2006 ve 2007 (10 aylık) yıllarına ait toplam 225 adet uygun olmayan ürün ve hizmet bildirimini bu çalışmaya dâhil edilmiştir. Yapılan bildirimlerden hasta güvenliğini tehdit edenler önemli bulunmuş ve bunlar hafif, orta ve yüksek derece riskli olarak sınıflandırılmıştır.

Bulgular. 225 adet bildirimden %66,22’si önemsiz, %33,78’i önemli bulunmuştur. Önemli olanların da % 27,11’i hafif, % 6,22’si orta ve % 0,44’ü yüksek derecede riskli bulunmuştur. Hasta güvenliğini tehdit edebilecek yüksek dereceli bildirimler oldukça düşüktür. En sık yapılan bildirim tıbbi sarf ve cihazlar da olduğu (% 47,11) dikkati çekmektedir.

Sonuç. Literatürdeki hasta güvenliği kavramına göre bu bulgular değerlendirildiğinde uygulanmakta olan ISO 9001:2000 kalite yönetim sisteminde hasta güvenliği ile ilgili yeterli veri ve bilgi sağlanamamış, yüksek dereceli riskli olay bildiriminin % 0,44 gibi oldukça düşük oranda kaldığı görülmüştür. Tıbbi hatalara yönelik bildirimlerin hiç yapılmamış olması ise suçlanma ve sağlık çalışanının cezalandırılması korkusuna bağlanabilir.

Hasta güvenliğini tehdit eden olayların bildirimini teşvik etmek için devletin yasal düzenleme yapması, kurum yöneticilerinin çalışanlara liderlik etmesi, eğitime önem verilmesi gereklidir. Sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği risklerini belirlemek, kök nedenleri analiz etmek için farklı politika ve stratejiler geliştirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Hasta güvenliği, tıbbi hatalar, kalite yönetimi

İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI

**Ali Kadri ÇIRAK*, Mehmet BÖNCÜ*, Gülcan CANASLAN*, Leyla Öztürk*,
Olgun Kazım KULAÇ* Mustafa COŞKUN***

* İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaçlar: Kamu hastanelerinde kalite çalışmalarıyla hasta ve çalışan güvenliği kavramları önemli birer gündem haline gelmiştir. Çalışmamızda çalışanlarımız ve hastalarımız için güvenilir bir ortam sağlamak, çalışma ortamı ve çalışma şartlarından doğabilecek sorunlara karşı korumak, risk yönetimi ve tıbbi hataların azaltılması gibi konulardaki çalışmalar hakkında bilgi paylaşımı amaçlanmıştır.

Yöntem:

- Hasta ve Çalışan Güvenliği Komiteleri oluşturuldu
- İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliğiyle ilgili hastane politikası oluşturuldu.
- Çalışanlara ve hastalara yönelik olası tehlikeler belirlendi.
- Risk Değerlendirilmesi yapıldı.
- Risk matrisleriyle risk puanları saptandı.

Bulgular: İş sağlığı ve güvenliği politikamız, çalışanlarımız ve hastalarımız için güvenilir bir ortam sağlamak, onları çalışma ortamı ve çalışma şartlarından doğabilecek sorunlara karşı korumak olarak belirlendi. Hastanenin risk değerlendirilmesinin yapılması, çalışan ve hasta güvenliğini olumsuz etkileyebilecek risklere karşı düzeltici-önleyici faaliyetler planlandı. Hastanemiz iş yeri güvenliğini en üst düzeye çıkarmak amacıyla, çalışan ve hasta güvenliğiyle ilgili sorunların kayıt altına alınması ve bunların kullanılabilir verilere dönüştürülmesi kararlaştırıldı. Çalışanların ve hastaların çalışma şartlarından doğan potansiyel tehlikeleri minimuma indirmek için gerekli düzeltmelerin yapılmasına uygun önlemlerin alınmasına karar verildi. Risk değerlendirmesine uygun olarak kişisel koruyucu malzemelerin temin edilmesi, gerekli yerlerde uygun ekipmanların kullanılması planlandı. Ayrıca İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği konusunda riskleri azaltmak amacıyla çalışanlara eğitim verilmesi kararlaştırıldı.

Risk Değerlendirme Yöntemi

Riskler:

- Zeminde Düşme/ Kayma
- Montaj, İşletim, Bakım, Değiştirmeye Bağlantılı Tehlikeler
- Yangın ve Patlama
- Çalışanlara Şiddet
- Deri Yoluyla Alınan Zararlı Maddeler
- Çalışma Pozisyonuyla İlgili Boyun Sorunları
- Uygunsuz Termal Ortam (Fazla Sıcak)
- Yetersiz Aydınlatma
- İğne Ucu Yaralanmaları
- Enfeksiyon Kapma
- Yanlış Taraf Cerrahisi
- Hastane Enfeksiyonları
- Hastaların Transferinde Yaşanılan Olumsuz Olaylar
- Bulguların Atlanması, Tetkiklerin Eksik İrdelenmesi Sonucu
- Teşhiste Oluşan Hatalar;
- Yatak Başı Bakımda Vital Bulgulardaki Değişikliklerin Atlanması
- Hastanın Taburcu Olması Sırasında Yeterli Bilgilendirilememesi
- Yanlış Kan Transfüzyonu

Risk derecelendirilmesinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Burada 5x5 matris yöntemi kullanılmıştır. Buna göre Risk = Zararın ortaya çıkma olasılığı x Zararın etkisidir.

Ortaya çıkma olasılığı için derecelendirme basamakları:

- 5 her gün (çok yüksek olasılık)
- 4 haftada bir (yüksek olasılık)
- 3 ayda bir (orta dereceli olasılık)
- 2 üç ayda bir (küçük olasılık)
- 1 yılda bir (çok küçük olasılık)

Zarar verme etkisi derecelendirme basamakları:

- 5 (çok ciddi) ölümlü veya sürekli iş göremezlik
- 4 (ciddi) ciddi yaralanma, meslek hastalığı
- 3 (orta) en az üç gün istirahat gerektiren yaralanmalar
- 2 (hafif) ilk yardım gerektiren küçük yaralanmalar
- 1 (çok hafif) hasar ya da yaralanmaya neden olmayan kaza

Risk Puanı Değerlendirmesi

20, 25, 15, 16 Yüksek risk; 10, 12, 8, 9 Dikkate alınması gereken risk; 1, 2, 3, 4, 5, 6 Kabul edilebilir risk

Sonuç: Hasta ve çalışan güvenliği konularında yapılan çalışmaların hasta ve çalışan memnuniyetini artırıcı etkisi olduğu, bu çalışmaların sonucunda kaydedilecek gelişmelerin kurum prestiji açısından da artı değer sağlayacağı sonucuna varıldı.

HASTA GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMADA ÇALIŞAN PERSONELE YÖNELİK HİZMET İÇİ EĞİTİM UYGULAMALARI: BAYINDIR HASTANELERİ ÖRNEĞİ

**Erkan E, Sancar S., Bahtiyar A,
Bayındır Hastaneleri, Ankara, TÜRKİYE**

ÖZET

Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi sağlık sisteminin önemli öncelikleri arasında yer almaktadır. Tıbbi bakımdan kaynaklanan hatalara bağlı oluşabilecek her türlü hatanın olmaması ya da sağlık bakım hizmetinin kişilere vereceği zararın önlemek amacıyla sağlık kuruluşlarının gereken önlemleri alması gerekmektedir. Bu önlemlerden bir tanesi de personelin eğitimidir. Bu çalışma, Bayındır Hastanelerinde çalışan personele hasta güvenliğini sağlamak için verilen hizmet içi eğitim uygulamalarını yansıtmak amacıyla hazırlanmıştır.

1/01/2006-31/12/2006 tarihleri arasında kurumumuzda çalışan 773 kişiye Hizmet İçi Eğitim verilmiştir. Eğitimler, kuruma yeni başlayan personele yönelik Oryantasyon Eğitimi, tüm çalışanlara yönelik Temel Eğitim, Mesleki Eğitim, Geliştirme Eğitimleri ve yöneticilere yönelik Yöneticilik Eğitimi olmak üzere beş grupta planlanmaktadır. Her yılın Aralık ayında tüm bölümlerden "Eğitim İhtiyaç ve İstek Formları" ile talep edilen eğitimler Kalite ve Eğitim Bölümünde değerlendirilmektedir. Ayrıca, iç denetimlerimiz sonunda çıkan uygunsuzluklar, yasal değişiklikler nedeniyle kurumlarda verilmesi zorunlu olan eğitim konuları, sektörel / teknolojik gelişmeler sonucu ortaya çıkan yeni konular, hasta memnuniyet anketlerinin değerlendirilmesi sonucunda hizmete ve çalışanlara yönelik öneri ve eleştiriler değerlendirilerek Yıllık Eğitim Planı oluşturulmaktadır.

Eğitim programı öncesinde eğitime katılacak kişilere iç yazışma ile eğitimler duyurulmaktadır. Her eğitim sonunda katılımcılara Eğitim Sonu Değerlendirme Anketi uygulanarak eğitim hakkındaki görüşleri alınmaktadır. Bunun yanında Hastanelerimizde izlenen kalite endikatör sonuçları bazı eğitimlerin etkileri hakkında bilgi vermektedir. Tamamlanan eğitimler bilgisayar ortamında bulunan personele ait eğitim dosyasına kaydedilmektedir.

Kurulduğu tarihten günümüze kadar, Bayındır Hastanelerinde düzenlenen tüm eğitim faaliyetleri, hasta güvenliğini temel alarak gerçekleştirilmektedir. Eğitimlerin etkinliğinin davranış boyutunu incelemeye yönelik çalışmalar devam etmektedir. 2006 Yılında hasta eğitiminin etkinliğinin ölçümüne yönelik izlenen "Taburcu Öncesi Hasta Eğitimi Endikatörü" sonucu Mart 2006'da % 52'iken, personele verilen "Hasta Eğitimi" sonrasında endikatör oranı Nisan 2006'da % 91,6'ya yükselmiştir.

2006 yılında verilen tüm eğitimlerden katılımcıların memnuniyet oranı % 84 olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Eğitim, Etkinlik

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ YARATMAK: AKREDİTE OLMUŞ BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE İZLENEN YOL HARİTASI VE KRİTİK BAŞARI FAKTÖRLERİ

Bilgin Tak, Alis Özçakır

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

Giriş: Akreditasyon projelerinin teknik ve kültürel olmak üzere iki boyutlu bir değişim programı olarak dizayn edilmesi gerekmektedir. Çünkü hasta güvenliğine odaklı bir kültürel bir değişim gerçekleşmediği sürece akreditasyon hedefleri başansızlıkla sonuçlanmaktadır.

Amaç: Bu çalışma ilgili akademik yazın ve yakın tarihlerde JCI tarafından tetkik edilmiş olan bir üniversite hastanesinin deneyimine dayalı olarak hastanelerde hasta güvenliği kültürünün nasıl yaratılabileceği konusunda bir yol haritası sunmayı amaçlamaktadır.

Sonuç: Hasta güvenliği kültürü yaratmak amacıyla izlenecek değişim programına ana unsurları ve kritik başarı faktörleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Liderlik : Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olarak hasta tanımlama sistemleri, temiz oda teknolojisi , el hijyeni kampanyaları vb. üst yönetimin kaynak tahsisini gerektirmektedir. Öte yandan örneğin " Cerrahi alan/taraf işaretlemesi yapılmamış hastanın ameliyathaneye alınması " gibi bazı politikalar ancak üst yönetimin iradesi ile uygulanabilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği açısından özellikle üst yönetimin liderliği kritik rol üstlenmektedir.

İletişim : Afiş, poster, bülten, klinik panoları vb. görsel eğitimin de bir parçası olarak hasta güvenliği hedeflerinin ve bu hedeflerin hastanede hangi politikalar doğrultusunda, nasıl sağlandığının duyurulmasını sağlamaktadır. Özellikle klinik panoları hasta güvenliğine ilişkin indikatörlerin, ölçüm sonuçlarının ve iyi uygulama örneklerinin paylaşımına imkan veren çok işlevsel iletişim araçlarıdır.

Takım çalışması ve katılımcı yönetim: Hasta güvenliğine ilişkin bir politika, prosedür ve talimatın mutlaka "ilgili" kişilerin katılımıyla oluşan komiteler tarafından üretilmesi sağlanmalıdır. Örneğin, "kritik test sonucu bildirme- Geri okuma ve geri söyleme" politikası tüm tetkik birimlerinden yetkin kişilerin katılımıyla yaratılmalı ve uygulamaya konmalıdır.

Takdir ve ödüllendirme sistemleri: Hasta güvenliği konusundaki duyarlılıklar ve uygulamaların yönetim tarafından takdir edildiğini vurgulayan törenler ve ritüeller önem taşımaktadır.

İnsan kaynakları yönetim sistemleri: Yetkili kılma (privileging) ve periyodik yetkinlik değerlendirme sistemlerinin hasta güvenliğini riske edebilecek kişilerin belirlenmesini sağlayacak ve yetkin olmayanların kritik pozisyonlara gelmesini önleyecek şekilde yeniden düzenlenmelidir.

Yetkilendirme ve otokontrol mekanizmalarının oluşturulması: Departman, bölüm, birim kalite kurullarının / komitelerinin oluşturulması ve komitelerin kendi birimlerinde hasta güvenliğini esas alan bir hizmet sunumunu sağlamaktan sorumlu olmaları etkili sonuçlar üretmektedir. Bu bağlamda personelin hasta güvenliği uygulamaları açısından eğitimi, izlenmesi, değerlendirilmesi ilgili birimler tarafından gerçekleştirilmektedir.

Referanslar:

- Schein, Edgar H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass, San Francisco
- Schneider, Benjamin. (1990). *Organizational Climate and Culture*, Jossey-Bass
- Lorsch, Jay W. (1988). "Strategic Myopia : Culture as an Invisible Barrier to Change", *Gaining Control of the Corporate Culture*, Ralph H. Kilman (Ed.), Jossey-Bass,
- Davis, Tim R. V. (1988). "Managing Culture at the Bottom", *Gaining Control of the Corporate Culture, Administrative Science Quarterly*, Vol.36, 552-582
- Kilmann, Ralph R.; Saxton, Mary J.; Sepura, Roy. (1988). "Five Key Issues in Understanding and Changing Culture", *Gaining Control of the Corporate Culture*,
- Deal, Terrence E. ; Kennedy, Allen A. (1982). *Corporate Cultures : The Rites and Rituals of Corporate Life*, Addison-Wesley
- Denison, Daniel R. (1984). "Bringing Corporate Culture to Bottom Line", *Organizational Dynamics*, Vol.13.2, 05-22
- Harrison, Richard J. ; Carroll, Glenn R. (1991). "Keeping the Faith : A Model of Cultural Transmission Ralph H. Kilman (Ed.), Jossey-Bass,
- O'Reilly, Charles A. ; Chatman, Jennifer A. (1996). "Culture as Social Control : Corporations, Cults and Commitment", *Research in Organizational Behavior*, JAI Press, Vol.18, 157-200
- Schein, Edgar H. (1999). *The Corporate Culture Survival Guide*, Jossey-Bass
- JCI International Patient Safety Goals.Available from: <http://www.icpatientsafety.org>
- Hospital survey on patient safety culture. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture>

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ve ENFEKSİYONLARA MARUZİYET

Selma ALTINDİŞ; Nevzat DEVEBAKAN; Mustafa ALTINDİŞ

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Afyonkarahisar

D.E.Ü. İzmir Meslek Yüksek Okulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, İzmir.

Amaç: Günümüzde farklı meslek ve farklı görevlerde bulunan sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerini sunarken sağlık ve güvenlik açısından bazı risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır(biyolojik, kimyasal, fiziksel, psiko-sosyal, çevresel). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık işletmeleri sağlık ve güvenlik açısından en riskli işletmeler kategorisinde sıralanmaktadır. Başka bir ifade ile sağlık işletmelerinde meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıkları sonuçları itibarıyla diğer sektörlerdeki iş kazası ve meslek hastalıklarına göre daha ölümcül sonuçlar doğurmaktadır. Genel olarak çalışmada çalışanın tüm yaşamının bu sektörde çalışmakta idi. Deneklerin 80'i(%34.0) klinik, 18'i(%7.7) poliklinik hemşiresi, 11'i(%4.7) ebe, 23'ü(%9.8) laborant, 31'i(%13.2) röntgen ve diğer teknisyenler, 44'ü(%18.7) sağlık memuru/ATT ve 28'i de(%11.9) diğer yardımcı sağlık personeli olarak belirlenmiştir.

Metot : Araştırma için Afyonkarahisar'da bulunan farklı sağlık kuruluşlarından toplam 242 sağlık çalışanı ile yüz yüze görüşülerek anket uygulanmıştır. Bireylerin çoğu 21-30 yaş grubunda olup(%52.3), bunu ikinci sıklıkla 31-40 yaş grubu izlemekte idi(%26.8). Çalışanların 134'ü(%56.3) Üniversite, 73'ü(%30.7) lise, 17'si(%7.1) lisansüstü eğitim düzeyinde olup, 81'i(%34) 1-5 yıl, 70'i(%29.4) 6-10 yıl, 44'ü 11-20 yıldan bu sektörde çalışmakta idi. Deneklerin 80'i(%34.0) klinik, 18'i(%7.7) poliklinik hemşiresi, 11'i(%4.7) ebe, 23'ü(%9.8) laborant, 31'i(%13.2) röntgen ve diğer teknisyenler, 44'ü(%18.7) sağlık memuru/ATT ve 28'i de(%11.9) diğer yardımcı sağlık personeli olarak belirlenmiştir.

Bulgular : Araştırma grubunda, "çok iyidir / kesinlikle Katılıyorum / Evet" diyenler;

Devletin iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak tedbirleri alması	% 7.4
Hastane yönetiminin işyerinde sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının sağlanması için aldığı önlemler	% 6.2
Hastane yönetiminin iş yerinde sağlık ve güvenliği korunması için riskleri önlemesi	% 4.6
Hastane yönetiminin işle ilgili her konuda çalışanların sağlık ve güvenliğini koruması	% 3.0
Hastane yönetiminin yaptığım işin ihtiva ettiği sağlık tehlikeleri hakkında beni bilgilendirmesi	% 4.6
Hastanemizde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik eğitimler yapılıyor.	% 67.2
Kendimin ve diğer çalışma arkadaşlarımla olumsuz etkilenmemesi için azami özeni gösteririm	% 37.2
İşimi İş sağlığı ve güvenliği açısından hastane tarafından verilen talimatlar doğrultusunda yaparım	% 24.1
İş için sağlanan kişisel koruyucu donanımı(maske, eldiven vb) doğru bir şekilde kullanırım	% 36.0
Güvenliğini sağlama görevi sadece hastane yönetiminin değil, tüm çalışanların sorumluluğundadır	% 38.5
Genel olarak hastanemizdeki İş Sağlığı ve Güvenliği Sistemi yeterlidir	% 3.8
Genel olarak hastane ortamında çalışmak stresli bir iştir	% 45.6
Devlet iş sağlığı ve güvenliğini sağlama konusundaki yükümlülüklerini yerine getirmektedir	% 9.3
Hastane Yönetimi, iş sağlığı ve güvenliğini sağlamada yükümlülüklerini yerine getirmektedir	% 6.8
Bir Çalışan Olarak iş sağlığı ve güvenliği konusundaki yükümlülüklerimi yerine getirmektedirim	% 24.6
Hastanemizde kurum hekimi var mı?	% 56.0
Periyodik portör muayenesi oluyor musunuz?	% 23.7

Bu işe girerken işe giriş sağlık raporu aldınız mı?	% 82.1
Hepatit aşısı oldunuz mu?	% 71.2
Hastanede hastalar tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	% 47.1
Hepatit-B enfeksiyonlu bir hastanın kan yada çıktıklarına maruz kaldınız mı?	% 51.1
Sağlığınızı olumsuz etkileyen boyun, bel, omuz veya kol ağrısı yaşadınız mı?	% 61.7
Uykusuzluk problemi çektiniz mi?	% 40.2
Enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanması yaşadınız mı?	% 45.3

Sonuç : Sağlık işletmeleri, işten kaynaklanan risk ve tehlikeler konusunda en riskli grupta yer almasına rağmen, doğrudan sağlık personelinin güvenliğine yönelik düzenlemeler ve bilgi düzeyinin yok denecek kadar az olduğu saptanmıştır. Bu konuda, ilgili kurum ve kuruluşlara ve bireylere ciddi görevlerin düştüğü de açıktır.

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA UYGUNSUZLUKLARIN SAPTANMASI

Vatansever Özgül, Utkutan Selvinaz, Kurt Seyyare Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi/İzmir/Türkiye

AMAÇ: Hatalı uygulamaların rapor edilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

GİRİŞ: Hata genel anlamda istenmeyen ve onaylanmayan davranış ve hareket olarak tanımlanabilir. Etik ilkelerin hemşirelere yüklediği sorumluluklar, hastanın güvenliğini ve yararını sağlamayı, zarar görmesini engelleyen bazı tedbirler alınmasını gerektirir. Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda sorumluluklar her geçen gün artmaktadır. Bu doğrultuda, temel hedef hata oluşmasını engellemek, hata olasılığını ortadan kaldırmak ve hastayı olası hatalar nedeniyle göreceği zararlardan korumaktır(1). Hemşirelik hizmetlerinde ortaya çıkabilecek hatalı uygulama alanları şunlardır: Hasta tanılama, izlem, bakım, tedavi hazırlama ve uygulama, hasta güvenlik hatalarıdır. Saptanan tüm hatalı uygulamaların raporlanması, nedenlerin belirlenmesi ve önlenmesi için önemlidir. Önlemler her zaman sisteme yönelik olmalı, kişiyi cezalandırma niteliğinde olmamalıdır. Bunun çalışanlar tarafından bilinmesi, raporların doğru ve zamanında toplanmasını sağlayacaktır(2).

YÖNTEM: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde, hemşirelik hizmetlerinin sunulmasında ortaya çıkan hataların tanımı ve bildiriminde "Uygunsuзluk Tanım Formu" kullanılmaktadır. Formda; uygunsuзluğun tanımlandığı tarih, ortaya çıktığı birim, uygunsuзluğu tanımlayan kişi, uygunsuзluğun tanımı, kök neden, çözüm önerisi ve değerlendirme bölümleri yer almaktadır.

Çalışma, Ekim 2007- Aralık 2007 tarihleri arasında raporlanan 70 adet uygunsuзluk tanım formu ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Raporlanan uygunsuзluk tanım formları ile saptanan hataların kök nedenlerine göre dağılımı; % 31'i tedavi hazırlık ve uygulama uygunsuзlukları, %20'si hasta izlem uygunsuзlukları, %17'si hasta bakım uygunsuзlukları, %10'u hasta tanılama sürecinde uygunsuзluk, % 6'sı girişim uygunsuзlukları, % 6'sı tıbbi cihaz ve malzeme uygunsuзlukları, % 4'ü doktor istem alma uygunsuзlukları, % 4'ü iletişim uygunsuзlukları, % 2'si hasta güvenlik uygunsuзlukları, %1'i enfeksiyon kontrol önlemlerinde uygunsuзluktur. Uygunsuзlukların % 59'u gündüz nöbetinde, % 41'i gece nöbetinde saptanmıştır.

SONUÇ: Sağlık hizmeti sunarken, hastalara zarar vermekten kaçınmak, zamanında, doğru bakım vermek, izlemi yapmak, doğru cihaz, malzeme kullanarak doğru tedavi uygulamak ve hasta güvenliğini sağlamaktır. Hemşirelik uygulamalarında tespit edilen hataların kök nedenlerini bilmek ve bunlara yönelik girişimlerde bulunmak hataların önlenmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR:

1. Aştı T., Acaroğlu R., Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000,4(2)
2. Aslan Ö.,Ünal Ç., Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları. Gülhane Tıp Dergisi 2005;47:175-178

SAĞLIK BAKANLIĞI ATAMALARI NEDENİYLE GELİŞEN HEMŞİRE İSTİFALARININ HEMŞİRELİK HİZMETLERİNE ETKİSİ

¹ÇEVİK Cahide, ²GÖKAY Güler, ³KARAHAN Atilla

¹Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama Ve Araştırma Hastanesi / Afyonkarahisar /

AMAÇ: Bu çalışma, Sağlık Bakanlığı atamaları nedeniyle gelişen hemşire istifalarının hemşirelik hizmetlerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM : 2007 Ocak-Kasım ayları arasındaki istifa sayıları belirlenmiştir. Bu sayı toplam hemşire sayısına oranlanarak toplam istifa yüzdesi, Haziran ayı istifa sayısı toplam istifa sayısına oranlanarak da Haziran ayı istifa yüzdesi bulunmuştur.

BULGULAR : Tablo 1: 2007 yılı aylara göre istifa sayısı dağılımı

Ay	İstifa sayısı	Ay	İstifa sayısı
Ocak	4	Temmuz	6
Şubat	1	Ağustos	9
Mart	2	Eylül	2
Nisan	1	Ekim	-----
Mayıs	-----	Kasım	3
Haziran	29		
Toplam			57

Toplam hemşire sayısı 193, 2007 Ocak-Kasım ayları arasında istifa eden hemşire sayısı 57'dir.2007 Ocak-Kasım ayları arasında hemşirelerin %30'nun (n=57) istifa ettiği, tüm istifaların %16'sının da (n=29) Haziran ayında gerçekleştiği görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Hemşirelerin istifa nedenleri arasında Bakanlık atamaları, ücreti yetersiz bulma, eş tayini, özel hastanelerde iş bulma gibi nedenlerin yer aldığı görülmüştür.
2. Aylara göre istifa nedenlerine bakıldığında en çok istifaların Bakanlık atamalarının yapıldığı Haziran ayına rastladığı tespit edilmiştir. Bu istifalar nedeniyle hemşirelik hizmetleri zor bir süreç geçirmiştir. İstifaların yerine mezun hemşire bulmakta zorlanılması ve birimdeki hemşirelerin izinleri kaldırılıp hemşirelere fazla mesai yaptırılmıştır. Bu durum da hemşire motivasyonunu düşürmüş ve hizmeti etkilemiştir.
3. Yeterli sayıda mezun hemşire bulunmadığından dolayı hemşirelik sistemine, hemşirelik eğitimi almayan diğer sağlık personelleri (Acil Tıbbi Teknisyen, Toplum sağlığı teknisyeni gibi) alınmak zorunda kalınmıştır.Bu da hemşirelik mesleğini usta çırak ilişkisi ile öğrenilebilir durumuna getirmiştir ve meslek açısından oldukça rahatsız edicidir.
4. İstifaların yerine alınan yeni hemşireler, diğer sağlık personelleri adaptasyon ve oryantasyon programına alınmadan direk nöbete yazılmış ve risk alınmıştır.
5. Eleman yetersizliği nedeniyle Anestezi yoğun bakım bir buçuk ay hizmet verememiş, ameliyathane oda sayısı azaltılmış ve bazı bölümlerde küçülmeye gidilmiştir. Ayrıca Anestezi yoğun bakımda hizmet verilememesi nedeniyle birçok hasta il dışı sevk edilmiştir.
6. İstifaların sık olması sık eleman değişikliğine neden olmaktadır. Bu durum da hemşirelik hizmetinin kalitesini etkilemekte ve hatalara neden olabilmektedir.

7. Hasta bakım hizmetlerinin kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artırılması için yeterli sayıda ve kaliteli elemana ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle atamalarda 3. Basamak Sağlık hizmeti veren Üniversite Hastanelerin de eleman ihtiyacı göz önünde bulundurulması ve kalıcı kadroların artırılması gerekmektedir.

HASTA ODAKLI SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU: AKREDİTE BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE YÜRÜTÜLEN ORGANİZASYON GELİŞTİRME PROJESİ

Bilgin TAK,¹ Umut EROĞLU,² Kurtuluş KAYMAZ¹

¹ Uludağ Üniversitesi , Bursa, Türkiye / ² Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale, Türkiye

1. Amaç : Projenin amacı, JCI Akreditasyon sürecinde bir üniversite hastanesinde görev yapan personelin tutum ve davranışlarını hasta-odaklı bir hizmet anlayışını yansıtabilecek şekilde geliştirmektir. Kalite ve Akreditasyon Kurulu hasta ve yakını şikayetleri ve memnuniyet anketi sonuçlarını değerlendirilmiş ve hastane personelinin hasta ve hasta yakınları ile olan iletişimlerinde sorunların yaşandığını tespit etmiştir. Bu çerçevede, hastane personelinin tutum ve davranışları ile iletişim becerilerini geliştirmesine yönelik bir iyileştirme çalışması yürütülmüştür.

2. Yöntem:

2.1. Projenin kapsamının belirlenmesi Bu kapsamda, hastane üst düzey yöneticileri ve konunun uzmanı bir akademisyen grubun katılımı ile projeden beklentiler, programın amacı, yöntemi, ön hazırlık çalışmaları ve uygulama bilgileri ana hatları ile tespit edilmiştir. Bunları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

2.2. Durum analizi ve problemlerin teşhisine yönelik çalışmalar Hasta ve hasta yakını ile yüz yüze iletişim kuran personel ile telefonla iletişim kuran personelden, gözlem ve görüşme yöntemleri kullanılarak sorunun teşhisine yönelik veriler toplanmıştır. Bu kapsamda yürütülen çalışmalar aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Personel Grubu	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Aracı
Poliklinik sekreterleri, bilgi işlem memurları, güvenlik ve halkla ilişkiler görevlileri	-Gözlem Yöntemi	Değerlendirme formu
	-Yüz yüze Görüşme Yöntemi	Görüşme formu
Randevu sekreterleri, santral memurları.	-Telefonla görüşme	Değerlendirme formu
	-Yüz yüze Görüşme Yöntemi	Görüşme formu
Üst düzey hastane yöneticileri	-Yüz yüze Görüşme Yöntemi	Görüşme formu
.....	Veri inceleme	Raporlar
Tüm personel	Anket çalışması	Örgütsel aidiyet, bağlılık ve kurum imaj algısını ölçen anket formu

2.3. Planlanan ve Uygulanan Faaliyetler Elde edilen veriler doğrultusunda, hastane personelinin hasta ve hasta yakınları ile olan iletişimlerdeki tutum ve davranış problemlerini gidermek üzere eğitim ve ekip çalışmalarına tabi tutulmalarına karar verilmiştir. Bu çerçevede, hastane düzeyinde toplam 316 kişi ile 16 grup halinde 8'er saatlik teorik ve uygulamalı eğitim ve ekip çalışması uygulamaları yürütülmüştür.

Eğitimler esnasında, iletişim konusunda teorik bilgilerin yanı sıra **örnek olay, rol oynama** ve takım çalışması yöntemleri kullanılmıştır. Örnek olaylar akademik kaynaklardan değil gözlem, telefon kayıtları ve görüşmelerde bizzat tespit edilen ve aktarılan gerçek olaylardan üretilmiştir. Böylece personel kendisinin de sürekli yaşadığı bir olayı örnek olarak analiz ederek hatalarını görme şansı elde etmiştir.

Çalışanların duyarlılığını arttırmak, üstlendikleri rolün önemini anlamalarını ve konuyu sahiplenmelerini sağlamak amacıyla tüm gruplar ile **“İdeal bir hastane nasıl bir görünüme sahiptir, nasıl faaliyette bulunur?”** temalı beyin fırtınası ile başlamıştır.

Beyin fırtınası sonuçlarından örnekler , örnek olay ve rol oynama çalışmalarına ilişkin video ve fotoğraf kayıtları sunum esnasında katılımcılar ile paylaşılacaktır.

3. Sonuç:

- Eğitim sonucunda, hasta ve hasta yakınına yönelik tutum ve davranış düzenleyen **“İşimizi Nasıl Yapmalıyız?”** başlıklı ortak bir **bildiri** oluşturulmuştur. Bu **bildiri bir mutabakat metni** olarak başhekimlik onayı ile tüm çalışma noktalarına asılmıştır.
- JCI Akreditasyon Tetkiki sırasında personelin adanmışlığı tetkikçileri çok etkilemiş ve bu durum övgü olarak raporlanmıştır.
- Rol oynama çalışmaları ile personelin empati becerisi gelişmiştir.
- Proje kapsamında yer alan personel hastaneye aidiyet ve bağlılıklarının arttığını; bu hastanede çalışıyor olmaktan gurur duyduklarını belirtmişlerdir.
- İzleyen dönemde hasta ve yakınlarının personelin tutum ve davranışına ilişkin memnuniyet düzeyinin arttığı gözlemlenmiştir.
- Program kapsamında yer alan personelin istenen tutum ve davranışların kazan-kazanmadığı yine gözlem ve telefon görüşmeleri yöntemi ile periyodik olarak gözlenecektir.

KAYNAKÇA :

- FERNANDEZ, Sergio ve RAINES, Hal G., (2006), "Managing Successful Organizational Change in the Public Sector", *Public Administration Review*, 66(2).
- FRENCH, W., (1969), "Organization Development: Objectives, Assumptions and Strategies", *California Management Review*, 12(winter).
- HUSE, Edgar F. , CUMMINGS, Thomas G., (1985), *Organization Development and Change*, Newyork.
- LEWIN, Kurt, (1951), *Field Theory and Social Science*, Newyork: Harper&Row.
- LIPPIT, R., WATSON, J., WESTLEY, B., (1958), *The Dynamics of Planned Change*, New York: Harcourt, Brace and World.
- PETTIGREW, M.Andrew, WOODMAN, W.Richard, CAMERON Kim S., (2001),"Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research", *Academy of Management Journal*, 44(4)
- ROBERTSON, Peter J., ve SENEVIRATNE, Sonal J., (1995), "Outcomes of Planned Organizational Change in the Public Sector: A Meta-Analytic Comparison to the Private Sector" *Public Administration Review*, 55(2).
- WHITE, Sam E. ve MITCHELL, Terence R., (1976), "Organization Development: A Review of Research Content and Research Design", *The Academy of Management Review*, 1(2).

KIRIKKALE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ

Dr.Mehmet Ali UĞURLU

Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi
Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı

ÖZET : Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'nde Enfeksiyon Kontrol Komitesi 25.04.2005 tarihinde kurulmuştur. Bu tarihten itibaren hastanemizde hastane enfeksiyonları sürveyansı, antibiyotik kullanımının kontrolü, dezenfeksiyon- sterilizasyon, antisepsi, hastane temizliği, çamaşırhane, mutfak gibi destek hizmetlerinin hastane enfeksiyonları yönünden kontrolünde etkin rol almaktadır. Bu yazıda yapılan çalışmaların özeti sunulmuştur. Amaç hastane enfeksiyon oranını olan en düşük seviyeye indirmek ve orada tutabilmektir.

ÖZEL TAM-MED HASTANESİ ACİL KALİTE ÇEMBERİ ÇALIŞMASI SONUÇLARI

- DR.BERKANT MAY ÇEMBER LİDERİ
- **ÜMİT ŞAHİN** KALİTE KOORDİNATÖRÜ
- MEHTAP KORKMAZ KALİTE KOORDİNATÖR YARDIMCISI
- HEM. SEVGİ YILDIZ ŞAHİN ÜYE
- HEM. ZEYNEP YILDIZ ÜYE
- HEM. ZEYNEP DAĞDEVİREN ÜYE

ÖZET:1994 yılından bu yana Gaziantep ve GAP bölgesine Güvenilir sağlık hizmeti sunmak misyonu ile yola çıkan TAM-MED Hastanesi bu amaçla 2005 yılında başladığı kalite sistemi kurma çalışmalarını 2006 yılında başarı ile geçerek uluslararası kalite belgesi olan ISO 9001:2000 belgesini almaya hak kazanmıştır. Bu bağlamda hastalarına kaliteli ve güvenilir sağlık hizmetini sunmayı amaçlayan TAM-MED Hastanesi ISO belgesini aldığı ay içinde uluslararası Akreditasyon çalışmalarına başlamıştır. Bu çalışmada ilk aşama olarak ISO 9001:2000 sisteminin Sağlık Bakanlığı Kalite Geliştirme Kriterleri ile entegrasyonu hedeflenmiş ve çalışma bu bağlamda yapılandırılmış ve yürütülmektedir. Bu bildirimizin temel amacı Hastanemiz ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminin ilk aşamada Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık Bakanlığı Kalite Geliştirme Kriterleri ile entegrasyon çalışmalarında oluşturulan Acil Hizmetleri İyileştirme Kalite Çemberi faaliyet sonuçlarının bu tarz çalışma içine girecek kurumlar ile paylaşılmasıdır.

ANAHTAR KELİMELER: HASTANE, KALİTE, AKREDİTASYON, HASTA HAKLARI

HASTA HAKLARI ANALİZİ

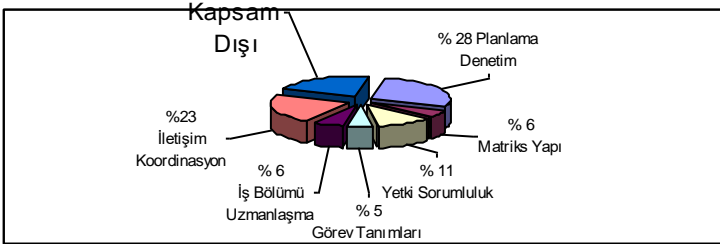
KÜÇÜKİLHAN Mustafa, LAMBA Mustafa, AKBULUT Gökhan, DEMİRTÜRK Neşe KARAHAN Atilla
Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Afyonkarahisar/Türkiye

AMAC: Çalışmada, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hasta Hakları Birimi'ne yapılan dilek ve şikayet başvurularının örgüt yapısına bağlı memnuniyet/memnuniyetsizlikleri belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Örgüt yapısından kaynaklanan sorunlar dikkate alınarak birime son bir yıl içinde (26.10.2006-01.11.2007) yapılan 100 başvurunun 6 ana başlık altında incelenmesi ile ortaya konulmuştur. Bunlar: 1-) Hizmetlerin planlanması, denetimi ve değerlendirilmesi 2-) Matris organizasyon yapısı 3-) Yetki ve sorumluluk dengesi 4-) Mevcut organlar arasında görev tanımlarının eksikliği 5-) İş bölümü ve uzmanlaşma 6-) Koordinasyon ve iletişimden kaynaklanan sorunlardır. İncelemeler içerik analizi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analizler sırasında her bir başvuru formunda yer alan ifadeler veri azaltma (indirgeme) yoluyla daha anlamlı ve belirlenen örgütsel sorunlar kategorilerine uygun olacak şekilde sistematize edilerek yapılmıştır. Ayrıca hiçbir kategoriye girmeyen veriler kapsam dışı olarak değerlendirilmeye alınmıştır. Sonuçta her bir veri ilgili olduğu kategoride puanlanmış ve istatistiksel olarak yorumlanabilir şekilde dönüştürülmüştür.

BULGULAR: Çalışma konusu başvurular: cinsiyete göre: %35'i bayan, %65'i bay, başvuran mesleğine göre: %30'u memur, %23 emekli, yaşa göre: %39'u 41 yaş üzeri, %36'sı 30-45 yaş arası, başvuru yapılan birim bazında %32'si idari personel, %22 hekim, %17 hemşire, %9 yönetim, Hizmet şekline göre: %44 poliklinik, %18 klinik ve %18 tahlil tetkik hizmetleri ile ilgilidir. Başvuru sonucu %51 çalışan aleyhine %23 çalışan lehine, %22 öneri/teşekkür, %4 bekleyen niteliğinde olduğu tespit edilmiştir.

Şekil 1 : Örgüt Yapısından Kaynaklanan Problemler ve Yüzdesele Dağılımları



SONUÇ: Şekil 1'de görüldüğü gibi örgüt yapısından kaynaklanan problemlerin başında planlama-kadrolama ve denetim gelmektedir. Bu da yöneticilerin gelecek ile ilgili projelere imza atarken işinin uzmanları ile, daha hassas ve koordineli çalışmaları gerektiğini göstermektedir. İkinci önemli hususun iletişim ve koordinasyon olması çalışanların halkla ilişkilerde sıkıntılarının olduğunu göstermektedir. Bunun için personel istihdamında seçici davranılması, hizmet içi eğitim vb. çalışmalar ile bu yöndeki eksikliklerin giderilmesi gerekmektedir. Kapsam dışı değerlendiren % 21'lik kısım; öneri, memnuniyet ve teşekkür yazılarından oluşmaktadır. Bilindiği üzere; hastaneler büyük fiziki mekanlarda çok farklı statüde çalışanlardan oluşmaktadır. Her biriminin belirlenen kurallar doğrultusunda çalışıp çalışmadığı görmek ve etkin bir denetim mekanizması oluşturabilmek için tüm çalışanların görev talimatlarının hazırlanması yetki ve sorumluluktan kaynaklanan sorunları ortadan kaldıracak ve hasta memnuniyetsizlikleri minimum düzeye inecektir.

FİRMA SUNUMLARI

SAĞLIKTA BELGELENDİRME VE AKREDİTASYON ÜZÜMCÜ A.Ş. 'DE YÜRÜTÜLEN KALİTE VE KALİBRASYON UYGULAMALARI

Fatih ŞAHİN,
Arge Müh. ve Laboratuar Sorumlusu,
ÜZÜMCÜ Tıbbi Cihaz ve Medikal Gaz Sis.A.Ş.

Sunum Özeti :

- Sağlıkta yürütülen Belgelendirme ve Akreditasyon uygulamaları,
- Sağlık kuruluşlarının belgelendirilmesi/Akreditasyonu,
- Sağlık hizmeti veren personelin belgelendirilmesi,
- Sağlıkta kullanılan cihaz/ekipmanların belgelendirilmesi,
- Ulusal ve Uluslar arası standartlara uygun tıbbi cihazların üretimi,
- tıbbi cihazlarda kalibrasyon işleminin önemi,

ÜZÜMCÜ A.Ş.' de yürütülen kalite çalışmaları,

- Sağlıkta Kalite anlayışında firmamıza düşen sorumluluklar ve sorumlulukların yerine getirilmesi için yürütülen kalite çalışmaları,
- Ulusal ve uluslararası yönetmeliklere uygun tıbbi cihazların üretimi ve tıbbi cihazların belgelendirilmesi,
- Tıbbi cihazlarda kaliteyi ve güvenilirliği yüksek tutmak için,
- üretim ve son kontrol çalışmalarında kalibrasyon hizmetleri,

SAĞLIK ENFORMATİĞİ'NDE SON GELİŞMELER

Gürdal ŞAHİN

**SIEMENS Medical Solutions-Turkey
İSTANBUL/TÜRKİYE**

Sağlık enformatiğinin kısa tanımı, sağlık enformatiğindeki önemli gelişmeler ile kaliteli ve verimli hasta bakımına katkısı. Gelişen sağlık enformatiği ile birlikte uygulamadan örnekler ve Sağlık enformatiğinin geleceği.

SGD – “ECZANE YILDIZI” ÇEK-UP MODELİ

Dr.Leyla ÜSTEL

SÜREKLİ GELİŞİM DESTEKLERİ (Yönetici Ortak)

SGD Eğitim Araştırma Danışmanlık ve Yayıncılık Hiz. Ltd. Şti.

ANKARA/TÜRKİYE

- Hastane İlaç Sistemi'nizin "gelişime açık alanları"nın farkında mısınız?
- SGD, 20 saatlik bir "**çokgen sondaj**" çalışmasıyla, sistem çek-up raporu hazırlıyor.
- Bu çek-up, analiz bulgularının yanı sıra, sistemin geliştirilmesine yönelik "**gerçekçi yol haritası**" da sunuyor.

"Eczane Yıldızı" Çek-Up Yelpazesi Satır Başları:

- **İlaç Döngüsü Yönetim Sistemi:** İlaç satın alınmasından, hastanın izlenmesine kadar yayılan süreçler ağıdokusunu.
- **İlaç Bilgisi Kalitesi:** Farmasötik, klinik ve farmakoekonomik ilaç bilgisinin kalite güvence çerçevesi.
- **İlaç Güvenliği Uygulamaları:** Proaktif risk yönetimi yaklaşımı, disiplinler arası rol dağılımı.
- **İnsan Kaynaklarının Güçlendirilmesi:** Vizyon esaslı profesyonel gelişim, sonuç temelli performans koçluğu.
- **Eczane Strateji Karnesi Haritalanması:** Kritik başarı faktörleri performansının ağırlıklandırılmış bütünleştirilmesi.

SGD Çek-Up Takım Çantası:

- Nicel SWOT Analizi(Etki-Olasılık Matrisi)
- Sorunlara Duyarlı Çeklistler
- Odaklanmış Açık Analizi
- Süreç Öncelikleme Ölçütleri
- Metrik Geliştirme

UYGULANABİLİR KALİTE VE AKREDİTASYON ÇALIŞMALARI

Şavaş DOĞRU, (Kurucu)

M.I.S DANIŞMANLIK LTD. ŞTİ.

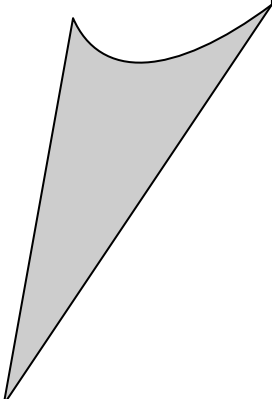
**3rd INTERNATIONAL CONFERENCE
ON QUALITY IN HEALTHCARE ,
ACCREDITATION AND PATIENT
SAFETY**

**"Clinical Quality Improvement; the benefits of accreditation
and performance improvements"**

***PLENARY PRESENTATIONS,
WORKSHOPS AND
ORAL PRESENTATIONS***

***Editors: PROF.DR.SEVAL AKGUN
PROF.DR. A.F.AL-ASSAF***

**February 20-23, 2008
ANTALYA / TURKEY
www.QPS-antalya.org**



2nd INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY IN HEALTH CARE, ACCREDITATION AND PATIENT SAFETY

February 20-23 / 2008
Maritim Pine Beach & Resort – Belek / ANTALYA / TURKEY
www.gps-antalya.org

FEBRUARY 20 WEDNESDAY

13:00 **REGISTRATION**
18:00 – 21:00 **OFFICIAL OPENING, WELCOME RECEPTION AND DINNER**

FEBRUARY 21 THURSDAY

09:00 – 10:30 **OPENING CEREMONY** **Prof. Dr. A. Al-ASSAF, Chair, Director** American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma
Dr. David JAIMOVICH, Chief Medical Officer, Joint Commission Resources, Joint Commission International
Dr.Hasan Güler ,Ministry of Health, Quality Coordinator, Quality Management Department

Kenan MALATYALI, President, Turkish Standardization Institute, TURKIYE
Yavuz CABBAR, CEO, TURKAK, TURKIYE

Prof.Dr.Seval AKGÜN, Co-Chair,Society of Healthcare Academicians, Baskent University,Ankara TURKIYE

10:30 – 10:45 **Coffee/Tea Break**
10:45 – 12:30 **Plenary Presentation:** **QUALITY IN HEALTH CARE AND PATIENT SAFETY "AN UPDATE"**
Moderator _____ : **Prof. Dr. Allen MEADORS**, Chancellor, University of North Carolina- Pembroke, USA
Speakers _____ : **Prof. Dr. A. AL-ASSAF**,American Institute for Healthcare Quality,Associate Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma
Dr.David JAIMOVICH, MD, Chief Medical Officer, Joint Commission Resources, Joint Commission International
Dr. Tawfik KHOJA, FRCGP; Director General, GCC Bureau Of Health Ministers, Saudi Arabia

12:30 – 14:00 **Lunch**
14:00 – 15:30 **CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS I**
CONFERENCE ROOM I - WORKSHOP I **JCI ACCREDITATION STANDARDS, 2008 VERSION**
Dr. David JAIMOVICH, MD, Chief Medical Officer, Joint Commission Resources, Joint Commission International
CONFERENCE ROOM I I - WORKSHOP I I **QUALITY IN HEALTH CARE IN TURKISH HEALTH SECTOR**
Moderator _____ ; **Dr.Hasan Güler** ,Ministry of Health, Quality Coordinator, Quality Management Department
Speakers _____ ; **Dr.Hasan Güler** ,Ministry of Health, Quality Coordinator, Quality Management Department
Dr. Mehmet Demir, Ministry of Health, Adviser
CONFERENCE ROOM I I I - WORKSHOP III: **QUALITY AND SAFETY IN HOMECARE**
Moderator _____ ; **Prof. Dr. Güler CİMETE**, Director, Turkish Society of Homecare
Speakers _____ ; **Prof. Dr. Güler CİMETE**, Director, Turkish Society of Homecare
Prof. Dr. Seçil AKSAYAN, Director, VKV American Hospital Nursing Services

15:30 – 15:45 **Coffee/Tea Break**
15:45 – 17:00 **CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS I**
CONFERENCE ROOM I - WORKSHOP I **USING CONTINUING EDUCATION AS A MEAN TO IMPROVE OUTCOMES IN YOUR HOSPITAL**
Speaker _____ : **Margaret BALL**, The President Of Health Links International, Dallas, USA
CONFERENCE ROOM I I - WORKSHOP I I **COST OF QUALITY**
Moderator _____ ; **Haluk ÖZSARI MD**, PhD,Consultant,Association of the Insurance and Reinsurance Co. of Turkey
Speakers _____ ; **Prof. Dr. Haydar Sur**, Deputy Dean, Marmora University Health Education Faculty
Prof. Dr. Osman HAYRAN, Dean, Marmora University Health Education Faculty

CONFERENCE ROOM I I I - WORKSHOP I I I **STANDARDIZATION,ACCREDITATION AND CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT ACTIVITIES AT CLINICAL LABORATORIES**
Moderator _____ ; **Prof. Dr. Fikriye URAS**, Director, Turkish Society of Clinical Biochemistry Laboratories
Speakers _____ ; **Prof. Dr. Fikriye URAS**, Director, Turkish Society of Clinical Biochemistry Laboratories
Associate Prof. Mustafa Altındış, Afyon Kocatepe Universty,School of Medicine, Blood Bank
Prof. Dr. Dilek ÇOLAK, Akdeniz Univ. School of Medicine, Director, Clinical Biochemical laboratories

laboratories

laboratories

Dr. Serap ARIKAN,Director, Baskent Univ.Alanya Research and Application Center Clinical

CONFERENCE ROOM IV -
17:15 – 18:00

CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (Turkish-1)

CONFERENCE ROOM I - PLENARY PRESENTATION [EVIDENCE BASED QUALITY OF CARE IN HOSPITALS AND GENERAL PRACTICE: LESSONS FROM IMPLEMENTATION](#)

Prof.Dr.Martin Rusnak,Executive director,International Neurotrauma Research

Organization,Austrian

FEBRUARY 22, FRIDAY

08:30-09:30

CONFERENCE ROOM I

CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (English-1)

Moderator _____ :

Dr. Jarmila PETERČIKOVA PhD; Trnava University, Slovakia.

CONFERENCE ROOM II

CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (Turkish-2)

CONFERENCE ROOM III

CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (Turkish-3)

CONFERENCE ROOM IV

CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (Turkish-4)

CONFERENCE ROOM V

CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (Turkish-5)

09:45 – 10:45

CONFERENCE ROOM I - PLENARY PRESENTATION

[INDICATORS ON QUALITY OF CARE; AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE](#)

Prof. Dr. Nick KLAZINGA, Director, OECD, AMC – Amsterdam University, Netherlands

10:45 – 11:00

Coffee/Tea Break

11:00 – 12:30

CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS II

CONFERENCE ROOM I - WORKSHOP I

[1-CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT ACTIVITIES IN PRIMARY HEALTH CARE, SERBIA CASE](#)

Dr. Olivera M. ĆIRKOVIĆ, Director, Primary Health Care Services, Serbia

CONFERENCE ROOM I I - WORKSHOP I I

[DISEASE MANAGEMENT](#)

Moderator _____ ;

Prof. Dr.Erdal AKALIN, Executive advisor for medical and academic affairs at ACB Healthcare Group and ACB Univ

Speakers _____ ;

Prof. Dr. Erdal AKALIN, Executive advisor for medical and academic affairs at ACB Healthcare Group and ACB Univ

Associate Professor Fahrettin TATAR, Director of Public Affairs and Policy, Janssen-Cilag

CONFERENCE ROOM I I I - WORKSHOP I I I

[PATIENT AND EMPLOYEE HEALTH AND SAFETY](#)

Moderator _____ ;

Prof.Dr.Nazmi BİLİR, Hacettepe Univ., School of Medicine, Department of Public Health,

Ankara

Speakers _____ ;

Prof. Dr.Nazmi BİLİR, Hacettepe Univ., School of Medicine, Department of Public Health,

Ankara

Expert Kaya KARS, TSE, Director, Mediterranean Regional Office

Prof.Dr.Seval AKGÜN, Başkent University Hospitals Network, Chief Quality Officer

Uzm.Hem.Türkan DOĞAR, Universal Hospitals Group

12:30 – 14:00

Lunch

14:00 – 15:30

CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS I I I

CONFERENCE ROOM I - WORKSHOP I

[PERFORMANCE INDICATORS FOR HOSPITALS RESULTS OF THE PATH WHO-MATRA PROJECT](#)

Prof.Viera Rusnak, Department of Medical Informatics, Slovak Medical University, Bratislava, Slovakia

CONFERENCE ROOM I I - WORKSHOP I I

[DRUG SAFETY](#)

Moderator _____ ;

Prof. Dr. Semra Şardaş, Marmara University, Faculty of Pharmacy Toxicology Dept. İstanbul

Speakers _____ ;

Prof. Dr. Semra Şardaş, Marmara University, Faculty of Pharmacy Toxicology Dept. İstanbul

Associate.Prof. Dr. Ahmet AKICI, Marmara University School of Medicine, Department of Clinical Pharmacology

CONFERENCE ROOM I I I - WORKSHOP I I I

[HEALTH INFORMATION SYSTEMS AND ACCREDITATION IN HEALTH CARE](#)

Moderator _____ ;

Prof. Dr. Osman SAKA, Akdeniz Univ.School of Medicine,Department of Bio.and Medical

Informatics Speakers _____ ;

Prof. Dr. Osman SAKA, Akdeniz Univ.School of Medicine, Department of

Bio.and Medical Informatics

Salih GÜREŞ, Director, Tepe Technology

15:30 – 15:45

Coffee/Tea Break

15:45 – 17:00

CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS I

CONFERENCE ROOM I - WORKSHOP I

[MOUWASAT HOSPITAL SUCCESS STORY TOWARDS ACCREDITATION](#)

Moderator _____ ;

Eman DARWİSH, Mouwasat Hospital, Director Performance Improvement Department Damman –Saudi Arabia

Speakers _____ ;

Eman DARWİSH, Mouwasat Hospital, Director Performance Improvement Department Damman –Saudi Arabia

Dr. Amin NİMER, CEO, Mouwasat Hospital, Dammam, Kingdom of Saudia Arabia

CONFERENCE ROOM I I - WORKSHOP I I

[HEALTH-CARE ASSOCIATED INFECTIONS](#)

Moderator _____ ;

Prof.Dr.Yeşim Çetinkaya,Hacettepe University, School of Medicine,

Speakers _____ ; Infectious Disease Department, Ankara
Prof.Dr.Yeşim Çetinkaya, Hacettepe University, School of Medicine,
Infectious Disease Department, Ankara
Prof.Dr.Dilara Inan, Akdeniz Univ.School of Medicine, Infectious Disease Department, Antalya

CONFERENCE ROOM I I I - WORKSHOP I I I DEVELOPING CLINICAL GUIDELINES AND CLINICAL PATHWAYS

Moderator _____ ; **Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI**, Akdeniz University, Dean, School of Medicine
Speakers _____ ; **Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI**, Akdeniz University, Dean, School of Medicine
Prof. Dr. Fevzi Ersoy, Akdeniz University, School of Medicine
Assoc. Prof. Oktay Eray, Akdeniz University, School of Medicine

17:15 – 18:00

CONFERENCE ROOM I - PLENARY PRESENTATION DEVELOPMENT OF A QUALITY ASSURANCE PROGRAM FOR AZERBAIJAN REPUBLIC

Sabina Akhmadova, MD, Quality Control Coordinator, Health Reform Project Ministry of Health, World Bank, Azerbaijan Republic

CARE QUALITY MANAGEMENT WITH CLINICAL PATHWAYS IN CORTEX A RUSSIAN IMPLEMENTATION

Prof. Dr. Elena Polubentseva MD, PhD - Moscow State University

20:00 **Conference Gala Dinner**

SATURDAY 23 FEBRUARY

08:30-09:30 **CONFERENCE ROOM I CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (English-2)**

Moderator _____ ; **Prof. Dr. Martin Rusnak**, Executive director, International Neurotrauma Research Org.,

Austrian

CONFERENCE ROOM II CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (Turkish-6)

CONFERENCE ROOM III CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (Turkish-7)

CONFERENCE ROOM IV CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (Turkish-8)

CONFERENCE ROOM V CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (Presentation of sponsor companies)

09:30 – 10:30

CONFERENCE ROOM I - PLENARY PRESENTATION NEW CHANGES AND TRENDS IN QUALITY IN HEALTH CARE IN THE WORLD

Prof. Dr. A. AL-ASSAF, American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International

Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma

Prof Dr. Seval AKGÜN, Baskent University, Chief Quality Officer, Director, Public Health Department Ankara TURKEY

10:30 – 10:45 **Coffee / Tea Break**

11:00 - 12:15 **CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS II**

CONFERENCE ROOM I - WORKSHOP I SUCCESS BUILDING QUALITY MANAGEMENT PROGRAM IN HOSPITALS STRATEGIES FOR

Moderator _____ ; **Jafar ABU-TALEB . MD, CPHQ, JORDAN**

CONFERENCE ROOM I I - WORKSHOP I I EFQM EXCELLENCE MODEL AND ITS PRACTICES IN HEALTH SECTOR

Moderator _____ ; **Dr. Aydın KOSOVA**, National Quality Award, Secretary, KALDER

Speakers _____ ; **Celal Seçkin**, Managing Director, Seçkin Consultancy and Training Co. Ltd

Mehmet Aydın, Kadıköy Şifa Health Group

CONFERENCE ROOM I I I - WORKSHOP I I I QUALITY IN HEALTH CARE AND ISO STANDARDS

Moderator _____ ; **Atakan BAŞTÜRK**, Executive Secretary, TURKAK

Speakers _____ ; **Atakan BAŞTÜRK**, Executive Secretary, TURKAK

Mesut DURU, TSI, Directorate of Planning and Coordination, TSI, Turkey

Feyzullah ERDOĞAN, Personnel Certification Manager, Personnel And System Certification Center, TSI, TURKEY

12:30 – 13:00 **Closing Remarks** **Prof. Dr. A. AL-ASSAF**, American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International

Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma, USA

Prof. Dr. Seval Akgün, Başkent University Hospitals Network, Chief Quality Officer, Director, Public Health Department

ABSTRACT SESSIONS / ORAL PRESENTATIONS PROGRAM

February 21, 2008 - THURSDAY

15:45-17:00 **Concurrent Oral Presentations**

CONFERENCE **Concurrent Oral Presentations (Turkish-1)**

PRESENTATION 1: PERSONEL IMPROVEMENT FOCUSED EDUCATION MODEL AND THE RESULTS IN IMPROVING PERCEPTIVE SERVICE QUALITY

SPEAKER 1 : Esra TURGUTOĞLU, IZMIR KENT HOSPITAL

PRESENTATION 2: MINISTRY OF HEALTH QUALITY CRITERIA AND ITS INTEGRATION WITH ISO STANDARDS 9001:2000 INTEGRATION

SPEAKER 2:Specialist. Ümit Şahin,TAM-MED HOSPITAL,Assistant Prof.Dr.Nejat DEMİRCAN,ZONGULDAK KARAELMAS UNIV

PRESENTATION 3: THE COMPLIANCE OF ACCREDITATION STANDARDS OF AFYON UNUNIVERSITY HOSPITAL

SPEAKER 3 : Gökhan AKBULUT, AFYON KOCATEPE UNİVERSTY

PRESENTATION 4: WHERE IS QUALITY AND WHERE IS ACCREDITATION? (A STUDY ON KNOWLEDGE OF MANAGERS OF PRIVATE HOSPITALS ON QUALITY AND ACCREDITATION IN TURKEY)

SPEAKER 4 : Dr.M TANSEL TURAN, MEDICANA HOSPITALS ÇAMLICA

PRESENTATION 5: NATIONAL ACCREDITATION SYSTEM FOR HOSPITALS

SPEAKER 5 : Salih AYVAZ, UHAD

FEBRUARY 22, 2008 – FRIDAY

**8:30 - 09:30
CONFERENCE
ROOM I**

PARALELL SESSIONS

Concurrent Oral Presentations (English-1)

PRESENTATION 1: ASSESSING ACCREDITATION READINESS OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS: A TOOL FOR POLICY MAKERS AND PROGRAM

SPEAKER 1 : Nadwa Rafeh, ABD

PRESENTATION 2: THE JOURNEY TOWARDS CLINICAL EXCELLENCE DISEASE SPECIFIC CERTIFICATION

SPEAKER 2 : Muna Said, King Hussein Cancer Center, Jordan

PRESENTATION 3: PROACTIVE STRATEGY TO MAINTAIN AND PROMOTE PATIENT SAFETY (KING HUSSEIN CANCER CENTER KHCC EXPERIENCE)

SPEAKER 3 : Maram Karkatli – Nancy Atout, KHCC,Jordan

PRESENTATION 4: TQM IMPLEMENTATION IN HOSPITAL; A CASE STUDY İN ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

SPEAKER 4 : Mohammad Zayandeh (MD, MPH, CHQ, ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

PRESENTATION 5: APPROPRIATENESS OF HOSPITAL ADMISSIONS IN GENERAL HOSPITALS IN EGYPT

SPEAKER 5 : Mahi Al-Tehewy,,Ehab shehad ,Maha Al Gaafary , Mostafa Al-Houssiny, Dena Nabih, and

Bassiouny salem ,Healthcare Quality Unit, Ain Shams University and General Directorate of Quality, Egypt

Concurrent Oral Presentations (Turkish-2)

**CONFERENCE ROOM
II**

PRESENTATION 1: DETERMINATION OF THE CAUSES OF REPORTED FALLS OF HOSPITALIZED PATIENTS

SPEAKER1 : Selvinaz Utkutan, Dokuz Eylül university Hospital, İzmir, Turkey

PRESENTATION 2: RESPONSIBILITY OF MEDICAL PERSONNEL FOR ORGAN DONATION

SPEAKER2 : Leyla GÜNEY, Denizli State Hospital, Turkey

PRESENTATION 3: HOME CARE PROVIDED TO THE DISABLED AND PATIENTS WITH A CHRONICAL DISEASE

SPEAKER3 : Yusuf POLAT, Denizli State Hospital, Turkey

PRESENTATION 4: ADVERSE EVENT PROCESS OF KENT HOSPITAL

SPEAKER 5 : Elif OKŞAN, IZMIR KENT HOSPITAL ÇAMLICA

PRESENTATION 4: SENTİEL EVENTS IN SURGERY

SPEAKER 4 : Op. Dr. S. Cüneyt AYDEMİR, MEDICANA HOSPITALS ÇAMLICA, TURKEY

**CONFERENCE ROOM
III**

Concurrent Oral Presentations (Turkish-3)

PRESENTATION 1: [HOSPITAL ORGANIZATIONS FLOW ALGORITHM IN DISASTERS](#)

SPEAKER 1 : **Özgür Taşkın**, Vehbi Koç Foundation, American Hospital, Turkey

PRESENTATION 2: [ACCESS TO THE SERVICE AND THE PRIOR PATIENTS](#)

SPEAKER 2 : **Op.Dr.Osman ACAR**-Medical Chief Officer, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hospital

PRESENTATION 3: [DENİZLİ HEALTH MANAGEMENT SUCCESSFUL TEAM AWARD ON HEALTH](#)

SPEAKER 3 : **Okan İLHAN , Özlem DOĞAN, Özlem YILMAZ, Mustafa NALBANT**

PRESENTATION 4: [PREPARING THE PRE-OPERATION CONSUMPTION MATERIAL ARRANGEMENTS AS A PACKAGE AND EVALUATING THE EFFICIENCY OF AUTOMATED DEMAND SYSTEM"](#)

SPEAKER 4 : **Zerrin Kaya**, Operational Theater Nurse

PRESENTATION 5: [ÖZÜRLÜLER VE HEYET RAPORU ALACAK HASTALAR İÇİN SÜRECİN HIZLANDIRILMASI VE İYİLEŞTİRİLMESİ](#)

SPEAKER 5 : **Kenan YILDIRIM**, Denizli State Hospital, TURKEY

CONFERENCE ROOM IV

Concurrent Oral Presentations (Turkish-4)

PRESENTATION 1: [YEDİTEPE UNIVERSITY HOSPITAL CASE OF QUALITY IMPROVEMENT MODEL: REPORTING](#)

[TIME INTERVALS OF URGENT TESTS AND PATIENT SAFETY](#)

SPEAKER 1 : **Emine Kurt, Nilgün Mutlu**, YEDİTEPE UNIVERSTY, TURKEY

PRESENTATION 2: [CONTROLLING OF ANESTHESIA VAPORIZERS IN MEDICAL CALIBRATION MEASUREMENT](#)

SPEAKER 2 : **MANÂ SEZDİ**, İstanbul University

PRESENTATION 3: [THE EFFECTS OF INDICATORS ON IMPROVMENT OF PROCESSES](#)

SPEAKER 3 : **Ayfer BAHTİYAR**, BAYINDIR HOSPITAL, ANKARA

PRESENTATION 4: [TECHNOLOGICAL CHANGE AND THE EFFECT ON CUSTOMER SATISFACTION](#)

SPEAKER 4 : **Atila KARAHAN**,AFYON KOCATEPE UNIVERSTY, TURKEY

PRESENTATION 5: [THE EVALUATION OF THE SATISFACTION WITH HOSPITAL SERVICES](#)

SPEAKER 5 : **Okan İLHAN, Gürbüz AKÇAY**, Denizli Servergazi State Hospital

CONFERENCE ROOM V

Concurrent Oral Presentations (Turkish-5)

PRESENTATION 1: [RESEARCH ON THE DRUG SAFETY ACTIVITIES AND EXPERIENCE OF DOCTORS WORKING AT](#)

[THE TRAINING HOSPITALS](#)

Speaker 1 : **Prof.Dr.Semra ŞARDAŞ, AKICI, T. APAYDIN , F. EREN , T. İŞİK , T. UNKUN**
Marmara University School of Medicine, Department of Clinical Pharmacology,
Marmara University, Faculty of Pharmacy Toxicology Dept. İstanbul

PRESENTATION 2: [DETERMINATION OF NURSES' ATTITUDES AND EXPERIENCES REGARDING MEDICATION ERRORS AND ERROR REPORTING](#)

Speaker 2 : **Özlem Oğuz,,** Amerikan Hospital, Continuous Quality Department

PRESENTATION 3: [DRUG MANAGEMENT SYSTEM IMPROVEMENT PROJECT](#)

Speaker 3 : **Associate Prof.. Dr. Sinan Çavun**, Uludağ Universty , TURKEY

PRESENTATION 4: [SENTINEL EVENTS IN EMERGENCY SERVICES AND SUGGESTIONS](#)

Speaker 4 : **Specialist. Dr. Gülden Özyamaner**, Medicana Hospitals, TURKEY

PRESENTATION 5: [DOOR-TO-NEEDLE TIMES İN THE FİBRİNOLYTİC THERAPY OF ACUTE ST-SEGMENT ELEVATİON MYOCARDİAL İNFARCTİON](#)

Speaker 5 : **Mustafa OLCEK**, Denizli Servergazi State Hospital, TURKEY

FEBRUARY 24, 2008 – SATURDAY

08:30-09:30

CONFERENCE ROOM I

PARALELL SESSIONS

Concurrent Oral Presentations (English 2)

PRESENTATION 1: [JORDAN QUALITY IMPROVEMENT AND CERTIFICATION PROGRAM FOR PRIVATE PHYSICIANS](#)

SPEAKER 1 : **Dr. Nagham Abu Shaqra** ,Jordan Women's Health Project, Jordan

PRESENTATION 2: [COMPETENCY-BASED PERFORMANCE IMPROVEMENT A STRATEGY FOR CHANGE](#)

SPEAKER 2 : **Rabab Mohammed Diab** (RN. MSN) Nursing Quality Consultant Services,
Health Care Management Consulting Services, Jordan

PRESENTATION 3: [DEVELOPING APPLICABLE SET OF QUALITY INDICATORS FOR MONITORING HOSPITAL INFECTION CONTROL PROGRAM IN A DEVELOPING COUNTRY](#)

SPEAKER 3 : Mahi Al-Tehewy, Nashwa Mosafa, Aisha Aboufotouh, and Eman Bakr, Egypt

PRESENTATION 4: [RATE OF ADVERSE EVENTS IN THE UNIVERSITY HOSPITAL OF MONASTIR, TUNISIA](#)

SPEAKER 4 : Mondher LETAIEF, Sana ELMHAMDI, Mohamed CHAKROUN, Adel Ben MAHMOUD, Nouredine BOUZOUA, Egypt

PRESENTATION 5: [JORDAN HEALTHCARE ACCREDITATION PROJECT \(JHAP\)](#)

SPEAKER 5 : Bushra, I. Al-Ayed RN, M.sc, PhD student

Concurrent Oral Presentations (Turkish -6)

PRESENTATION 1: [RESULTS OF AN INTENSIVE INFECTION CONTROL PROGRAM: MEDICANA EXPERIENCES](#)

Speaker 1 : Fulya ERTEM, Mesut YILMAZ, MEDICANA HOSPITALS-ÇAMLICA, TURKEY

PRESENTATION 2: [DEVELOPMENT OF ACCREDITATION CULTURE AND QUALITY IMPROVEMENT IN A UNIVERSITY HOSPITAL: EXPERIENCE OF ULUDAĞ UNIVERSITY HEALTH FACILITIES](#)

Speaker 2 : Associate Prof..Dr. M. Ayberk Kurt, ULUDAĞ UNIVERSITY, TURKEY

PRESENTATION 3: [IMPROVEMENT OF THE EMPLOYEE SAFETY AT TREATMENT CENTRE OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE](#)

Speaker 3 : Specialist. Dr. Nalan Gökalp, DENİZLİ State Hospital, TURKEY

PRESENTATION 4: [A QUALITY INDICATOR IN BLOOD BANKS: DONOR SATISFACTION](#)

Speaker 4 : Mustafa Altındaş, AFYON KOCATEPE UNIVERSITY, TURKEY

PRESENTATION 5: [KENT HOSPITAL, JOINT COMMISSION 2007 INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS PRACTICES](#)

SPEAKER 5 : Ayşegül TEKİN , IZMIR KENT HOSPITAL

PRESENTATION 6: [TRANSITION TO QUALITY AT MEDICAL DEVICE MANUFACTURERS and CE MARKING](#)

SPEAKER 6 : Ismail Salkım, SAVUNMA TEKN. A.Ş.

Concurrent Oral Presentations (Turkish -7)

PRESENTATION 1: [İZMİR SUAT SEREN CHEST DISEASE AND SURGERY EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL](#)

[PATIENT AND PERSONNEL SAFETY PROCEDURES](#)

Speaker 1 : Specialist Dr. Mehmet BÖNCÜ, İZMİR DR. SUAT SEREN HOSPITAL, TURKEY

PRESENTATION 2: [ASSESSMENT OF DATA OBTAINED BY MONITORING IMPROPER MEDICAL PRODUCTS AND](#)

[SERVICES FROM THE VIEWPOINT OF PATIENT SAFETY](#)

Speaker 2 : Specialist. Dr. Zekeriya GÜMÜŞ, ORDU State Hospital, TURKEY

PRESENTATION 3: [IN -SERVICE TRAINING PRACTICES DIRECTED TOWARDS WORKING PERSONNEL IN ORDER](#)

[TO PROVIDE PATIENT SAFETY: THE EXAMPLE OF BAYINDIR HOSPITALS](#)

Speaker 3 : Elvan ERKAN, Sadife SANCAR, Ayfer BAHTİYAR, BAYINDIR HOSPITALS. TURKEY

PRESENTATION 4: [CREATING PATIENT SAFETY CULTURE: THE ROAD MAP AND SUCCESS FACTORS IN AN ACCREDITED UNIVERSITY HOSPITAL](#)

Speaker 4 : Bilçin Tak, Alis Özçakır, ULUDAĞ UNIVERSITY, TURKEY

PRESENTATION 5: [EMPLOYEE SAFETY AND INFECTION EXPOSURE IN HEALTH SECTOR](#)

Speaker 5 : Selma Altındaş, AFYON KOCATEPE UNIVERSITY, TURKEY

Concurrent Oral Presentations (Turkish -8)

PRESENTATION 1 : [DETERMINATION OF THE INAPPROPRIATENESS IN NURSING SERVICES](#)

Speaker 1 : Özgül Vatansver

PRESENTATION 2: [PATIENT RIGHTS ANALYSIS](#)

Speaker 2 : Mustafa Küçükilhan

PRESENTATION 3: [THE EFFECTS OF THE NURSE RESIGNATIONS DUE TO HEALTH MINISTRY ALLOCATIONS ON THE NURSING SERVICES](#)

Speaker 3 : Cahide Çevik

CONFERENCE
ROOM II

CONFERENCE
ROOM III

CONFERENCE
ROOM IV

PRESENTATION 4: [DEVELOPPING PATIENT FOCUSED ATTITUDE AND BEHAVIOR AMONG HEALTH CARE PERSONNEL: EXPERIENCE FROM AN ACCREDITED UNIVERSITY HOSPITAL](#)

Speaker 4 : Bilçin Tak

PRESENTATION 5 : [A CASE STUDY FROM EMERGENCY DEPARTMENT](#)

SPEAKER 5 : Ümit Şahin

PRESENTATION 6 : [INFECTION CONTROL COMMITTEE ACTIVITIES IN KIRIKKALE YUKSEK IHTISAS HOSPITAL](#)

SPEAKER 6 : Dr.Mehmet Ali UĞURLU,

PRESENTATIONS OF SPONSOR COMPANIES

PRESENTATION 1: [CERTIFICATION AND ACCREDITATION IN HEALTH-QUALITY AND CALIBRATION SERVICES](#)

[AT UZUMCU COMPANY](#)

SPEAKER : **FATİH SAHİN**, Responsible Person From Laboratories, Engineer,
UZUMCU MEDICAL EQUIPMENT AND MEDICAL GAS SYSTEMS

PRESENTATION 2: [NEW IMPROVEMENTS ON MEDICAL INFORMATICS](#)

SPEAKER : **GURDAL SAHİN, SIEMENS**, MEDICAL SOLUTIONS

PRESENTATION 3: [SGD "STAR OF PHARMACY" CHECK-UP MODEL](#)

SPEAKER : **DR.LEYLA USTEL**, ASSOCIATE ADMINISTRATOR, **SGD, TRAINING** AND CONSULTING COMPANY

PRESENTATION 4: [APPLICABLE QUALITY AND ACCREDITATION ACTIVITIES](#)

SPEAKER : **SAVAŞ DOĞRU, MIS CONSULTING FIRM**

PLENARY PRESENTATIONS

Prof. Dr. A.F. AL-ASSAF



Dr. A.F. Al-Assaf

• **Prof. Dr. A.F. Al-Assaf MD, PhD**

Dr. Al-Assaf is a physician and a consultant in preventive medicine and quality management. Dr. Al-Assaf is serving the University of Oklahoma Health Sciences Center as the Associate Dean for International Health the Presbyterian Health Foundation Presidential Professor and Professor of Health Administration and Policy at the college of Public Health. He is frequent consultant for the U.S. Air Force, U.S. Veterans Affairs Health System, US Agency for International Development (USAID), Hospital Corporation of America, Selected Professional Associations, World Bank, UNDP, UNICEF, World Health Organization (WHO), and the American Association for World Health. He has provided advice on healthcare quality and preventive medicine to a number of organizations in countries in the Mid-East, North America, North Africa, South East and Central Asia and Eastern Europe. Dr. Al-Assaf is a recipient of 50 awards and recognitions. As a researcher and public speaker, Dr. Al-Assaf has published ten books, five book chapters, and over 120 scientific and professional publications in national and international journals, and presented lectures, seminars, or workshops to over 2500 groups and organizations both nationally and internationally. He is the recipient of many awards and honors including Who's Who in America and the World.

Prof. Dr. H. Seval AKGÜN



• **Prof. Dr. Seval Akgün MD, PhD**

Seval Akgün is a Physician, Public Health Specialist, nutritionist and quality expert who has worked as a researcher and lecturer/trainer as well as being involved in Quality in Health Care and Public Health in the field. The variety of research topics she has addressed with collaboration of several international technical supports demonstrates the wide scope of her interests in quality in health care, public health and her commitment to a comprehensive and holistic approach to health issues. Currently, she is working as a professor of Public Health, Baskent University School of Medicine and adjunct professor of University of Oklahoma Health Sciences Center as well as coordinator of continuous quality improvement (CQI) activities of all the hospitals and schools attached to the Baskent university. She is working very effectively on building quality systems at Baskent University main hospital, its affiliated centers (12 hospitals) and schools. She has involved many national and international projects on CQI in hospitals and primary health care for more than fifteen years. She has more than 200 papers to her credit and working as a consultant and giving lectures at national and international level on building quality and accreditation systems, patient safety and total quality management issues.

Besides lecturing on continuous quality improvement principles, models and techniques, accreditation in health care, public health, epidemiology, research methodology, biostatistics and community nutrition for students and professionals, Dr. Akgün is also an experienced in;

- Quantitative research design, implementation and analysis,
- Nutritionist (diploma from Netherlands)
- Burden of Disease Methodology
- Monitoring and evaluating of EU projects
- Certified as health organization surveyor
- She is certified as quality expert and awarded as the professional designation of Fellow by American Institute USA
- Trainer on different topics of total quality management issues such as implementation of CQI models in health care facilities like ISO 9001; 2000 version, EFQM module and JCI accreditation standards
- Expert; ISO 14001 Environmental Management System, HACCP, ISO 22000 Food safety management systems, OHSAS 18001 Occupational Health and Safety
- Hospital surveyor on accreditation standards
- Methodology of patient and employee satisfaction, quality of care and utilization surveys, process and outcome management surveys, problem solving techniques etc. for health personnel and
- Monitoring and evaluation specialist. Participatory appraisal of ongoing health related projects and training programmes

Prof. Dr. Allen MEADORS



• **Prof. Dr. Allen MEADORS**

Dr. Allen C. Meadors is the fourth chancellor of The University of North Carolina at Pembroke. During his eight-year tenure, UNC Pembroke has become one of the fastest growing universities in the nation, with an enrollment growth of 96 percent since 1999. The campus itself has undergone new construction, renovations and campus beautification projects. The University's building boom has included approximately \$140 million of new construction and renovations since 2000. UNC Pembroke significantly increases its economic impact in the region each year estimated to be \$107 million in 2006. UNC Pembroke is one of the most diverse universities in the South, and its student body represents 33 states and 23 countries. Chancellor Meadors has also promoted scholarship at the University by creating the Esther G. Maynor Honor's College, which now boasts over 90 members. The University's Teaching Fellows program has attracted a record number of students to its teacher education program that the state Department of Public Instruction ranked "Exemplary" on three consecutive occasions. The influence of UNC Pembroke's dynamic university environment extends well beyond the boundaries of its main campus. Reaching out to more than 2,300 students through satellite campuses in the region, the University's online classes have been taken by more than 7,000 students.

Chancellor Meadors came to UNC Pembroke from Penn State Altoona, where he served as Dean and Chief Executive Officer. He is an Arkansas native with broad professional experience in health care administration and education.

Chancellor Meadors earned a bachelor's degree in business administration from the University of Central Arkansas. He has earned four master's degrees, including the MBA, and received his Ph.D. in administration and education from Southern Illinois University. His most recent academic endeavor was to earn an associate degree in computer science from Saddleback College in California. He also holds certification as a Fellow in the American College of Healthcare Executives.

Dr. and Mrs. Meadors have two sons: Tyson, a student at the U.S. Naval Academy and Jarrett, who is a graduate of Elon University.

Dr. David JAIMOVICH



➤ **Dr. David Jaimovich, M.D., FAAP, FACPE**

Chief Medical Officer, Joint Commission Resources and Joint Commission International

Dr. David Jaimovich is the Chief Medical Officer for Joint Commission Resources (JCR) and Joint Commission International (JCI). With more than 20 years of experience in healthcare, in this position, Dr. Jaimovich provides physician oversight of JCI accreditation and select JCR domestic projects. He oversees the development of quality and performance improvement programs, and patient safety initiatives. He works closely with JCR's international partners and foreign government health agencies. Dr. Jaimovich also fosters alliances with organizations that enhance JCR's mission.

Dr. Jaimovich is an associate professor of Clinical Pediatrics at the University of Illinois, and an honorary professor of Pediatrics at the University of Santiago de Compostela, Spain, where he received the 1999 Gold Medal for Clinical Excellence in the Medical Field. He is the recipient of numerous awards including the 2004 Ron W. Lee, M.D., Excellence in Pediatric Care Award and the Top Doctors of Chicago Award for years 2001 through 2004 and Top Doctors in American in 2005. He completed his pediatric training at Rush Medical College, and Children's Memorial Hospital, located in Chicago, IL. Dr. Jaimovich was first licensed as a physician in 1980 and has nearly 20 years' experience as a sub-specialist in pediatric intensive care. He received his medical degree from University Autonoma de Guadalajara Medical School, Guadalajara, Mexico. Dr. Jaimovich earned his bachelor's degree at Fairleigh Dickinson University, Teaneck, New Jersey.

Dr. Tawfik KHOJA

• **Dr. Tawfik A. Khoja**

MBBS, DPHC, FRGP, FFPH, FRCP (UK)
Director General, Executive Board,
Health Ministers' Council for Cooperation Council States

Prof. Dr. Niek KLAZINGA

• **Prof. Dr. Niek Klazinga, MD PhD**

- **Professor of Social Medicine, Academic medical Centre University of Amsterdam**
- **Health Care Quality Indicator Project, OECD, Paris**

Niek Klazinga is since 1999 professor of Social Medicine at the University of Amsterdam and since 2006 coordinates OECD's Health Care

Quality Indicator Project. As a Health Services Researcher he has been involved in quality in health care for more than 20 years and published widely on the subject. Present functions also include the presidency of the Dutch Public Health Federation, chairmanship of the Dutch Council of Social Medicine and a visiting professorship at the Corvinus University in Budapest.

**Prof. Dr. Martin
RUSNAK**



• **Professor Martin Rusnak, MD, PhD**

Martin Rusnak is a Professor of Public Health and he is currently working as President of the Board of Trustees, International Neurotrauma Research Organization (Internationale Gesellschaft zur Erforschung von Hirntraumata), Vienna, Austria since 1999, Full Professor of Public Health and Chairman of the Department of Public Health, School of Health and Social Work, Trnava University, Slovak Republic since 2006 and Associated Expert at CEEN Economic Project and Policy Consulting GmbH since 1999. Some his key qualifications are as follows:

- Research and Development activities on national and international levels in the area of Traumatic Brain Injuries with a specific focus on trauma systems, quality of care and evidence based approaches;
 - Health policy design, follow up and evaluation, mostly in the area of public health, health of minorities, quality improvement in outpatient and inpatient care through application of principles of Scientific Evidence Based Medicine – implementation in clinical settings, quality assurance;
 - Experiences in evidence based medicine, implementation of clinical guidelines and treatment protocols for outpatient and inpatient management, outcome evaluation and Continuous Quality Management;
 - Leadership positions locally and internationally: Secretary to the National Health Committee at Slovak Government, director of National Center for Health Promotion, Slovakia, head of WHO Collaborative Center in Slovakia, head of Department of Medical Informatics, School of Nursing Bratislava, head of consultancy team in Bulgaria, principal investigator in several research projects;
 - Development curricula and teaching principles of public health, evidence based quality of hospital care assessment and development, health promotion, and health care system reforms programs, international health care systems;
 - Established registers of chronic diseases; epidemiological and statistical analysis for assessment of needs for public health;
 - Research in models of chronic disease, health resource allocation, health technologies; over 50 publications in professional journals, 2 monographs, and participation in many national and international conferences
-

**Prof. Dr. Viera
RUSNAKOVA**



• **Professor Viera Rusnakova, MD, PhD**

Viera Rusnakova is a Professor of Public Health and she is currently working as a Chair, Department of Medical Informatics, School of Public Health, Slovak Medical University in Bratislava, Slovakia, and Associate Professor of Public Health at the Department of Public Health, Trnava University, Slovakia, and President of the Board of Directors, Health Management School (HMS) Bratislava, Slovakia. Some of the key qualifications of Dr. Rusnakova are as follows;

- As the Chair of the Department of Medical Informatics continuing experience in preparing and providing training programmes in the field of health information systems. Wide-ranging teaching experiences and teaching programmes development in medical informatics for students of medicine, residents, CME, PhDs and nurses.
 - As a part of projects development for quality improvement in hospitals and health care she acquired practical experiences with the provision and/or organization of IT services and quality and performance indicators. Health services management on MBA degree from the University of Leeds, UK (2 years), Hospital and Health
 - Management study in University of Groningen, The Netherlands (3 years), Health services management, University of Scranton, PA, USA (3 years), In total 8 years education related to health services management
 - Profound knowledge in the areas of health service management, organizational management and change management.
 - Extensive experience in reform of health care inclusive management education and training in Slovakia and other countries in transition (Romania, Ukraine, Moldova, Kazakhstan, Georgia).
-

Dr. Sabina Akhmadova

• **Dr. Sabina Akhmadova,**

Country Quality Coordinator, Continuous Quality Improvement Activities, Division of Azerbaijan Healthcare Reforms World Bank, Azerbaijan,

Sabina Akhmodova is a paediatrician. She worked as a practitioner and administrator in different hospitals in Baku. Klinica, of which she was the administrator established, observed, and directed quality system for the first time in Azerbaijan. Dr. Akhmodova was selected by the World Bank as being responsible for establishing and applying the programs of Quality Management, accreditation, certification which are one of the seven components in the frame of Azerbaijan Republic Reform Program in Healthcare. She is still working in developing quality improvement program, accreditation, and licencification program in 5 Rayon hospitals in Azerbaijan.

**Prof. Dr. Elena
Polubentseva
MD, PhD**



• **Elena Polubentseva MD, PhD
Moscow State University**

Professional experience

2006 – now **Moscow State University**

Professor of Healthcare Administration. Adviser to Ministry of Healthcare on healthcare quality management. Conducts lectures on healthcare quality issues to managers of government hospitals in Russian regions (organized and sponsored by Ministry of Healthcare).

1996 – 2005 **Hospital of the Central Bank**

2000 – 2005 Chief Medical Officer

Responsible for organization of patient care activities in one of the largest medical centers. Successfully developed and implemented quality management system based on extensive use of clinical pathways. Improved quality resulted in doubling the number of patients treated, significant reduction of complications, reduction of per-patient treatment cost by 20%. Responsible for implementation of integrated medical information system in the hospital.

1996 – 2000 Chief of diagnostics services.

1987 – 1996 **First Moscow Municipal Hospital**

Resident at internal disease department

Education

• 2002 Professorship in rheumatology.

• 1995 Doctoral degree in cardiology

• 1988 Master's degree in rheumatology.

• 1982 – 1987 Fellowship at Pirogov Medical University (Internal Diseases)

• 1976 – 1982– Pirogov Medical University. Medical Doctor degree. Graduated Summa Cum Laude

Publications

Six books including «Clinical Pathways» GEOTAR, 2007, «Practical Management of Healthcare Quality».- Medizina, 2000.- (co-authored by G.I.Nazarenko), «Medical Quality».- Medizina XXI, 2004.- (co-authored by G.I.Nazarenko), «Clinical pathways for common diseases».- M.: Medizina XXI, 2004.- (co-authored by G.I.Nazarenko), Seven textbooks, over 60 articles.

WORKSHOPS RESUMES

Dr. Hasan GÜLER



• **Dr. Hasan GÜLER**

Dr. Hasan Güler was born in 1976 in Diyarbakır. Graduating from Ege University Faculty of Medicine, he received the title of medicine doctor. He worked as a general practitioner between the years 2001-2003 and as a head doctor assistant in Van Supreme Specialization Hospital between the years 2003-2005. After 2005, he had tasks in improving the performance management system of the Ministry of Health and in the works of transformation o health program. Lastly he was duties as the head of Department of Quality Improvement and Performance Management of the Ministry.

Dr. Mehmet DEMİR



• **Dr. Mehmet DEMİR**

Dr. Mehmet was born in 1966 in Eskişehir. He received the title of medicine doctor after graduating from Anadolu University Faculty of Medicine. He worked as a general practitioner and as an administrator in different grades in 1992-2003. He was in the management of Kütahya Doctors' Chamber in 1998-2003. He worked in the main office of Ministry of Health after 2003. He had task in the Department of Quality Improvement and Performance Management of the Ministry. While he was the head doctor of Kütahya Yoncalı Hydrotherapy and Physique Treatment Hospital, he was duties as the minister counsellor. He wrote a book about performance management in health and a number of essays about the general health policies. He is married with one child.

Prof.Dr.Güler CİMETE



• **Prof.Dr.Güler CİMETE**

She holds a bachelor degree, master degree and doctorate degree from Hacettepe University Nursing Higher School and Hacettepe University Institution of Healthcare Sciences Child Health and Diseases Nursing Program. She worked as a research assistant in Hacettepe University Nursing Higher School, a lecturer in Akdeniz University Healthcare Services MYO, a lecturer (still) in Marmara University Nursing Higher School. She is the head of the Association of Care at Home since 2005

Prof.Dr.Seçil AKSAYAN



• **Prof.Dr.Seçil AKSAYAN**

She holds a bachelor degree, master degree and doctorate from Hacettepe University Nursing Higher School and Hacettepe University Institution of Healthcare Sciences Nursing of Public Healthcare Program. She worked as a research assistant in Hacettepe University Nursing Higher School and İstanbul University Florence Nightingale Nursing Higher School, as a lecturer in Marmara University Faculty of Medicine Public Healthcare, Marmara University Nursing Higher School and Kocaeli University Healthcare Higher School. Since 2005, she is the manager of V.K.V. American Nursing Services.

Margaret S.Ball



• **Margaret S. Ball**

Is the President of Health Links International (www.healthlinksintl.com), an international consulting firm specializing in Training and Education. She has 13 + years of experience facilitating International educational exchanges between U.S. and international physicians and nurses in her work at the International Services Department of a large U.S. hospital.

Ms. Ball's firm, Health Links International is involved in a host of healthcare improvement projects for hospitals and external organizations and she is of the firm belief that education is the key to strengthening a hospital's infrastructure and improving clinical outcomes

Margaret S. Ball has an extensive background in the international healthcare arena which includes thirteen years leading the International Department of a major U.S. hospital in Texas. Her role included international business development, collaborating on patient issues with foreign embassies in Washington, D.C., and establishing key relationships with international physicians. She worked with local physicians and nurses in her hospital to respond to the specific educational needs of the international hospitals affiliated to their organization.

Ms. Ball's most recent projects include facilitating educational partnerships for a major Latin American hospital group and partnering with colleges in the U.S. to provide links to healthcare education and technical training in the Middle East and South Asia. Ms. Ball has prior career experience working in education and international marketing. She launched Health Links International (HLI) in 2006 to facilitate the growing demand for infrastructure improvement and training in healthcare across the globe.

Uzm.Dr.Haluk ÖZSARI



• **S.Haluk Özseri, MD, MS, PhD.**

Dr.Haluk Özseri is a physician with doctoral and masters degrees in Health Management. His areas of expertise are health policy and management, health financing, health insurance and health reforms. Dr.Özseri has worked as a government officer in the Ministry of Health, as provincial health director, deputy coordinator and general coordinator of health projects implemented by the Ministry with the World Bank loans, Ministerial consultant and Deputy Undersecretary. During the health reforms process in Turkey, he has been involved in the technical aspects of the draft laws during a number of legislative periods in the Parliament and different Cabinets, and has represented the Ministry of Health in State Planning Organization's Master Plan Study, Ad-hoc Committees for the 7th-8th and 9th Five-Year Development Plans and The Presidential Audit Board's "Problems of the Health Sector and Recommendations" Report. Having worked as a senior consultant in a number of private companies on health management and health insurance, he is currently a senior consultant in several NGO's working groups such as The Association of the Insurance and Reinsurance Companies of Turkey, The Turkish Industrialists' & Businessmen's Association Foundation and Health Managers' Society. He also worked with the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health Project Team concerning the Health Reform Model for Turkey on behalf of The Turkish Industrialists' and Businessmen's Associations' special project, as a local consultant.

Prof.Dr.Haydar SUR



• **Prof. Dr. Haydar SUR**

He was born in 1961 in Konya. He was graduated from İstanbul Medical Faculty in 1986. After working in Muş, an eastern province, for 2 years he began to work for the central Office of Ministry of Health. In 1989, he was assigned as deputy health director of İstanbul Province. He took his master degree about public health in 1994 from London School of Hygiene and Tropical Medicine, and the Ph degree from İstanbul University İstanbul Medical Faculty. From 1996 to 1997 he worked as the deputy national health Project coordinator. In 1996, he began to work as an academics at Marmara Üniversitesi in the Department of Health Management. He became an associate professor in 1998 and a professor in 2003. He is still working as an academic in the same university. The particular study areas of him health systems and policies, health management, hospital management, epidemiology and biostatistics. Up to now, he worked as senior lecturer in Marmara, İstanbul, Yeditepe, Maltepe and Beykent universities. He is lecturing for both undergraduate and postgraduate students. He has published 24 international and nearly 200 national papers. He has taken role in 11 book as editor and/or chapter writer.

Prof.Dr. Osman HAYRAN



• **Prof.Dr. Osman Hayran Marmara University**

Osman Hayran, MD, is Professor of Public Health at Yeditepe University. Formerly he was the Director of Research Center for Health Care Policies and Systems at Marmara University. His interests are in management of health care services, healthcare systems, social and behavioral determinants of health. He has coordinated and conducted several projects regarding utilization of health care services, patient satisfaction, job satisfaction and health seeking behaviors. He has been lecturing on social epidemiology, healthcare management and qualitative and quantitative research methodology at the University of Marmara since 1988. He is the author and/or editor of 10 books and has several articles published in scientific journals.

Prof.Dr.Fikriye URAS



• **Prof. Dr. FİKRIYE URAS**
• Head of Association of Biochemistry Specialists
• Marmara University/ İstanbul

With doctorate degrees in specialization in medicine and biochemistry, she trained a lot of students in specialization in medicine in Haseki (Education and Research) Hospital and managed the Biochemistry Laboratory of the hospital in 1982-1996. After leaving her duty as the chief of Biochemistry and Clinic Biochemistry in 1996, she transferred to Marmara University Faculty of Chemist Department Biochemistry in order to teach clinic biochemistry in the faculties of chemist for the first time in Turkey. In addition to this duty, she is teh member of Ethic Committee in International Hospital Laboratory since 1996, and initially worked as a counselor and later as a manager. Academic research area of Fikriye Uras, who maintains her task as the arbitration in some medicine journals, is proteins dependent on vitamin K. Her another interest is the standardization, accreditation and quality management of medical laboratories. She is one of the founding members of Association of Tramboz Hemostaz and Angiology and Association of Clinic Biochemistry Specialists.

**Doç.Dr.Mustafa
ALTINDİS**



• **Assoc Prof Dr Mustafa Altındis**

He was born in 1966 in Konya/Turkey. He graduated from Selcuk University, School of Medicine in 1989 and started practice in medicine as a physician in State Hospital of Goksun/ Kahramanmaraş. In the years from 1991 to 1995, he completed his PhD education in the department of Medical Microbiology at S.U. School of Medicine. In 1996-1999, he acted vice head physician of University hospital at S.U. and he contributed to process of hospital quality improvement. Then he moved to Afyonkarahisar to work Afyon Kocatepe University School of Medicine Dept of Clinical Microbiology and as the director of blood bank. During the same period, he also acted as the director of the vocational school of health services. In the years from 1996 to 2002, he completed his PhD education in the Virology. He was promoted to associated professorship in 2005. Since 1999, he has been performing as director in blood bank. Within the Erasmus framework program, He visited Hungary as teaching staff mobility. He has a total of about 100 paper published in different journals (30 international and 70 national). He is married, with one children. He is fluent in English.

Prof. Dr. Dilek Çolak

• **Prof. Dr. Dilek ÇOLAK,**

Akdeniz University School of Medicine, Director,
Clinical Biochemical laboratories

Dr.Serap ARIKAN

• **Serap Arıkan**

was born in 1965. Graduated from Dokuz Eylul University School of Medicine in 1988. After graduation, until 1996 worked in various cities as practitioner. She was specialized in biochemistry at Istanbul University Cerrahpaşa School of Medicine. She has been working as biochemistry specialist and laboratory responsible doctor since 2000 in Baskent University Alanya hospital. Along with academic study, she is also taking responsibilities in various levels of ISO:9001 quality management system applications in her hospital. She has deserved the quality management system TSE-EOQ Quality study official in 2007. Also has been taking responsibilities as quality specialist voluntarily. She's married and mother of three children.

**Dr. Jarmila
PETERČIKOVA**

• **Jarmila Pekarcikova, PhD.**

**Department of Public HealthFaculty of Health Care and Social Work Trnava University
Hornopotocna 23 918 43 Trnava Slovakia**

Young professionally qualified public health expert specialized in cancer, environmental and clinical epidemiology, environmental health and health impact assessment. International experiences stem mostly from projects: the Effectiveness of Health Impact Assessment and the Health Impact Assessment in New Member States and Pre-Accession Countries funded by EU - DG SANCO, the Breast Cancer case-study funded by the National Institutes of Health – Fogarty International Center, USA and the Global School Personnel Tobacco Survey in the Slovak Republic conducted by the Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA. In all of those projects I gained significant experiences in data processing and analysis, project design and management, reporting and curricula development.

Olivera M. Cirkovich

• **Olivera M. Cirkovich**



I was born in Cacak, town in Central Serbia. Finished Faculty for Medicine, University of Belgrade in 1998. Became pediatrician in 2006. Right now work on research for Master of Science Thesis "Quality of Use of Antibiotics in Primary Health Care Centers" (co - mentor is professor of Family Medicine on Case Western Reserve University, Cleveland, USA). Work in Primary Health Care Center as Director for Medical Programs.

**Prof.Dr.Erdal
AKALIN**



• **Prof. H. Erdal Akalin**

Prof. Dr. H. Erdal Akalin Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini Bitirmiş, Chicago Illinois Üniversitesinde Dahiliye ve Enfeksiyon, hastalıkları alanlarında eğitimini tamamlamıştır. 1981-83 yıllarında Berwynn, Illinois MacNeal Memorial Hastanesi Sürekli Tıp Eğitimi ve fakülte üyeliği görevlerini yürütmüştür. Daha sonra Türkiye'ye dönerek 1983-1994 yıllarında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde Enfeksiyon Hastalıkları anabilim Dalını kurmuş ve bölüm başkanlığını yürütmüştür. 8 uluslararası ve 5 ulusal bilimsel derneğin üyesidir. Bugüne kadar yayınlanmış 250'nin üzerinde bilimsel makale ve 490'nın üzerinde bildirisi bulunmaktadır. 50 kitap bölümü yazmış ve 8 kitabın editörlüğünü yapmıştır. Antibiyotik kullanımı, bakteriyel direnç, sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinde kalite ve hastalık yönetimi konuları araştırma ilgi alanlarıdır.

Halen Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Grubu tıbbi ve akademik işler yönetici danışmanıdır.
Disease Management

**Doç. Dr. Fahrettin
TATAR**

• **Doç. Dr. Fahreddin Tatar, Ph.D.**

Dr. Tatar holds a bachelors degree in health administration and a masters degree in healthcare management from Hacettepe University, Ankara, Turkey. On leave from his job as a full time research assistant in Hacettepe University School of Health Administration, he completed in 1993 his PhD in social policy and administration (health policy) from Nottingham University, England. He then worked as an assistant professor (1994-1996) and associate professor (1996-1998) in Hacettepe University mainly teaching undergraduate and graduate courses in health policy/analysis and comparative healthcare systems. Meantime, he acted as a short terms consultant to various national health care reform projects including MANAS (Kyrgyzstan) and LUKMAN (Turkmenistan) before joining WHO/EURO Ankara Centre for Health Care Policies where he served as an expert as well as acting director between 1995 and 1997.

Between 1998 and 2002 he worked for The Future Group International as a (senior) policy analyst focusing on economics and financial policy of national reproductive health services. He then joined the UNFPA as a program coordinator in Turkey for three months before joining Pfizer-Turkey as health policy manager in Jun 2002.

Dr. Tatar has been working with Janssen-Cilag since Feb 2007 as the Director of Public Affairs and Policy in charge of a range of functions covering registration, pricing, reimbursement, health policy, pharmacoconomics

Prof.Dr.Nazmi BİLİR

• **Prof. Dr.Nazmi BİLİR,**

Hacettepe University, School of Medicine,
Department of Public Health, Ankara

Uzm. S. Kaya KARS



• **Uzm. S. Kaya KARS**

He was born in 1968 in Ankara. He graduated from Ankara Bahçelievler Primary School and Ankara and Ankara Cumhuriyet High school. He graduated from Ankara Balgat Technique and Industry Profession High School in 1985 as an electric technician. He worked in a liquid fuel firm in private sector in 1985-1989 and in hotel sector in 1989-1992. He had the right of receiving a diploma of bachelor degree from Hacettepe University Faculty of Science Department of Statistics in 1992. He received certificate from the courses of English and Profession Management in Linguarama Collage Birmingham U.K. in 1993. He kept on his English courses in Richmond Collage and Brasshouse Birmingham U.K. in the same year. He was dutied in Ankara Quality Directory in 1993. In 1994 he was appointed to Quality Directory of Quality Campus from İstanbul Quality Directory. In 2001 he graduated from Marmara University Institute of Social Sciences Department of Administration Science of the International Quality Management Master Degree Program. He was designated to Antalya in 2003, S. Kaya, who was the Manager of Antalya Personnel And System Documenting and still maintains this task, is also a trainer and official of ISO 9001 ISO 14001 TS 18001 ISO 22000 Main Scrutiny.

**Uzm.Hem.Türkan
DOĞAR**



• **Uzm. Hemşire Türkan DOĞAR**

After completing Hacettepe University Faculty of Education Formation Certificate in 1994, Hacettepe University Nursing Higher School Bachelor Degree in 1994, Marmara University Management of Healthcare Institutions Master Degree in 2005-2007:

- worked as a General Intensive Care-VIP nurse in International Hospital in October 1994-1998
 - worked as Surgical Service Nurse in İstanbul University Cerrahpaşa Faculty of Medicine in December 1999-2000.
 - worked as a founding supervisor nurse in İstanbul Memorial Hospital Directory of Nurse Services in December 2000-2003.
 - worked as Improvement of Care Quality Directory in İstanbul Memorial Hospital Department of Quality Management in August 2003-2004.
 - worked as a director nurse in Johns Hopkins Anadolu Healthcare Centre in June 2004-2007.
- is working as the Manager of Patient Relations in Çamlica Hospital since June 2007.

Prof.DR.Semra SARDAS



• **Prof.Dr. Semra Şardaş**
Education, Fellowships and Professional Experience:Semra Şardaş received her B.Sc. as Pharmacist in 1975 and her PhD. on Genetic Polymorphisms in 1982 from University of Ankara, Faculty of Pharmacy, and Department of Toxicology. Assistant (1975-1982), PhD (1982), Associate Professor (1986), Professor (1993-present). She was a visiting scientist at the London University, School of Medicine "St.Mary's Hospital"- Department of Pharmacology, England various times and worked on genetic susceptibility in drug metabolism in 1987 for months supported by the Turkish Scientific Research Council. She continued to work on genetic toxicology and pharmacogenetics at the University of Newcastle Upon Tyne, School of Medicine Department of Pharmacology, Pharmacogenetic Unit, England after 1990 with multiple visits (3 months each) until 1994 sponsored by the Turkish Scientific and Technical Research Council and British Council Cultural Affairs. She has served as the Chairman of the Department of Toxicology at the Faculty of Pharmacy, Gazi University, Ankara and as the Vice Dean of the same Faculty. In 2006 June she moved her professorship to Marmara University-Faculty of Pharmacy- Toxicology Department Istanbul. She is participating in undergraduate, graduate training and as the leader of Marmara University, Toxicology research group. She has administrative experience since 1986 and has supervised numerous Master and Doctoral thesis.

She is the member of several National and International Societies. She is one of the founders of Turkish Society of Toxicology and was the general secretary of the society between 1991-1995. She served at the editorial board of well known International scientific journal Pharmacogenetics, and still is the member of Editorial Board of various national and International Toxicology journal (Journal of Pharmacology and Biological Sciences). She served as member of numerous scientific commissions at the Ministry of Health (1986-1990 including the drug license commission), and at present she is the head of the Scientific Commission of Pharmacovigilance (2005-present) and the member of Ethical Committee at the Turkish Ministry of Health (2004-present).

She has been an invited speaker for National and International Congresses. She served as an Organizing and Scientific Committee member for several National and International Congresses. She was the General Secretary of "the 4th Congress of Toxicology in Developing Countries", Turkey (1999) an International Meeting on Toxicology with the support of International Union of Toxicology, and recently held the Environmental Mutagens and Human Health Conference in 2007 in Turkey with a co chair from Texas University Medical School. Prof. Sardas has authored or co-authored over 100 publications in peer-reviewed international journals and publications in local journals.

Doç.Dr.Ahmet AKICI



• **Assoc. Prof. Ahmet Akıcı, MD**
After graduation from Uludağ University Faculty of Medicine in 1994 and two years of compulsory medical service at Afyon, Dr. Akıcı started Marmara University, Faculty of Medicine, Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology for residency in medicine. He received master degree in 2000 and Associate Professor degree in 2005. He continues his lectureship position at the same department. Dr. Akıcı, worked in the field of Pharmacoepidemiology-Drug Utilization at Surrey University. Since 2002, Dr. Akıcı is the member of the Local Ethical Committee of "İstanbul Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital. Also, he works as the scientific committee member of the Pharmacovigilance at the Ministry of Health, Drug and Pharmacy General Directorate since 2005 and in other drug related scientific committees of the Ministry of Health since 2007. Dr. Akıcı is the Vice President of the İstanbul Pharmacovigilance Society since 2006 and is the executive committee member of the Society of the Turkish Pharmacology Clinical Working Group and has been the scientific editor of the electronic bulletin of the same group since 2007. Most of Dr. Akıcı's publications are related to muscarinic receptors, rational pharmacotherapy, drug utilization and pharmacovigilance. He published more than thirty original articles, ten review articles and has 6 prices from these researches.

Prof.Dr.Osman SAKA



• **Prof. Dr. Osman SAKA**
Osman Saka was born on February 19 1946 in Merzifon. He completed his primary, secondary and high school in Merzifon. He joined Hacettepe University Faculty of Science in 1969, and received diploma of master degree in statistics in 1974. He was appointed to Hacettepe University Institute on Society Doctor as a lecturer to lecture about Statistics and Computer in WHO projects in the same year. He was assigned as an expert on Biostatistics and Computer in WHO projects in meantime.He received master degree in 1977 and doctorate degree in 1982 on Biostatistics. He began his task as a lecturer in Hacettepe University Faculty of Medicine Department of Biostatistics in 1988. He had a task in Akdeniz University with the associate professors staff in order to establish Information Process Centre and Department of Biostatistics in 1988. He became lecturer in 1989. In the same year, he founded Computer Sciences Research and Application Centre And was appointed as the manager of the centre. He commenced the first Medical Informatics Master Degree Program in Turkey in 1990. He became professor in 1995. He still maintains his task as the head of the Department of Biostatistics and Medical Informatics Akdeniz University Faculty of Medicine. Osman Saka, who is the manager of management staff of Association of Medical Informatics, is also a member of TBD. He has been the Manager of TBD Healthcare Working Group and representative of Antalya for long years. Osman Saka is married and has a daughter.

Salih GÜNEŞ

• **Salih GÜNEŞ**
Tepe Teknoloji
General Meneger

Eman Ahmed Darwish

• **Eman Ahmed Darwish**
Nationality: Jordanian
Mouwasat Hospital, Dammam
Education, Activity & Experience

- MAB-Mater in Business and Administration- Hospital Administration ,2007
- Certificate of Healthcare organization surveyor ,2007
- FAIHQ-(Fellow of the American institute for Healthcare Quality),2006
- Member in American Academy of Continuing Medical Education – 2005
- Clinical Pharmacist -1994
- Share as a speaker in several national and international conferences
- Work as Performance Improvement Manager in Mouwasat Medical services
- Work as healthcare organization surveyor

Dr. Amin NİMER

• **Dr. Amin NİMER,**
CEO, Mouwasat Hastanesi Dammam, Suudi Arabistan

Doç.Dr.Yeşim ÇETİNKAYA

• **Doç.Dr.Yeşim ÇETİNKAYA**
Hacettepe University School of Medicine (1985-1992)
Postgraduate Education:
- Hacettepe University School of Medicine, Department of Internal Medicine (1992-1996)
- Hacettepe University School of Medicine, Department of Internal Medicine, Section of Infectious Diseases (1996-1998)
University of Texas Medical Branch at Galveston, Department of Healthcare Epidemiology (1998-1999)
Associate Professor of Internal Medicine: 2001
Professor of Internal Medicine: 2007
Research interests:
- Epidemiology and control of healthcare-associated infections
- Vancomycin-resistant enterococci
- Methicillin-resistant staphylococcus aureus
- Infective endocarditis
Current position: faculty member, Hacettepe University School of Medicine, Department of Internal Medicine, Section of Infectious Diseases (1999-.....)
Publications: 23 international original articles, more than 30 national articles and book chapters

Doç. Dr. Dilara İNAN

• **Associate Prof. Dr. Dilara İnan**
Akdeniz University School of Medicine,
Infectious Disease Department, Antalya

Prof.Dr.Mustafa Kemal BALCI

- **Prof.Dr.Mustafa Kemal BALCI**
• Professor, Division of Endocrinology & Metabolism, Department of Internal Medicine, Akdeniz University Medical Faculty Dean, ANTALYA

Education

- Fellowship in Division of Endocrinology & Metabolism, Ankara University Medical Faculty, Ankara, Turkey; 1994
- Research assistant in Department of Internal Medicine, Ankara University Medical Faculty, Ankara, Turkey; 1992
- Medical Doctor (M.D.), Hacettepe University Medical Faculty, Ankara, Turkey; 1984

Positions Held

- 2003-date; Professor of Endocrinology & Metabolism, Department of Internal Medicine: Medical Faculty of Akdeniz University, Antalya, Turkey
- 1998-2003 Associated Professor of Endocrinology & Metabolism, Department of Internal Medicine: Medical Faculty of Akdeniz University, Antalya, Turkey
- 1996-date Assistant of Medical Director of Akdeniz University Hospital, Akdeniz University, Antalya, Turkey
- 1995-1997 Assistant Professor of Endocrinology & Metabolism, Department of Internal Medicine: Medical Faculty of Akdeniz University, Antalya, Turkey
- 1992-1994 Research assistant: Division of Endocrinology & Metabolism, Medical Faculty of Ankara University, Ankara, Turkey
- 1987-1992 Research assistant: Department of Internal Medicine, Medical Faculty of Ankara University, Ankara, Turkey
- 1984-1986 General Practitioner; Kayseri, Turkey

Membership of Professional Bodies

- 2007-Endocrine Society, 2000- The International Bone and Mineral Society
- 1999- The Turkish Internal Medicine Society
- 1995- The Society of Endocrinology and Metabolism of Turkey
- 1984- The Society of Medical Associations of Turkey

Prof.Dr.Fevzi ERSOY

- **Prof. Dr. Fevzi Ersoy,**
Akdeniz University,
School of Medicine

Doç.Dr.Oktay ERAY

- **Assoc. Prof. Oktay Eray,**
Akdeniz University,
School of Medicine

Dr.Jafar ABU TALEB

- **Dr. Jafar ABU-TALEB ,**
JORDAN, Quality Management and Accreditation Section Healthcare Management,
Consulting Services - HMCS

Dr.Aydın KOSOVA



- **Dr. Aydın KOSOVA,**
KALDER

He was born in İzmir in 1953, and was graduated from Egean University with B.Sc. degree in 1974 and M.Sc. degree in 1976 in Chemical Engineering. He also achieved Ph.D. degree in Textile Chemistry in the University of Leeds.

After working as lecturer in university for two years, he joined in industry and worked successively as R&D Manager, Quality Systems Director and Executive Committee Member at Kordsa A.Ş. in between 1993 and 2000.

Having experience in award assessment for 3 years in National Quality Award and for 11 years in European Quality Award processes, he has been working at KalDer since 2001. He is the National Quality Award Secretary and a member of KalDer Executive Committee. He is also an assessor and Executive Committee member at MÜDEK (Association for Evaluation and Accreditation of Engineering Programs) in Turkey.

- **CELAL SEÇKİN**

Celal SEÇKİN



He began his profession as an electronic communication engineer in PTT ARLA (TELETAS) in 1982. He transferred to Siemens Commerce and Industry A.Ş. in 1987. He worked as a domestic consultant and a trainer in the application of EFQM Model in the Turkish Siemens Companies.

He had a role as an evaluator and main evaluator in National Quality Reward (1992), he trained a number of institutions about EFQM Model and self-evaluation. He worked as an evaluator and main evaluator in Europe Quality Reward after 1997. He worked as a Secretary of National Quality Reward and a member of KalDer Execution Institute in 1997-2000. He had a place as a presenter and participant in international and national activities, directed workings. After October 2000, he worked as a Europe Quality Reward Manager and a member of Reward Execution Committee in EFQM Brussels for four years.

He returned to Turkey in November 2004 and established Seçkin Counseling and Education Ltd. Şti.. Seçkin Counselin EFQM (Premium Consultants Group) is a member of KalDer, and has the licence of education of EFQM and KalDer. He trained a lot of institutions about the application of TKY and EFQM Model inside and outside the country, and worked as a consultant. He worked as a consultant in an application Project of TKY Model, CAF (Common Assessment Framework) self-evaluation in the Office of Prime Minister. He worked as a consultant in the application of EFQM Perfection Model, the applications of strategical planning and self-evaluation in public and private healthcare institutions.

Mehmet AYDIN

- **Mehmet AYDIN**

Place and Date of Birth: Istanbul, 22/07/1972

WORK EXPERIENCE

October 2005 – Still Kadikoy Sifa Health Group Corporate Performance and Quality Manager
April 2004–October 2005 Kadikoy Sifa Health Group-Marketing Manager
1999 – April 2004 Gaziosmanpasa Hospital

EDUCATIONAL PROFILE

Grad School : Marmara University-Product Management and Marketing
College : İstanbul University-Faculty of Economics – Department of Econometrics

Atakan BAŞTÜRK

- **Atakan BAŞTÜRK,**
TURKAK, Genel Sekreteri

İDMMA Machinery Engineering (1982)

-Machine manufacturing (1980-1984) Private Sector

-Foreign Relations Reporter (1985-87) Turkish Standardization Program

-Calibration Lab. Manager (1987-89) Turkish Standardization Program

-Head of Department of Metrology and Calibration (1989-94) Turkish Standardization Program

-Quality Consultant (1994-99) Private Sector

-General Secretary Assistant (1999-2000) Turkish Standardization Program

-General Secretary (2000-....) Turkish Accreditation Institute

Courses Taken

- Course of Measuring Standards 1987 (6 months) Japan

-German Course 1987-88 (6 months) Ankara-Munchen

-Measuring Technique and Calibration Course 1988 (4 months) Germany

-Quality Sistem Inspector Course 1991 Ankara

Mesut DURU

- **MESUT DURU**

TSE, Directorate of Planning and Coordination

He was born in Ankara in 1968. He was graduated from Middle East Technical University Metallurgical Engineering Department in 1990. He got the MSc. Degree in 1993 in the same Department. He worked in an aluminum cast factory as a Production Engineer between 08/1990-10/1993 in Ankara. He worked in TSE Istanbul Regional Directory in between 1993-2001 as an Inspector and Quality and Environmental Management System Auditor. He also carried out TS EN ISO 9000 Quality Management System and TS EN ISO 14000 Quality Management System activities in Navy Academy between 08/1998-03/1999. He worked as a Technician Specialist in TSE Directory of Personnel Certification Directory between 10/2001-02/2006. Currently he is working in TSE Head of Personnel and System Certification Center as the Director of Planning and Coordination Department.

Feyzullah ERDOĞAN	<ul style="list-style-type: none"> • Feyzullah ERDOĞAN, TSE, PERSONNEL CERTIFICATION MANAGER He graduated from Chemist Department of Gazi University Faculty of Science and Letters in 1993. He got master degree from Marmara University Department of Business Administration - International Quality Management Systems. He started his business life in Turkish Standardization Institute (TSE). He worked in TSE Denizli District Office – Product Certification and Textile Laboratory units among 1993 – 1995. He conducted his duty as trainer and lead auditor in TSE İstanbul District Office – Quality Department. He continued his task as Technical Expert and Examination Responsible between 2002 and 2003 in Personnel Certification Center. Afterwards, he worked within Product Certification Center and Personnel and System Certification Center as lead auditor and trainer in the field of Product Certification, TS EN ISO 9001 (Quality Management System), TS EN ISO 14001 (Environmental Management System), TS EN ISO 22000 (Food Safety Management System) and TS 18001 (Occupational Health And Safety Management System). He still continued his duty in Personnel Certification Center as manager.
Prof. Dr. ismail ÜSTEL	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Dr. ismail Üstel (Associate Administrator) "a professional who is interested in his future rather than his past"
Dr. Nadwa RAFEH	<ul style="list-style-type: none"> • Nadwa Rafeh, Ph.D. is a Senior Associate in the International Health Division at Abt Associates, Inc. She is a health services organization and policy expert with 15 years of experience in the design, implementation, and evaluation of health care programs, and in policy analysis and design. Dr. Rafeh has broad knowledge in the organization, financing, utilization, and quality of health services. Has more than 10 years of experience in the area of quality improvement and accreditation. She serves as a technical expert to several USAID-funded projects and works with several countries in Africa, Middle East and Central Asia to develop national QI strategies and accreditation programs. For over 5 years, Dr. Rafeh served as the long term Quality Improvement advisor on several USAID-funded projects in Egypt. She was also the Chief of Party for the Partners in Health Reform Project (PHR_{plus}) in Egypt where she assisted the Ministry of Health in the development and implementation of the health sector reform program including setting strategic priorities and work plans including, capacity building, quality improvement and accreditation, systems strengthening, and community mobilization. Has consulted with several donors including the World Bank and WHO.

SUMMARIES OF PLENARY PRESENTATIONS

QUALITY IN HEALTH CARE AND PATIENT SAFETY "AN UPDATE"

Moderator:

Prof. Dr. Allen MEADORS, Chancellor, University of North Carolina- Pembroke, USA

Speakers :

Prof. Dr. A. AL-ASSAF, American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma

Dr. David JAIMOVICH, MD, Chief Medical Officer, Joint Commission Resources, Joint Commission International

Dr. Tawfik KHOJA, FRCGP; Director General, GCC Bureau Of Health Ministers, Saudi Arabia

NEW CHANGES AND TRENDS IN QUALITY IN HEALTH CARE IN THE WORLD

Prof. Dr. A. AL-ASSAF,

American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma

Prof Dr. Seval AKGÜN,

Baskent University, Chief Quality Officer, Director, Public Health Department Ankara TURKEY

The quality of health care is going through major changes and transitions. We were all shocked with the publication of famous report of the Institute of Medicine in the US, which brought to our attention the magnitude of medical errors and the "lack" of patient safety. Since then, patient safety became a major issue among the priorities of any healthcare organization. With the identification and reporting of medical errors and the campaigns to reduce such problem in the US and abroad, professionals and providers started to realize the impact of such initiatives have on the care of patients and their clinical outcomes.

This presentation will highlight the major changes, trends and activities that are going on in healthcare quality and accreditation from an international perspective. With the evolution of quality focus and the development of measurement systems to the reform of accreditation practices to the improvement of performance, this presentation will present a wide spectrum of activities, initiatives and innovations towards system enhancements and strengthening.

UPDATES ON INTERNATIONAL ACCREDITATION

Dr. David JAIMOVICH,

Chief Medical Officer / Joint Commission Resources / JCI

David Jaimovich, M.D., the Chief Medical Officer of Joint Commission International, will discuss the impact that accreditation has on patient safety and the provision of quality health services. Furthermore, there will be a presentation on how accreditation can implement a sustainable strategy for continuous quality improvement.

HOW TO PREPARE FOR, ACHIEVE, AND MAINTAIN JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) ACCREDITATION

Dr. David JAIMOVICH,

Chief Medical Officer, Joint Commission Resources, Joint Commission International

JCI Accreditation provides a framework for the interrelated systems and processes of a healthcare organization so that it can evaluate, improve and imbed policies and procedures that lead to best practice in patient safety and the quality of healthcare provision. In this workshop, David Jaimovich, M.D., the Chief Medical Officer of JCI, will introduce participants to the JCI Accreditation Standards for hospitals. He will review the process for preparation and achievement of accreditation as well as the approach needed to maintain JCI Accreditation as an integral part of an organization's continuous quality improvement effort.

GCC EXPERIENCE IN PATIENT SAFETY, Renaissance and Accountability

Dr. Tawfik A. Khoja
MBBS, DPHC, FRGP, FFPH, FRCP (UK)
Director General, Executive Board,
Health Ministers' Council for Cooperation Council States

Since the GCC States constitute in one regional community in many important factors, therefore they had to unify their efforts to face the quick changes and the overall development requirements. Health Ministers' Council FOR GCC States adopting "Patient Safety" as one of the important priorities of the healthcare quality.

This presentation will be focused on the following:

I. Strategies of Patient Safety

A) At the Health Ministers' Council for GCC Level

All important resolutions will be highlighted specially those considered as cornerstones with emphasis on improving the means of reducing rates of medical errors, malpractice and nosocomial infection.

B) At the Executive Board/ EMRO level

Demonstrate the outcome, results and recommendations of the following activities:

- 1st Inter-country consultation on patient safety for developing a regional strategy for patient safety in EMR (Kuwait, 27-30 November 2004)
- Kuwait declaration for Patient Safety (goals, strategies)
- 2nd inter-country consultation meeting on patient safety (Muscat, 11-13 March 2006) for developing GCC executive plan.
- International Patient Safety summit (IPSS)-Riyadh 16-18 September, 2006

C) At the international level

- Launch of the global patient safety challenges, and WHO guidelines on Hand
- Hygiene in healthcare (Geneva/Riyadh 13 October - 2005).
- JCI Middle East Advisory Board Council (Dubai) 21-22/1/2006)
- First meeting of the steering international committee at J.C.I. headquarter (USA, 11-12/6/2006).
- The correlation with
 - * World Alliance for Patient Safety.
 - * International Federation of Infection Control
- Issuance of the "Glossary of Patient Safety" as one of outstanding efforts on international map in 2005 and 2nd Edition in 2007.

II. Technical Cooperation in Patient Safety GCC ; Covering the three fundamental parameters of patient safety through "Technical Gulf Committee of Healthcare Quality & Patient Safety and Infection Control"

III. Situational Analysis of Patient Safety in the Gulf Countries. ; Demonstration of current activities in the seven countries.

IV. Current and future development needs.

INDICATORS ON QUALITY OF CARE; AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE

Niek Klazinga, MD PhD

- Professor of Social Medicine, Academic Medical Center University of Amsterdam

- Health Care Quality Indicator Project, OECD, Paris

Indicators on quality and safety are becoming increasingly important as tools for quality assessment and quality improvement in health care. In this presentation an overview will be provided of several international projects that deal with the development, validation and use of indicators. Recent results of OECD's Health Care Quality Indicator Project will be presented, an international attempt to assess the quality of care in the health systems of the OECD countries. Other international projects are the PATH project from WHO/EURO on hospital indicators and the results of the Marquis project, an EU funded research project through which in 400 European hospitals the quality of cross border care is assessed. In discussing the results, special emphasis will be given to the methodological challenges in developing valid and reliable indicators and how to embed indicators in policy- and management activities aimed at improving quality of care.

EVIDENCE BASED QUALITY OF CARE IN HOSPITALS AND GENERAL PRACTICE: LESSONS FROM IMPLEMENTATION

Rusnak MARTIN

International Neurotrauma Foundation, Vienna, Austria

The presentation aims to provide an overview of principles of Evidence Based Medicine in clinical settings and the relation to quality of care improvement for hospital administrators and health authorities. The presentation will be illustrated with examples from projects on ATB resistance in hospitals and GP practices, from guidelines implementation in trauma care, evaluation of guidelines and development of guidelines and protocols. It is expected, that the audience will obtain an introduction on benefits of evidence based approaches to quality of care improvement, as well as insights into possible limitations and ways how to advocate. The international overview will provide the state of the art situation in Europe and US. Web links to most important web sites will be provided, too.

The AGREE instrument will be demonstrated as a tool to evaluate administrative correctness of the process of the guidelines development. Interpretation of findings from different studies will be used to illustrate the European approach. Clinical effectiveness will be discussed and the importance of evaluation will be underlined. Examples will demonstrate how a consistent application of guidelines and clinical protocols contribute to increased quality and health outcomes.

An outline of participative guidelines development approach will be demonstrated. Examples how internet based technologies could be used for creating professional discussion during the process of guidelines development will be given.

PERFORMANCE INDICATORS FOR HOSPITALS – RESULTS OF THE PATH WHO-MATRA PROJECT

Viera RUSNAKOVA,

Department of Medical Informatics, Slovak Medical University, Bratislava, Slovakia

Measuring quality of care and outcome became an issue in Slovak Health Care with practical consequences especially on contracting processes. A set on indicators for external evaluation of providers has been embedded into the legislation and introduced into the practice.

Complementary, the initiative oriented to internal hospitals performance indicators development was started in the frame of the MATRA quality

support project. The WHO PATH project framework and tools, developed under the gesture of the WHO office in Barcelona was tested in Slovak environment.

The aim of the contribution is to summarize results of PATH international endeavor pilot study. The PATH conceptual model for performance assessment in hospitals involves not only clinical effectiveness indicators but also indicators of efficiency, patients and staff orientation, safety and indicators of effective governance. Participation of hospitals is voluntary – as a part of optional quality improvement initiatives. Involvement is not only in a part of data collection and calculation of scientifically sound indicators but interpreting and understanding indicators and their implications is emphasized. Good indicators are manageable, intervention based on data collection and indicator interpretation is anticipated with impact on quality improvement.

Slovakia was represented by ten hospitals originally participated in the study (with 58 –870 beds). University hospitals, public and private hospital facilities were involved and the core group of 18 PATH indicators was collected. Evaluation of indicators and the situation in data collection was discussed repeatedly with all participants and confronted with all centers in Europe.

Based on the feedback from participating hospitals Matra -PATH project represented the first experience with collecting, interpreting and benchmarking of performance indicators. Creation of quality units in hospitals was stimulated by the project participation in number of cases. One of the major limitations noticed was that data collection was not sufficiently supported by information technology.

DEVELOPMENT OF A QUALITY ASSURANCE PROGRAM FOR AZERBAIJAN REPUBLIC

Sabina Akhmadova, MD.

Quality Control Coordinator, Health Reform Project Ministry of Health,
World Bank, Azerbaijan Republic

Development of Quality Assurance programme has been carried to support the Ministry of Health of Azerbaijan Republic in the development and execution of adequate quality policies as part of the ongoing reforms of the Azerbaijan Health Care System. With the transition to a more liberal health care system and standardization, assuring the quality of health care delivery has increasing importance. The programme could provide the Project Implementation Unit (PIU), Ministry of Health (MOH) with relevant and state of the art knowledge and tools to decide on the further introduction of quality policies towards professionals and institutions.

This presentation will reflect the findings and efforts of the on-going activities for the Development of Quality Assurance Programme (**HSRP/ QUALITY ASSURANCE /CS/IC/3.021**). The presentation will include methodology and the result of several activities performed during this period as well as the discussions with the staff at PI unit, Ministry of Health (MoH) representatives, representatives from universities, stakeholders from private sector such as medical chief officers of private hospitals, representatives from Rayons, medical chief officers of the selected hospitals in Baku and other Rayons and represents a close tuning with PI priorities and needs.

WORKSHOPS

QUALITY IN HEALTHCARE SERVICES IN TURKEY

Chairman: Dr. Hasan GÜLER, M.O.H., Performance Management and Quality Development Department, Head of department
Lecturers: Dr. Hasan GÜLER, M.O.H., Performance Management and Quality Development Department, Head of department
Dr. Mehmet DEMİR, M.O.H., Advisor of Minister

MINISTRY OF HEALTH, INSTITUTIONAL PERFORMANCE IMPLEMENTATIONS

Dr. Hasan GÜLER, M.O.H., Performance Management and Quality Development Department, Head of Department
Dr. Mehmet DEMİR, M.O.H., Minister Advisor

There are significant differences between the common known aspects of institutional performance implementations and their actual practice within health organizations. In this article, we will try to describe the institutional performance implementations which are being executed within health organizations of Ministry Of Health in Turkey.

There is not a long history of institutional performance measurement practice for hospitals which belong to the Ministry of Health. However, considering the momentum and specifications of the overall change in health sector, that practice mentioned above would be having an established position for the health sector.

The earliest agenda of institutional performance measurement was set in 2004 by the "individual performance" measurement as it is commonly known in hospitals of the Ministry of Health and in order to complete the supplementary payment system's quality aspect. It wouldn't be wrong to mention that those studies have come far from that date when considering the stages of the practice. Some of the criteria which are applied aiming to develop the institutional quality involve internationally accepted hospital quality criteria and some of them are originally set up for the needs of our own country. With the evaluation of those criteria, to make comparative numerical analyses of the hospitals and to determine the said hospitals' targets about whether they reach or not to the preset situation were made possible. By this way, the institutional performance level of that institution would be clarified. With the evaluation and measurement, because it is aimed to make adaptations of our health organizations due to recent developments and to improve healthcare services, new aspects of the system have been implemented incrementally. Meanwhile, the standard application capacities of the institutions have been observed, and some studies have been realized to increase the information and implementation capacity of the healthcare organizations with the application manuals which were brought out earlier. Improving Quality and Performance Evaluation Instruction in Institutions and Agencies Affiliated to Ministry of Health as a whole regulatory guideline was put in practice quite effectively and with competence in 2007. Within the scope of this instruction's application, measurement methods of institutional performance were summarized under five topics. These are determined as polyclinic services and access to examination, auditing the institutional infrastructure and the process of services, patient and patient's relatives' satisfaction, institutional targets and measurement of institutional effectiveness:

- a) One of the main criteria is Coefficient of Access to Examination. This criterion aims to maintain one room for one MD as a principle and by this way this criterion aims to simplify the access for the healthcare service. According to this, it also aims to benefit the present human resources effectively and not to neglect the social side of the health issues as well.
- b) The Institutional Infrastructure and Process Evaluation criteria set is made up of 150 criteria and it is used to follow the strategies of the Ministry of Health within the administrations of the hospitals beside making possible to consider the local and national conditions of our country hospitals. This set is also one of the important components of the overall system with its targets about improving the service processes and elevating the patient's security. This criteria set is designed to question all of the service processes, the management and the infrastructural conditions of the hospital and it involves segments such as *access to healthcare services, administration, knowledge management, laboratories, radiology, O.R., clinics, patient and staff security, infection control and prevention, intensive care, dialyses, management and security of the facility, pharmacies, E.R, kitchens, laundry, archives, warehouse and morgue*. One of the most important revisions according to implementations of 2007 is that: Earlier, only province performance and quality coordinators were evaluating the hospitals within their province. In addition to those evaluations, good practice and field experiences exchanges are aimed and by this way cross evaluation applications would begin then.
- c) The Patient and Patient's Relatives' Satisfaction Questionnaire which carries the concept of patient satisfaction measurement to a further point and the conclusions which were collected from this questionnaire let our citizens' views about the processes of services in hospitals be transferred directly and efficiently to the administrative levels. These questionnaires are being applied periodically and give an initiative to thousands of people for an orientation to the healthcare services.

- d) Certain criteria are being anticipated for the hospitals about the efficient and effective usage of institutional resources. These are to be fiscal and administrative criteria (such as bed occupancy rate, average number of stay-in days for patients, staff expenditures etc.) and every management must consider and take them into account.
- e) Under this topic, some determined situational criteria which were decided by the Ministry of Health earlier for hospitals and their convergence level to them are being measured (such as caesarean section rate etc.) Most of the criteria are made up of clinical indicators and this criteria set is also maintaining a very important target for measuring the institutional performance in hospitals.

Indeed, more absolute practices take place in measuring patient satisfaction and infrastructural conditions. However, the measurement of the clinical processes is very limited and output measurement has not been realized yet. It is estimated and intended to succeed more studies on clinical practice processes and output measurement and to develop them in this direction by those studies. Our next step to progress the overall system and the mentioned applications above would be motivating all practices in this respect.

As seen, the measurement of institutional performance displays a very complicated structure. Modeling of the system may not be considered without thinking over individual performance as well. However, it should always be recognized that institutional performance has varying specifications from individual performance measurement.

As a matter of fact, institutional performance implementations as an integrated system let us a heritage which lays the foundation of a national performance management and quality development system as well. When considered the cultural and geographical aspects of healthcare services all over the world, it must be seen that when out resourced systems are being transferred wholly as a public policy and without any adaptation, these systems would probably not meet the local and national needs of the country which the out resourced system is transferred. So it is important to alter the system according to our needs.

Quality and accreditation systems which have been implemented in developed and developing countries also consider the specific conditions of the country which the policy would be transferred. That is exactly the situation where let all those institutional performance measurement and quality development implementations acceptable and feasible to progress as well. By this way, a national performance management and quality development system would be improved in the meantime. Those practices also have importance as being a prototype of the guideline for the periodical evaluation and classification of our hospitals which would be autonomous in the near future.

ACCREDITATION/PERFORMANCE SYSTEM'S FUTURE IN GOVERNMENT HEALTH INSTITUTIONS IN TURKEY

Dr. Mehmet DEMİR, Advisor of Minister
 Ministry of Health of Turkey
 Performance Management Quality Development Department

Monitoring and evaluation of performance in health will be one of the most important topics incoming years. We should separate the performance of health system and the performance of hospitals from each other. Here we will concentrate on hospital performance. In last five years the model we have built up and applied on ministry's hospitals which is called briefly "performance system" is an important experience for future. Performance based wage system which is being applied in private sector for a very long time, in spite of all difficulties, recently have begun to be applied successfully in government then. Hereafter the system will disperse and be continued to be applied.

The most determining factor is the role of Ministry of Health for development of ministry's performance system and performance applications in health. As a Stewardship Ministry of Health, the Ministry's approach will be different from today as changing roles including policy maker, auditor, regulator and implementer of the performance system in health. Until today, The Ministry used "performance" as a modern method for hospitals in order to become efficient, effective and qualified. This method has made possible for patients to reach health services and to build justice. Hereafter Ministry of Health will monitor and evaluate all private and government hospitals' performance and thus will make regulatory activities.

Certainly in monitoring and evaluation performance, accreditation processes will be an important aspect beside clinic success, patient satisfaction, and statistical indicators.

QUALITY AND SAFETY IN HOMECARE

Moderator: **Prof. Dr. Güler CİMETE**, Director, Turkish Society of Homecare
Speakers : **Prof. Dr. Güler CİMETE**, Director, Turkish Society of Homecare
Prof. Dr. Seçil AKSAYAN, Director, VKV American Hospital Nursing Services

USING CONTINUING EDUCATION AS A MEAN TO IMPROVE OUTCOMES IN YOUR HOSPITAL

Speaker _____: **Margaret BALL**, The President Of Health Links International, Dallas, USA

PROPOSAL FOR WORKSHOP AT THE II INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY IN HEALTHCARE PATIENT SAFETY AND ACCREDITATION

Margaret BALL,
 The President Of Health Links International, Dallas, USA

Course Name: "Using Continuing Education as a Means to Improve Outcomes in Your Hospital"
Theme : The Value Proposition of CME and CNE for your staff. Examine how technology can impact the organization's objectives. How to utilize education resources to your best advantage.

Key Objectives: Opening remarks about the latest trends in effective education for healthcare, training options for staff, and outlining strategies for implementing new training options. Using small groups breakouts during the workshop, explore collaborative approaches to performance improvement through education. Each group will be provided a case study and asked to report back on their recommendations. (20-25 Minutes in group session, 15-20 minutes to hear group reports)

The participants will leave with the following:

- The importance of education as a tool to improve the patterns of communication between physicians and nurses. Identify communication disconnects before they become a problem for the organization.
- The individual will be able to recognize how professional development enhances behaviors that can lead to more successful customer satisfaction surveys.
- Identify multiple modes for learning and communicating key organizational objectives.
- Options for providing training and education that is flexible to your allied health and nursing staff.

COST OF QUALITY

Moderator; **Haluk ÖZSARI MD, PhD**, Consultant, Association of the Insurance and Reinsurance Companies of Turkey

Speakers : **Prof. Dr. Haydar Sur**, Deputy Dean, Marmora University Health Education Faculty

Prof. Dr. Osman HAYRAN, Dean, Marmora University Health Education Faculty

Haluk ÖZSARI MD, PhD,

Consultant, Association of the Insurance and Reinsurance Companies of Turkey

THE OUTLINE OF THE PANEL

- ✓ Concept of Quality
- ✓ Quality Management
- ✓ Total Quality Management
- ✓ Cost of Quality
- ✓ The Purpose of Quality Management and the Area of Utility
- ✓ The Classification of the Cost of Quality

THE ECONOMIC ASPECT OF QUALITY MANAGEMENT

Prof. Dr. Haydar SUR

Marmara University/ Faculty of Health Sciences

Quality is the sum of all properties of a good or service that enables to meet the desires or needs of the users. This is a quite wide definition of quality and it is accepted as a whole. In this case, any disruption can diminish the quality level.

From the business administration view, high quality level of a product could be provided with low costs and product reliability. Quality should be balanced with quality cost approach. The fundamental of quality cost analysis is that the way of doing something cheapest is doing it correctly in the first time.

Quality in health services is defined as "the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge" (JCAHO).

Our quality definition is: Quality of health services is, relative to doing anything option, the ratio of our health contribution to our potential of health contribution." (Sur). The contribution contains both clinical services and hospitality services.

Today health services are confronting 3 major issues: costs, quality and accessibility.

Quality costs include all costs related with prevention of errors or remedy activities for errors. Quality cost provides the basic data about determining the status quo and new targets, and setting prevention mechanisms. Since these issues are of the most important, the relationship between quality and costs should be taken up with detailed academic studies.

MANAGEMENT AND QUALITY IN HEALTH CARE INSTITUTIONS

Prof. Dr. Osman Hayran

Marmara University

ABSTRACT: "Quality control", "Quality assurance", "Continuous quality improvement", "Total quality management", "Clinical guidelines", "Reengineering", "Process redesign" are being frequently used in health services during the recent 20 years. Main purpose of all these terms is to define the activities and efforts needed to increase the quality of health care services. Quality of health care services is difficult to define and evolution of quality movement in health services was different from that of the quality movement in industry. Quality, has a significant meaning for the health care sector because of its uniqueness due to the nature of its institutions, process designs and the scope and content of the provided services.

Increases in life expectation has been resulted in population aging in almost every country and consequently the nature and amount of needed health services have been changed in recent years. On the other hand, rapid and unexpected advances in information technology and medical knowledge are shaping patient expectations and professional expectations in a different way. All of these factors together make quality in health care services more important and management more complex. This presentation is focused on the details of this complexity.

STANDARDIZATION, ACCREDITATION AND CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT

ACTIVITIES AT CLINICAL LABORATORIES

Moderator; **Prof. Dr. Fikriye URAS**, Director, Turkish Society of Clinical Biochemistry Laboratories

Speakers : **Prof. Dr. Fikriye URAS**, Director, Turkish Society of Clinical Biochemistry Laboratories

Associate Prof. Mustafa Altındış, Afyon Kocatepe University, School of Medicine, Blood Bank

Prof. Dr. Dilek ÇOLAK, Akdeniz University School of Medicine, Director, Clinical Biochemical laboratories

Dr. Serap ARIKAN, Director, Baskent University Alanya Research and Application Center Clinical laboratories

STANDARDIZATION AND ACCREDITATION IN LABORATORY MEDICINE

Prof. Dr. Fikriye Uras,

President, Association of Clinical Biochemists (KBUD)

Marmara University, Faculty of Pharmacy, Istanbul, Turkey

International Hospital, Laboratory Medicine, Istanbul, Turkey

Performance of laboratory medicine plays a crucial role in protecting and preserving patient safety and also directly affects the vast majority of all medical decisions. Laboratory quality management system, with pre-analytic, analytic, and post-analytic components, is key to ensuring patient safety. Although, all of them are important for patient safety, the greatest impact for overall improvement would be to focus on pre- and postanalytic services in which most errors occur even in developed countries. Medical laboratories are responsible in collaborating with other health care professionals to look for ways to reduce errors and improve processes in the pre-analytical and post analytical portions of laboratory testing. At the same time, laboratories need to continue to improve quality and safety by focusing on control of the analytic phase, which is very problematic in developing countries.

The goal of laboratory accreditation is to continuously improve the quality of laboratory practice. Accreditation includes professional peer review, education, and compliance with established laboratory standards. In order to maintain the high standards associated with laboratory accreditation, a state of continual excellence is essential. Accreditation systems such as CAP (College of American Pathologists) and ISO 15189 provide a variety of accreditation, inspection, and quality assurance programs to ensure that laboratories provide the highest quality of patient care. These programs contribute to patient safety in a variety of ways, including providing comprehensive assessments of key laboratory processes and monitoring beyond the testing phase to evaluate processes that affect test results and patient outcomes. They require that medical laboratories demonstrate their competence to a third party assessor, which is a national or international accreditation body and independent from any other party. Accreditation is not only the implementation of a quality management system, but it provides that the medical laboratories are technically competent and are able to generate medical valid results. The CAP's requirements in some instances go beyond those set forth in CLIA (law for laboratory medicine in the US) and its accompanying regulations. The CAP was established in 1962 and, at present, CAP-accredited laboratories include about 6000 institutions all over the world. CAP Laboratory Accreditation Program checklists are posted on the CAP Web site. They are very helpful to laboratory staff for self evaluation. The Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) has assembled a collection of documents which are most referenced in the CAP's checklists. This collection (SC31) includes documents on statistical quality control, safety, blood collection, reference intervals, proficiency testing, culture media, and prothrombin time tests, as well as on developing a technical procedure manual. The US-based CLSI (formerly NCCLS) has functioned as the secretariat for the preparation of the international accreditation standard of ISO 15 189.

In Turkey, the KBUDEK is an external quality control program of the KBUD and has the programs of biochemistry, immunoassay and toxicology. Since interlaboratory comparison and proficiency testing is voluntary in Turkey, limited number of laboratories is involved in those programs. Although some of clinical laboratories have been accredited according to ISO 15189, HQS (Health Quality System, UK) and/or JCI (Joint Commission International) in Turkey, their number is limited. It is an obvious need to make intensive regulations governing the management or quality of laboratory practice. A system including laboratory licensure, accreditation, certification and proficiency testing has to be introduced to provide recognition to those who conform to acceptable standards. The current international requirements may be too stringent for the vast majority of existing labs in the short term. It is necessary to evolve a system by which such medical laboratories can be included in a simpler quality assurance program and then, gradually brought up to international standards over a period of time.

BLOOD SAFETY AND PATIENT SAFETY IN BLOOD BANK

Assoc Prof Dr Mustafa Altindis

Afyon Kocatepe University, School of Medicine, Director of Blood bank, Afyon/Turkey

Blood products using in transfusion medicine are still obtained from human. This status may cause serious reactions, which sometimes are lethal, due to immunohematologic events and infections. The aim in blood banking is to reach the use of safer blood with zero error and maximal reliability in both production and applications.

Patient safety is an important issue in increasing the quality of health services world-wide. World Health Organization (WHO) has initiated the process required to build up global rules and standards, one means to ensure patient safety is providing safe blood. This is an important step towards prevention of infections by transfusion. Thus, all countries must take all the precautions to ensure the safety of all the patients receiving blood and/or blood products. To this end, in every country, information on unexpected and undesired effects of blood transfusion should be collected and stored, and associated problems should be solved through haemovigilance organizations. Haemovigilance organizations should cover a time span from the follow-up of the undesired effects in the patients with blood transfusion and selection of the donor, to the whole transfusion process throughout which undesired effects could be experienced anytime. Haemovigilance organization should be the duty of the national authority that is responsible with blood safety. Haemovigilance network should be a component of the communication chain among hospitals, blood centers, and the national authority.

In 2002, WHO started to use global data base in view of all of these points in order to determine the unexpected and undesired effects of blood transfusion. In this program, there are four main topics;

1. A network between national blood transfusion services and coordination with each other.
2. Obtaining blood products from volunteer donor and preparation by the most effective way
3. In whole donor bloods, always screening of infection agents transmitted by transfusion.
4. Performing of correct applications of transfusion and minimization of blood transfusions.

Firstly, to establish any faulty blood product, all steps from phlebotomy to stage of production and storage conditions must have been checked. The records must be examined. In case of any defective product, utilization of this product must be prevented and great attempt be exerted to stop repeat same errors. All steps including production and clinical introduction must be checked in directions of feedbacks coming from clinicians. Therefore haemovigilance should be recorded and followed-up.

Therefore; in the blood bank;

1. Test sera should be stored as control samples for at least one year
2. Transfusion procedures should be monitored by transfusion progress forms.
3. Immunohematologic tests should carefully be done with details
4. Some curtain centers on antibody screen should be exist (available)
5. Transfusion committees should act systemically in harmonious with national supervisor offices.

When all these determined steps are carried out in nationwide, best quality blood products in world standards, transfusion procedures applied with least mistakes and possibility of reliable treatment to patients will be provided.

QUALITY AND CONTINUAL IMPROVEMENT OF MEDICAL LABORATORIES

Dr. Serap ARIKAN,

Director, Baskent University Alanya Research and Application Center Clinical laboratories

Quality control in medical services due to the consumption at the moment of production, not being able to store, unable to examine and test in every stage of production it has a special procedure.

The most important factors in this field is training of the medical personnel, producing the correct results within the lowest costs, correct interpretation of the results, and verification of the institutions that has paid for the services.

The most important rule in rendering medical services, the practice should be proven to be effective, continuous and used by every participant.

Quality management methods and tools will provide systematic construction to provide observation, reach ability, and reliability in institutions.

Since it is directly related with human health and being non-recyclable, everything along with doctors, nurses, laboratory, supportive services and all input should be in quality.

In clinical laboratory every item in process will effect the benefit of the patient starting from requesting the test until using the results for treatment.

Many interactive processes take part in the quality event like preparation of the patient, taking and storing the sample, analyzing, taking the results, transferring them to patients report, and using the results for patients favor.

Analytic quality management that includes analytic procedures is being effected by pre-analytic and post-analytic factors that involve clinical quality management and finally quality of the hospital services.

When considering the effects of the knowledge and sufficiency of the workers, equipment and used material, data retrieved from clinical laboratory can be used in measuring performance of many procedures.

CONCURRENT ORAL PRESENTATIONS (English-1)

Moderator: **Dr. Jarmila PETERČIKOVA PhD; Trnava University, Slovakia.**

Jarmila Pekarcikova, PhD.

Department of Public Health Faculty of
Health Care and Social Work, Trnava University
Slovakia

Young professionally qualified public health expert specialized in cancer, environmental and clinical epidemiology, environmental health and health impact assessment. International experiences stem mostly from projects: the Effectiveness of Health Impact Assessment and the Health Impact Assessment in New Member States and Pre-Accession Countries funded by EU - DG SANCO, the Breast Cancer case-study funded by the National Institutes of Health – Fogarty International Center, USA and the Global School Personnel Tobacco Survey in the Slovak Republic conducted by the Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA. In all of those projects I gained significant experiences in data processing and analysis, project design and management, reporting and curricula development.

1-CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT ACTIVITIES IN PRIMARY HEALTH CARE,

SERBIA CASE

Speaker : **Dr. Olivera M. ČIRKOVIĆ**, Director, Primary Health Care Services, Serbia

CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT ACTIVITIES IN PRIMARY HEALTH CARE, SERBIA CASE

Dr. Olivera M. ČIRKOVIĆ,

Director, Primary Health Care Services, Serbia

Strong primary health care system in Serbia is centre to improving health and reducing health inequalities between different groups. Primary Health Care Centers (PHSCs) cover a wide range of health's and preventive services, including health education, counseling, disease prevention and screening.

As a general practitioner in primary health care center, I deal with new paths in everyday work, according to new guidelines and directions we got from Ministry of Health.

According to tendency to improve patient's psycho-physical condition and, generally, quality of work and services, we created **Preventive Centers** in Primary Health Care Centers.

Aim is to enable community to shift the health and social protection and care of the patients from **the biological minimum** towards **the social minimum** by **strengthening Preventive Center in PHCCs in Serbia.**

Goals are:

- Establishment of a modern public health services, based on the rule of equity
- Rehabilitation and modernization of the existing health services in PHCC
- Fighting poverty and improving health and social conditions for the most vulnerable groups

Our objectives are:

- To create long term, strong partnerships between local governments, governmental institutions and non-governmental organisations
- Finding new ways to reach our vulnerable citizens in the community with essential services provided through Preventive Center
- Introducing the concept of *community based Preventive Center that serve population with limited access to health care* to other municipalities or region where those three sectors involvement is not normally considered

Preventive Center has four units:

- Unit for Education and Coordination
- Counseling Unit
- Mobile Unit
- Open line

Patient's socio-demographic, lifestyle, quality of provided medical services, such as patient's contentment to those services, but also their satisfaction with existing standards and services in primary health care centers we examine according to every new program we establish.

Results were unexpected and according to them individual work was adapted for every single patient.

For those reasons, active time for this kind of work should be prolonged and physician's work should be adapted according to existing situation.

DISEASE MANAGEMENT

Moderator: **Prof. Dr. Erdal AKALIN**, Executive advisor for medical and academic affairs at ACB Healthcare Group and ACB Univ

Speakers : **Prof. Dr. Erdal AKALIN**, Executive advisor for medical and academic affairs at ACB Healthcare Group and ACB Univ

Associate Professor Fahrettin TATAR, Director of Public Affairs and Policy, Janssen-Cilag

DISEASE MANAGEMENT

H. Erdal Akalın,

Acbadem Sağlık Grubu, İstanbul

Disease management is a comprehensive, integrated, and multidisciplinary system designed to optimise clinical and economic outcomes of a specific disease through the development and the implementation of preventive programs, diagnostic procedures, treatment protocols, and customized services for both, the health care providers and the health care receivers. It is an information-based process involving the continuous improvement of value in all aspects of care. It aims to increase cost efficiency in healthcare delivery by taking a holistic approach to the treatment of a particular disease.

Disease management seeks to:

- Encourage prevention
- Promote proper diagnosis and treatment planning
- Maximise clinical effectiveness
- Eliminate ineffective or unnecessary care
- Use only cost-effective diagnosis and therapeutics
- Maximise the efficiency of care delivery with appropriate standards of quality
- Continuously improve the results of the process and the process itself.

DISEASE MANAGEMENT: CONCEPT, NATIONAL HEALTH CARE SYSTEMS, IMPACT ON COST AND QUALITY

**Associate Professor Fahrettin TATAR,
Director of Public Affairs and Policy, Janssen-Cilag**

The presentation aims at emphasizing the role and significance of disease management in various national health care systems particularly for its impact on cost and quality of care.

Disease management is on the rise not only in the number of stand-alone programs but also in the number of nationally or sub-nationally initiated programs. Its success in the management of increasing national healthcare expenditures against the onset of changing disease patterns is widely debated. The aim here is to shed light on this significant debate not only from a cost management perspective but also from an overall health care quality perspective. Examples are from various established national health care systems such as Germany, UK, Spain, and USA but the case for Turkey is also discussed. These national cases would be preceded by an introduction on the potential that disease management holds for improving community health status and health economics where international experience is drawn upon.

PATIENT AND EMPLOYEE HEALTH AND SAFETY

Moderator: **Prof.Dr.Nazmi BİLİR**, Hacettepe University, School of Medicine, Department of Public Health, Ankara

Speakers : **Prof. Dr.Nazmi BİLİR**, Hacettepe University, School of Medicine, Department of Public Health, Ankara

Expert Kaya KARS, TSE, Director, Mediterranean Regional Office

Prof.Dr.Seval AKGÜN, Başkent University Hospitals Network, Chief Quality Officer

Türkan DOĞAR, Universal Hospitals Group

PATIENT AND EMPLOYEE HEALTH AND SAFETY

**Prof. Dr. Seval Akgün
Başkent University Hospitals Network, Chief Quality Officer**

Safety is the basic principle and a critical component of quality management and patient safety and employee have become a major preoccupation in health care systems. It is often measured through rates of adverse events. Indeed the problem of adverse events in health care is not new. Studies as early as the 1950s and 1960s reported on adverse events, but the subject neglected. For instance, The Institute of Medicine (IOM) report estimated that "medical errors" cause between 44 000 and 98 000 deaths annually in hospitals in the USA more than car accidents, breast cancer or AIDS. Most of the current evidence on adverse events comes from hospitals. Based on these findings, almost every tenth patient suffers from adverse effects related to care in hospitals, and those halves of these problems are preventable.

In this workshop we will discuss the patient safety, the components in developing a healthy atmosphere which ensure safety for patients and employee at health care facilities, the international Patient Safety Goals, which already became a separate chapter in the new version of JCI accreditation system employee health, main causes and disease seen among health professionals and some models and standards which will prevent employees from those hazardous and conditions

O.H.S.A.S. - OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ASSESSMENT SERIES

Expert Kaya KARS,
TSE, Director, Mediterranean Regional Office

As we all know, the purpose of occupational safety are to prevent the employee health, increase the safety of production, ensure the safety of the organization and assess the possible risks that could threat the employee health. In this presentation the participants will learn;
Occupational Health and Safety Management Systems — Specification

- Occupational safety
- Employee safety
- Institutional safety
- Production safety

DRUG SAFETY

Moderator;
Speakers :

Prof. Dr. Semra Şardas, Marmara University, Faculty of Pharmacy Toxicology Dept. İstanbul
Prof. Dr. Semra Şardas, Marmara University, Faculty of Pharmacy Toxicology Dept. İstanbul
Associate.Prof. Dr. Ahmet AKICI, Marmara University School of Medicine, Department of Clinical Pharmacology

THE IMPORTANCE OF PHARMACOVIGILANCE IN PATIENT SAFETY

Prof. Dr. Semra Şardas
Marmara University
Faculty of Pharmacy, Toxicology Dept.
Pharmacology

Assoc. Prof. Dr. Ahmet Akıcı
Marmara University
Faculty of Medicine, Dept of Pharmacology and Clinical

Pharmacovigilance is the process of i) screening medicines as they are used in everyday practice and in clinical research to identify previously unrecognized or changes in the patterns of their adverse effects, ii) assessing the risks and benefits of medicines in order to determine what action, if any, is necessary to improve their safe use; iii) evaluating the drug safety at the national and international levels iv) providing information to users to optimize safe and effective use of medicines v) monitoring the impact of any action taken. This multidisciplinary working area includes pharmacology, toxicology, public health and all other drug related scientific branches including the regulatory health authorities and other establishments. New drugs are only marketed after carefully controlled clinical trials have shown them to be sufficiently safe and effective, but this system does not have enough sensitivity for the detection of adverse events that appear only after the uncontrolled use of the marketed drug in large numbers of heterogeneous patients, in contrast to the carefully controlled use in limited numbers of relatively homogeneous patients enrolled in trials. For example, a meta-analysis survey conducted in USA demonstrates that 6.7 % of inpatients have serious adverse drug reactions and about 100 000 deaths per year occurs with an increased economical health expenditure for the treatment of these reactions. It should be well known that, drugs used without applying the pharmacovigilance rules, will seriously threaten the patient safety. Although, drug candidates are well researched for their safety during the clinical trials in pre-marketing, many factors influence patient safety as drug related problems in post-marketing periods. Therefore, drugs should be closely monitored by internationally-integrated-national pharmacovigilance systems after post-approvals. The terminology used for drug safety, the new establishment and the management of pharmacovigilance system at the Turkish Ministry of Health, the factors effecting the increase of adverse drug reactions, contributions of the whole health sector will be discussed during the course of the panel.

HEALTH INFORMATION SYSTEMS AND ACCREDITATION IN HEALTH CARE

Moderator;
Speakers :

Prof. Dr. Osman SAKA, Akdeniz University School of Medicine, Department of Biostatistics and Medical Informatics
Prof. Dr. Osman SAKA, Akdeniz University School of Medicine, Department of Biostatistics and Medical Informatics
Salih GÜREŞ, Director, Tepe Technology

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT SYSTEMS AND QUALITY

Prof. Dr. Osman SAKA
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Biyostatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı

Social dynamics are rapidly changing and developing in this millennium. The effects of these changes are also visible in health care services. At the beginning, the changes appeared in the quality of demand. Afterwards, this shift in demand structure also determined the overall concept of quality in health care services.

The concept of quality in health care services may trigger different perceptions among individuals. However, it is possible to sum up the generally accepted quality indicators in health care sector as;

- Getting the service in right place and right time,
- Getting the service which is assured to be confidential and private,
- Getting the most secure service which minimizes the rate of preventable errors,
- Not suffering from any of the related applications,
- Getting the service which is patient-oriented and focused to the outcome.

In order to achieve high quality health care services which include all of the quality indicators mentioned above, following conditions must be satisfied;

- Knowledge, skill and competence of the health care workers must be sufficient,
- Diagnostic and therapeutic equipments must be high quality,
- Work processes and systems must be high quality,
- Individuals and information systems must be interoperable for communicating and sharing the knowledge.

No matter which description we use, the crucial point is; how we decide all these indicators? Are we able to measure them? Major requirement of providing high quality health care is to have good quality indicators. Thus, in order to produce good health care service, we have to measure the basic indicators mentioned above. For this purpose, all the collected data must be consistent, high quality, complete, unbiased, reliable and up-to-date. This can only be achieved with the effective use of information technologies.

It is important to emphasize that it is not always true to say the high technology health care organizations provide better quality care service compared to the others. Technology is an instrument. The way of utilizing this instrument and providing high quality health care service is to generalize the understanding of quality among all the actors of health care organization and to strive for getting most out of the technology.

As a consequence, there is a need for change in mentality of service, notion of quality and health records concepts in health sector and information technologies must be the basic mediator for all these changes. It is inevitable for every individual and organization in the sector to understand and adapt to this change for a high quality health care service.

MOUWASAT HOSPITAL SUCCESS STORY TOWARDS ACCREDITATION

Moderator;
Speakers :

Eman DARWİSH, Mouwasat Hospital, Director Performance Improvement Department – Damman –Saudi Arabia
Eman DARWİSH, Mouwasat Hospital, Director Performance Improvement Department – Damman –Saudi Arabia

Eman DARWISH,
MOUWASAT HOSPITAL
SUCCESS STORY TOWARDS ACCREDITATION

The main objective of Joint Commission International Accreditation (JCIA) is to continuously improve the quality level of healthcare organization, by introducing International Standards cover patient safety goals, clinical standards and management standards. Mouwasat Hospital in preparatory staff Accreditation and after accreditation has a progress in performance of significant different area. The impact of JCI standard implementation mainly on the organizational excellence, leadership and management performance, quality improvement and patient safety, patient satisfaction, documentation.., etc. Mouwasat hospital carried the commitment to quality by building strong reporting system, identify opportunities for improvement and prioritizing patient safety in design or redesign any hospital process. In addition, built 104 measure assembled different dimensions of quality safety, effectiveness, timeliness, efficiency...etc. Mouwasat hospital after one year from accreditation become a model in healthcare quality among hospitals in Saudi Arabia and in Gulf Areas .

HEALTH-CARE ASSOCIATED INFECTIONS

Moderator: **Prof.Dr.Yeşim Çetinkaya**,Hacettepe University, School of Medicine, Infectious Disease Department, Ankara
Speakers : **Prof.Dr.Yeşim Çetinkaya**,Hacettepe University, School of Medicine, Infectious Disease Department, Ankara
Associate Prof. Dr. Dilara Inan,Akdeniz University School of Medicine, Infectious Disease Department, Antalya

DEVELOPING CLINICAL GUIDELINES AND CLINICAL PATHWAYS

Moderator: **Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI**, Akdeniz University, Dean, School of Medicine
Speakers : **Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI**, Akdeniz University, Dean, School of Medicine
Prof. Dr. Fevzi Ersoy, Akdeniz University, School of Medicine
Assoc. Prof. Oktay Eray, Akdeniz University, School of Medicine

Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI
From Clinical Guidelines to Clinical Pathways in Endocrinology
Example; Type 2 Diabetes Mellitus;

SUMMARY : Clinical Pathways are one of the main tools used to manage the quality in healthcare concerning the processes standardization. It has been proved that their implementation allow to reduce the variability in clinical practice. Clinical pathway concept appeared for the first time at the New England Medical Center (Boston,USA) in 1985.

Using diabetes mellitus as an example, I present a method for developing and implementing clinical pathways, and algorithms and describe the creation of systems to measure and report processes and outcomes that could drive quality improvement in diabetes care.

CLİNICAL PATHWAYS İN HYPERTENSION

Prof. Dr. F. Fevzi Ersoy
Akdeniz University Medical School Antalya

1 billion people worldwide have HTN. This would indicate that 1 of 4 hospitalized patients has HTN of some degree. The clinical significance of HTN ranges from it being an innocent bystander to hypertensive emergencies mandating immediate therapeutic intervention. Most guidelines for the management of HTN address HTN management in the outpatient setting and skirt the issue of HTN in hospitalized patients. Small number of studies are available for recommendations for the initial assessment, diagnosis and treatment of patients with hypertension. First step in the management of a hypertensive patient is the assesment of the severity of the hypertension. After excluding neurologic, aortic, cardiac, renal, or endocrine causes of acutely elevated BP we should provide an algorithm for the use of preferred pharmacologic agents A meticulous history and physical examination may give us some clues as to both the signficance and the etiology of the patient's HTN. Furthermore, specific symptoms and signs may suggest target organ disease and/or compromise. These include but are not limited to chest pain (ACS or acute aortic syndrome), back pain (acute aortic syndrome), dyspnea (pulmonary edema or AHF), and neurologic syndrome such as seizure, loss of consciousness, or focal neurologic deficits.

CARE QUALITY MANAGEMENT WITH CLINICAL PATHWAYS IN CORTEX A RUSSIAN IMPLEMENTATION

CARE QUALITY MANAGEMENT WITH CLINICAL PATHWAYS IN CORTEX A RUSSIAN IMPLEMENTATION

Elena Polubentseva MD, PhD
MOSCOW STATE UNİVERSİTY

Russian Ministry of Healthcare sees quality as a key issue of healthcare in Russia. One of the mechanisms used for controlling quality is mandatory use of clinical pathways. MoH created a taskforce that develops and publishes clinical pathways (over 700 pathways have been published since 2004). A pathway published by the MoH sets an official minimal standard of care that all hospitals, policlinics and other healthcare institutions must follow (they can also exceed the requirements).

Some Russian regions (notably Moscow) require hospitals to explicitly state the clinical pathway that was used for patient treatment and variations from the pathway in the discharge letter. Pathways are also extensively used in auditing cases complained about by patients. Clinic of New Medical Technologies supports use of clinical pathways through information technology. A number of pathways have been developed and coded into clinic's information system which then offers an appropriate pathway to the doctor responsible for a patient. Clinical pathway in the system provides the doctor with a template for preparation of patient care plan. The system detects differences between orders recommended by the pathway and actual orders made by the doctor and asks the doctor to provide explanation of the variance. Clinic's management has information about degree of compliance to clinical pathways for each patient, so that management attention is focused on most problematic cases. At discharge the system creates a report that lists variations of actual treatment from pathway along with reasons for these variations. Report also includes list of quality indicators. A regular analysis of aggregate pathway compliance data provides an important input into pathways revision and update process. The described approach to care quality management is now also being tested at Chukotka regional hospital.

BUILDING QUALITY MANAGEMENT PROGRAM IN HOSPITALS STRATEGIES FOR SUCCESS

Moderator; **Jafar ABU-TALEB . MD, CPHQ, JORDAN**

BUILDING QUALITY MANAGEMENT PROGRAM IN HOSPITALS STRATEGIES FOR SUCCESS

Jafar Abu-Taleb .MD, CPHQ

Director of Quality Management and Accreditation Section
Healthcare Management Consulting Services - HMCS

A. Workshop description:

Hospitals across the world are searching for way to improve quality of care, and promote effective quality improvement strategies, in this workshop; participants will have guidance and action steps to help hospitals to move in the right direction, to promote operator use of policies and tools that enhance quality and quality improvement in hospitals.

In this workshop we will describe the steps in building quality management programs, and also the key ingredients that have contributed to the success of quality improvement strategies

B. Workshop Goal :

At the end of this workshop the participants will be equipped with the knowledge, skills and tools necessary for them to start reviewing, educated and start building quality management programs in their hospitals.

C. Workshop Objectives:

At the end participants will know how to evaluate and utilize the following success factors:

2. Developing the right culture for quality
3. Attracting and retaining the right people to promote the quality
4. Revising and updating the right in-house process for quality improvement
5. Giving staff the right tools to do their job

The Participants will retain to their hospitals with the following:

1. Strategies and steps to create quality cultures
2. Skills on how to develop hospital wide quality management plan
3. Skills on how to developed departmental quality management plan
4. Tools to assist risks at each unit and steps
5. Tools to prioritize high risk areas
6. List of resources need to implement quality management program
7. Quality management assessment and planning tools
8. List of the needed policies and plans to implement quality management program
9. List of performance improvement indicators applicable for their hospitals

D. Training/learning methods:

- ❖ Illustrated lectures and group exercises, including case studies
- ❖ Completion of action plan for facility application
- ❖ Guided practice in developing and using quality improvement tools for the facilities

EFQM EXCELLENCE MODEL AND ITS PRACTICES IN HEALTH SECTOR

Moderator;

Dr. Aydın KOSOVA, National Quality Award, Secretary, KALDER

Speakers ;

Celal Seçkin, Managing Director, Seçkin Consultancy and Training Co. Ltd

Mehmet Aydın, Kadıköy Şifa Health Group

Dr. Aydın KOSOVA,

KALDER – Ulusal Kalite Ödülü Sekreteri

THE WAY TO ORGANISATIONAL EXCELLENCE: EXPECTATIONS AND SURPRISES

Celal Seçkin,

Founding Partner, General Manager, Seçkin Consulting and Training Co. Ltd.

- Introduction to EFQM Excellence Model
 - European Foundation for Quality Management
 - EFQM Excellence Award and assessment methodology
- Fundamental Concepts of Organisational Excellence
 - Customer focus
 - Leadership and consistency of purpose
 - People development and involvement
 - Management by processes and facts
 - Partnership development
 - Corporate social responsibility
 - Results orientation
 - Continuous improvement, innovation and learning
- Goals, Expectations and Surprises on the way to Organisational Excellence
 - Aim or Tool?
 - Organisational Culture and Values
 - Role of Leadership
 - Employees' Role
 - Partnerships and Total Value Chain
 - Management by Processes
 - Continuous improvement philosophy

EFQM EXCELLENCE MODEL AND ITS PRACTICES IN KADIKOY SIFA HEALTH GROUP

Mehmet Aydın,
Kadıköy Şifa Health Group

There is a new vision in health services with ongoing technological improvements. Health organizations develop new management systems which are providing patient satisfaction by removing errors. This makes them to work more efficiently with lesser cost.

In this session Kadikoy Sifa Health Group which implement Excellence Model system will share their experiences. Challenges that they met and good practices about processes and efficient usage of human resources that they use to fight this challenge will be taken up.

QUALITY IN HEALTH CARE AND ISO STANDARDS

Moderator; **Atakan BAŞTÜRK**, Executive Secretary, TURKAK
Speakers : **Atakan BAŞTÜRK**, Executive Secretary, TURKAK
Mesut DURU, TSI, Directorate of Planning and Coordination, TSI, Turkey
Feyzullah ERDOĞAN, Personnel Certification Manager, Personnel And System Certification Center, TSI, TURKEY

Atakan BAŞTÜRK,
Executive Secretary,
TURKAK

INTEGRATED MANEGEMENT SYSTEM APPLICATIONS IN HEALTH ORGANIZATIONS

Mesut DURU
Turkish Standards Institution
Director of Planning and Coordination Dept.

As is in most of the leading companies in the world, the spread of Integrated Management Systems applications also in Health Organizations do not only affect stakeholders in a positive manner but also contribute to fulfill social responsibilities of these organizations affirmatively.

Health Organizations carry out TS EN ISO 9000 Quality Management System activities to realize the purposes such as customer satisfaction, effective and efficient management; and continue with TS EN ISO 14000 Environmental Management System standard in order to practice social responsibility, healthy environment, waste management, health safety.

As well as these two management system disciplines published by ISO and practiced by almost all leading companies in the world, by the implementation of TS EN ISO 22000 Food Safety Management System standard (published by ISO in 2005) in health organizations; it is assuring safety of food served to patient relatives and hospital staff is aimed. The safety is concerned with food control, hygiene, serving proper food to due, and other criteria. Another standard to be discussed in the scope of Integrated Management System is TS 18001 Occupational Health and Safety Management System (OHSAS) standard. Determining all potential dangers, analyzing risks, taking cautions against high risks either patients or staff or ones who visit hospital for any reason in the health organization are concerned with OHSAS.

ISO 27001 Information Management System is another standard published by ISO taking part in integrated management system. This standard includes providing safety and protection of all patient information in a suitable form in the health organization. This issue is also valued from the point of patient rights.

Of all these management systems when integrated and performed in a particular discipline will undoubtedly add value to the organization.

PERSONNEL CERTIFICATION ACTIVITIES IN HEALTHCARE

Feyzullah ERDOĞAN,
Personnel Certification Manager,
Personnel And System Certification Center, TSI, TURKEY

Effective use of information is one of the most significant criteria for a society to advance in all aspects. People, producing information, should follow the innovation, improve themselves and produce new ideas in this process at every single moment. Therefore, investment on human resources means investment to the future. Each state, aiming to advance by taking its strong foundation as a basis, features investment on human resources. In this whole process, categorization of persons producing information with respect to several qualifications and certification according to these qualifications arise as a significant necessity for todays societies.

At this point, certification activities of Turkish Standards Institution initiated with certification of Professionals, System Managers and Auditors in Quality, Environmental, Occupational Health and Safety and Food Safety Management Systems according to Personnel Certification Scheme of European Organization for Quality (EOQ). With the establishment of Turkish Accreditation Agency in 2001, Turkish Standards Institution has been approved as an accredited body in their Personnel Certification activities in EOQ Personnel Certification categories and in other

occupational standards according to TS EN ISO/IEC 17024 "Conformity assessment – General requirements for bodies operating certification of persons" since 2002.

Personnel Certification activities of Turkish Standards Institution in Healthcare carry on in parallel with attempts made for establishment of Management Systems by Healthcare enterprises via certification of healthcare personnel as Quality Systems Auditors and Quality Systems Managers in accordance with TS EN ISO/IEC 17024 "Conformity assessment – General requirements for bodies operating certification of persons". In healthcare sector, 30 Nurses, 50 Doctors, 20 Administrative personnel and 10 Laboratory technicians have been certificated as Quality Auditor and 20 Healthcare personnel have been certificated as Quality Professional and Quality Systems Manager till 2008 by Turkish Standards Institution.

Moreover, it is planned to initiate personnel certification in 2008 in Quality Systems Manager in Healthcare and Quality Systems Technicians in Healthcare categories according to EOQ Personnel Registration Scheme.

Training of personnel and personnel certification activities in healthcare sector at every stage (continuous improvement and maintaining sustainability, testing and using assessment tools, diagnosis, therapy, care, service and training research activities providing tracing health conditions and prevention of illnesses) provide contribution to enhance the capacity in order to meet the needs and the expectations of patient/customer, healthcare enterprises and other relevant parties and raise the conscious of the healthcare personnel in cases such as responsibility perception, performing effective and accurate service, protection of confidentiality, conformity to the widely accepted standards, improving communication skills, determination of resource needs and their effective utilization

ORAL PRESENTATIONS

PERSONEL IMPROVEMENT FOCUSED EDUCATION MODEL AND THE RESULTS IN IMPROVING PERCEPTIVE SERVICE QUALITY

Esra TURGUTOĞLU,
Kent Hospital, Izmir, Turkiye

Aim:The aim is that to improve perceptive service quality and gain positive impact on the patients, for staff that have face to face communication with patient, a methodology based on improving communication skills and evaluation is being used.

Method: A model consists of education, measurement and evaluation developed within the Kent Hospital is called "AkademiKent". All the processes are designed according to the International Accreditation Standards and they are also planned to focus on patient safety. While designing and implementing processes/systems the department that will conduct the model is human Resources which is the focus of the whole system.

Summary:In Kent Hospital, improving perceptive service quality is determined as a goal according to the continuous improvement methodologies, periodical system performance evaluations and patient satisfaction survey.

By looking at the effecting factors for dependence of staff and patients, beside the corporate image in confidence, technical infrastructure, level of knowledge and ability, in the meaning of health service human relations has the second place of priority compared with the care service given by nurse and physician.

Main group has been defined as the staff having face to face communication with patients and AKADEMIKENT has been developed as a education, measurement and evaluation model.

- Gradual education system has been developed for the staff that is involved the project,
- For the each group member, Akademikent credentials the related educations that will take role for achieving this purpose has been defined,
- Target groups and their educations content have been defined and applied to those groups,
- The expected behaviors identified by the assignment based methodologies measuring various resources by using rational approach,
- Polyclinic surveys, secret customer assessments, staff assessments done by themselves, internal customer assessments, physician assessments, team member assessments, coaching assessments, feedback interview information of the patients has been made in three periods by using measurement and evaluation mechanisms.

Coaches are worked for the purpose of improving staff's personal development and professional life and their profile as a staff. Evaluation results are being sent to unit managers and coaches as a feedback. According to these results staff's next step educations are defined. Results are also used for carrier planning.

As a conclusion, to support personnel improvement for identifying credentials and multi source measurement related with the rational approaches and evaluation methodologies are being used.

Results: Greeting by telephone increased from 27% to 50%, assistance through phone calls increased from 70% to 84%, using trustworthy voice increased from 63% to 91%, being polite during the phone calls increased from 79% to 88%, when the first and the last 6 month period of the year considered, although the results might vary among departments, concerning, politeness behaviors shown to the patients rationale is between 10% - 24%.

Conclusion: Since the project has been implemented, the results of the patient surveys shown positive impacts on concerning, informing, politeness, knowledge and ability, work speed on patient services.

SAĞLIK BAKANLIĞI KALİTE GELİŞTİRME VE DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ İLE ISO 9001:2000 ENTEGRASYONU

Uzm. Ümit Sahin TAM-MED Hastanesi Kalite Koordinatörü
Yard. Doç Dr. Nejat DEMİRCAN Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

SUMMARY : The main aim of the health systems in today's world is the provision of highest quality of health services at possible least cost and highest outcome. In order to reach this goal some improvements for renewal of coordination and analysis in health system should be achieved. The basis of these achievements can be underlined as Donebedian stated: the main responsibility of a health organisation is to compile and provide a new health service science and technology that obey the productivity as well as activity. It is time to invent and teach an extremely mean even tight health service science. So the principles of this new science should put forth its roots that an insufficient care will be blamed as much as an ineffective one (1).

The basic goal of the present work is to share our opinions on the integration of ISO 9001:2000 and the Quality Improvement and Evaluation Criteria of the Ministry of Health of the Turkish Republic.

Key-words: Quality, accreditation, patient's rights and responsibilities

NATIONAL ACCREDITATION SYSTEM FOR HOSPITALS

Salih AYVAZ,Ulusal Hastane Akreditasyon Derneği Yönetim Kurulu Başkanı

Thesis Abstract or Dissertation Abstract (Summary):

It is purposed that National Accreditation System is established and implemented for providing the continuity of the quality of health service by improving and increasing the confidence of our people about it.

National Accreditation Association for Hospitals predicates on "The Ministry of Health Improving the Corporate Quality and Assessment of Performance of Hospitals" and it's attachments for identifying the health service standarts. The Committee which makes standards is conducting performance for healing and improving the current application of Natioanl Accreditation Standards, technology and management model.

UHAD presents an objective accreditation period that is based on national health service standards.The standards are based on the quality management and the continuity of quality system principles.Organizations which seek accreditation must meet the requirements of UHAD standards.UHAD has a confidential and objective certification period an the final decision is given by UHAD Accreditation Committee

ACCREDITATION STANDARDS

Gökhan AKBULUT, Afyon Kocatepe University

Aim: The aim of this study was to determining strong and failed sides of accreditation, patient safety, care in a young university hospital which is under construction period.

Method: This study was performed by quality council member of Afyon Kocatepe University Hospital under the view of ISO 9001/2000 chief inspector between the dates of October, 1st-30th-2007. Health service scored according to the Ministry of Health Quality Improvement and Performance Evaluation Instructions (QIPEI).

Results:

Table 1. QIPEI Criteries	Score
In-Patient Care	91
Out-Patient Care	86
Infrastructure and Process Evaluation Criterion	76
Productivity	81

Table 2. Accreditation Standards	Evaluation
Reaching the service	Moderate
Patient Rights	Good
Patient Education	Poor
Management	Moderate
Infection Control	Good
Safety	Moderate
Data Management	Moderate

In conclusion, In patient satisfaction was good according to the patient satisfaction query. High education level of health personnel and good cleaning service could effect that. The member of quality council declared that infrastructure and process evaluation criterion was moderate. A functional and new building project is needed. Reaching the service was moderate and patient education was poor, the number of personnel should be increased. Beside that the score of productivity was 81, the council evaluation for the productivity was moderate. The demand to the university hospitals increased, because of social security arrangements in 2007. Providing better conditions and central resources (budget and personnel) by the young hospitals is necessary for the supply and productivity.

Patient safety and care standards of the hospital were compatible for national area, but for the international level, extra resources and personnel are needed.

WHERE IS QUALITY AND WHERE IS ACCREDITATION? (A WORKING ON KNOWLEDGE OF MANAGERS OF PRIVATE HOSPITALS ON QUALITY AND ACCREDITATION IN TURKEY)

DR M TANSEL TURAN,QUALITY COORDINATOR, MEDICANA HOSPITALS ISTANBUL / TURKEY

AIM: Private Hospitals in Turkey could be classified in many different ways.Health Ministry looks number of beds , doctors and laboratories ; Assosiation of Private Hospitals (OHSAD) suggest to look technical capacity and number of staff . And there is another anoymous classification done according to the hospital's district , prices and mostly brand value.Nobody knows who suggest this but most commonly believed classification is this.According to this classification hospitals are designed as A plus hospitals , B class hospitals and little hospitals.As a confusion everybody in health sector believes this classification.The common faith about the difference named as " quality difference " Nobody cares number of beds , staff , technical investments and etc everybody knows that its " difference of quality " Quality as a right only in their monopoly; look down on other hospitals out of their league which are applying for accreditation and if those were not enough they degraded the most important accreditation organization in the world.However , we know that the meanings of Quality and Accreditation are different than a perception of brand, that they are not about the shape of the doors and windows but their fuctions and safety.We also know that patient security should be regarded with the same importance as advertorials.Or do we really know ? The aim of this research is to estimate how much the Health Professionals know these.

METHOD AND FINDINGS: We send a questionnaire to the **100 directors from 32 special hospital.** (20 hospital from İstanbul , 3 from Ankara , 2 from İzmir , 1 hospital from Adana , Bursa , Mersin , Gaziantep , Antalya , Muğla and Konya) All of them have much beds from 50 and all of them are general hospitals.**24** of them (**% 75**) have quality certificate (JCI and / or ISO) or on last days before survey.

Distribution of those who answered the questionnaire was ; 4 President of Board (or owner of hospital) , 6 General Manager (or General Coordinator) , 16 Chief of Doctors , 14 Chief of Nurses , 18 Quality Coordinator ,10 Operational Manager , 16 Patient Rights Office Manager , 7 Finance Manager , 6 Purchasing Manager and 3 Night Manager are involved in investigation.

We ask 4 basic questions about Quality and Accreditation and results were appraised ;

Q1 ; it was asked that which of the health institutions could not receive a JCI certificate.% 56,3 of the participants (the majority) had answered that the outpatient surgical services wouldn't be credited and none of the 142 answers contained the choice of Dentel Hospital which couldn't have been credited since its standarts weren't even determined.

Q2 ; In the second question the main aim of quality systems was asked and only % 26 of the answers contained the right answer

Q3 was about administrative indicators and the 4th about clinical indicators.Only %12 answered Q3 correctly whereas those who gave the correct answer to Q4 were %21.

In none of the questions of the survey the mostly choices answer was the one designed as the right answer.This estimation remained constant no matter what the size and location of the hospitals were whether or not they were certificated how well the brand was known and what the participants occupations were.

CONCLUSION: Thinking that there are about 310 private hospitals in Turkey , this survey could be regarded as applied to %10 of all private hospitals.In this study it is clearly seen that our knowledge about Quality and Accreditation isn't very extensive , but rather limited and picked up here and there .The word " quality " is a totally different concept from " brand " and the misconceptions aren't about how big the brand is.If that wasn't the case , we wouldn't be coupling that patient folders were ours biggest concern whereas the quality staffs all around world were working about patient safety.

ASSESSING ACCREDITATION READINESS OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS: A TOOL FOR POLICY MAKERS AND PROGRAM IMPLEMENTERS

Author/s: Nadwa RAFEH (Abt Associates) & Segall, M. (IntraHealth International)

Abstract: Proposed as an Oral Presentation.

Objective: The purpose of this project is to help government officials/policy makers and donors better understand the nature of the accreditation process and assess the feasibility and likelihood of success of accreditation programs, and address and overcome the constraints for implementation.

Methods: Overview: To provide a framework for identifying factors and processes that should be in place before starting an accreditation program and determining the readiness of a country for an accreditation program.

Who Should Use this Tool? This assessment tool is intended for senior government officials and others involved in making and influencing the decision for the accreditation program. Types of organizations that might use it include: the national government, regional governments, professional associations, individual or groups of health care institutions, or an NGO.

How to Use the Assessment Tool?

Three parts have been developed for understanding and assessing readiness for developing an accreditation readiness program: 1) an overview of the characteristics of a successful accreditation program and key steps to develop the program; 2) framework for assessing the readiness of the health sector accreditation; and 3) Accreditation Readiness Assessment Tool

Part 1. Overview The need for assessing readiness before embarking on accreditation journey and the principles for successful program development are for an a

ccreditation program to be successful, the program must be accountable, credible, applicable, consistent, transparent, objective, and impartial of oversight. Too often, assistance has been directed toward the technical content of accreditation with less emphasis given to the political and organizational feasibility of such programs, resulting in uneven implementation and failure in some cases.

Part 2. Framework for Assessing Readiness of Health Sector for Accreditation: Three components are described that comprise the framework: 1) political/stakeholder analyses, 2) institutional analysis, and 3) resource analysis. Within each component, the related tasks are suggested that need to have been performed or put in place in order for the accreditation program to be successful and sustainable.

Part 3. Instructions and How to Use and Score Accreditation Readiness Assessment Tool: Interview questions have been developed for each of the three components: 1) stakeholder/policy analysis; 2) institutional analysis and 3) resource analysis). . Methodology for gathering the data concerning the analysis of the components include: stakeholder interviews, focus group, data and information gathering (reviewing documents, reports, and laws).

While each of the factors could be scored (for example, 0 – not present to 2 – very much present) a score is not the purpose. The qualitative identification of issues that impact readiness for accreditation is the purpose. Through discussion with a diverse set of knowledgeable stakeholders, issues will be brought and judgment will be required to determine if the presence or lack of presence of a factor impacts the likelihood of success and suggests actions that might be needed to increase the likelihood of success.

Results:We suggest that using this framework and engaging a group of diverse stakeholders will help to identify strengths and weaknesses in the health sector and specifically target constraints. It will help to policy makers, government officials, and donors understand the accreditation process and develop an effective strategy for the program within the context of a particular country. It will provide donor agencies with the data and information they need to decide on the feasibility of such programs for funding and identify technical assistance needed to ensure that the right resources are available and the right capacity is created and enforced.

Conclusions: Willingness to work with interested groups on site (at conference) to determine accreditation readiness or following conference

THE JOURNEY TOWARDS CLINICAL EXCELLENCE DISEASE SPECIFIC CERTIFICATION **King Hussein Cancer Center**

The Joint Commission's Disease Specific Care Certification is designed to evaluate disease management and chronic care services that are provided by direct care providers.

In line with the mission and strategic directions of King Hussein Cancer Center, the decision to achieve the Disease Specific Certification was initiated in September, 2006. A fourteen-month implementation plan was formulated accordingly whose mainstay was the employment of collaborative efforts to develop evidence based Clinical Practice Guidelines for the diseases treated at KHCC.

Through the Strategic Plan (2006-2009), KHCC has committed itself with a 3-phase CPG development process, by the end of which most of the diseases at KHCC will be treated according to evidence based Clinical Practice Guidelines.

KHCC was surveyed for the DSC on the 26th and 27th November and was awarded the certification accordingly with 2 measurable elements out of 127 scored as partially met. With this prestigious achievement, KHCC has become the 1st organization outside the USA and 6th in the world to be certified in Oncology by the Joint Commission International.

PROACTIVE STRATEGY TO MAINTAIN AND PROMOTE PATIENT SAFETY (KING HUSSEIN CANCER CENTER KHCC EXPERIENCE)

Maram KARKATLI, Nancy Atout

Maintain and promote patient safety is the main concern of the top proprietaries of health care organizations, King Hussein Cancer Center patient safety strategic plan is designed to maintain and improve patient safety, recognizing that effective medical/health care error reduction requires an integrated and coordinated approach.

Leadership assumes a role in establishing a culture of safety that minimizes hazards and patient harm by focusing on **processes** of care. The leaders of the KHCC are responsible for fostering this culture through their personal example; emphasizing patient safety as an organizational priority, providing education to medical and hospital staff regarding the commitment to maintain and improve patient safety.

The Proactive Patient Safety Strategy Focusing on:

1. Involvement of all KHCC Leaders in Patient Safety Activities as following:

- a. A multi-disciplinary committee (Performance Improvement and Patient Safety Committee) which is appointed by Director General to provide leadership to the patient safety initiatives throughout the organization (Representation includes a representative from each clinical department's performance improvement committees).
- b. Root Cause Analysis for sentinel events is the responsibility for the medical board members to conduct the final report and approved the recommendation in cooperation with the quality management and patient safety office.

2. Aggregate Data from Internal Observations and Data Collection.

Event reports, patient satisfaction report, suggestions and complaints boxes, performance measurement reports, sentinel events reports to be used for review and analysis in the prioritization of improvement efforts, implementation of action steps and follow-up monitoring for effectiveness **focusing** in the performance measures that related to **Patient Safety Goals**.

3. Adaptation of National Patient Safety Goals as Gaudiness for Patient Safety.

National patient safety goals 2008; have been adapted by the Performance Improvement and Patient Safety Committee to **identify** high risk process and improvement operations. Data regarding these goals will be collected on a going basis; the findings will be reported to the Performance Improvement and Patient Safety Committee for farther review guidance as often as needed.

4. PROACTIVE Performance Improvement Projects Related to Patient Safety Goals:

Due to improve the performance of the processes related to each patient safety goal, teams were formulated to work on these projects as continuing projects.

5. Continues Survey Readiness

Achievements:

1. Orientation and education programs for medical and non-medical staff including Patient Safety Topics.
2. 50% Increase in Event Reporting.
3. The following PI Projects are in continues monitoring and follow up:
4. Fall Down Project. 2. Pressure Sore Project. 3. Prevent Wrong Site, Side, and Procedure Project.
5. 80% compliance with patient safety goals requirements.

TQM IMPLEMENTATION IN HOSPITAL; A CASE STUDY IN ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

Mohammad Zayandeh (MD, MPH, CHQ)

Background: Health care organizations throughout the world are undergoing significant changes and the issue of health care quality management has drawn considerable attention from customers, policy makers and health care managers. The government's responsibility in public and private health care sector has increased and governments have acted to protect patients from poor quality health care its sequences. However, improving patient satisfaction and reducing or at least maintaining costs are perhaps the most important reasons for applying a systematic approach to quality in health care organizations.

Aim: In this paper a case study of TQM implementation in the Shahid Rajaee hospital, focusing mostly on creating readiness will be discussed.

Method: Since late 1998 we have decided to introduce concepts, principles, methods and tools of TQM to our health care system. In early 1999 a national quality improvement steering committee was established in ministry of health and medical education.(3) The committee, as a facilitating structure is supposed to set the ground, by means of training, directing, advocating and supporting the universities of health sciences for TQM implementations.

Wrong start and impatience will doom the TQM to failure. Most effective problem solving and process improvement will occur when the physicians, nurses and staff level employees who own the processes are given the responsibility to recommend and implement changes. These three groups have actively involved in TQM readiness activities at the Shahid Rajaee hospital. Shahid Rajaee hospital, established in 1974, is a 570 bed cardiovascular specialty governmental hospital and is a referral and teaching hospital and has 80 faculty, and 1700 staff. The hospital offers medical and surgical cardiovascular specialty care for patients.

Results:

TQM Implementation has:

1. Provided a common language about quality and quality management that is used as a basis of common understanding and as a means of effective communication among physicians and nurses and staff level employees.
2. Key persons in the hospital have learned a common and scientific framework for studying, monitoring, controlling and improving clinical and administrating processes in the hospital.
3. Increased the ownership of the hospital processes and facilitated teamwork between physicians, nurses and staff level employees.
4. Made it possible to understand that TQM is a comprehensive, effective and strong management strategy, and its implementation needs long range planning, time and patience.
5. Helped with gaining tens of experiences in training and process improvement.
6. Created positive attitude to TQM in a large number of physicians and nurses and staff level employees.
7. Provided a common ground for challenging the status quo and willingness for change in the hospital.
8. Provided a need for strategic planning and a team established and they prepared the strategic plan for years 2008 to 2011.

APPROPRIATENESS OF HOSPITAL ADMISSIONS IN GENERAL HOSPITALS IN EGYPT

Mahi Al-Tehewy*, Ehab shehad*, Maha Al Gaafary*, Mostafa Al-Houssiny*, Dena Nabih*, and Bassiouny salem **, Healthcare Quality Unit, Ain Shams University* and General Directorate of Quality, MOH, Egypt.**

Abstract : The aim of the current study was to measure the inappropriateness of admissions in three general hospitals in Egypt and determine the factors associated with inappropriateness. A total of 1191 admitted patients were concurrently reviewed for appropriateness of admission using the Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) for adult patients and the Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol (PAEP) for pediatric patients. Inappropriate admissions was noted in 66%-78% of admissions in the surgery department of two general hospitals compared to a rate of 2% in the third hospital which follow a specific admission protocol for elective surgery. The same pattern was noted in the department of Obstetrics, but the three hospitals showed comparable percentage of inappropriate admissions in the department of internal medicine (17-21%). The Pediatrics department showed the least percentage of inappropriate admissions in the three studied hospitals (0-2%). Multiple Logistic regression identified using protocol for admission of elective surgery and the route of admission as independent predictors for inappropriate admissions in the departments of surgery and obstetrics, while the route of admission was the only significant predictor in the internal medicine department. It was concluded that inappropriate admission is high in the surgical departments that need to have a protocol for admission of elective surgery and to have the physicians trained. In addition, emphasis on researches in hospital utilization and related interventions should have priority in the era of competitive health services.

DETERMINATION OF THE CAUSES OF REPORTED FALLS OF HOSPITALIZED PATIENTS

Utkutan Selvinaz, Vatansever Özgül, Kurt Seyyare Dokuz Eylül University Hospital/Izmir/Turkey

AIM : The classification of data collected about falls of hospitalized patients, the determination of risk factors, and the taking of measures to prevent the causes of falls.

INTRODUCTION : Falls occur as a result of an individual having any kind of exertion, syncope or fainting or inattention which causes them to unwillingly drop to a lower level. When an individual has more than two falls within the last year they are diagnosed as having had "repetitive falls" (1). The incidence of falls increases with age, the risk for falling is higher in those over 65 years of age. Other striking risks are gender and neurological illnesses. Falls are a dangerous and frequently occurring problem for hospitalized patients. Injuries that occur from falls decrease individuals' quality of life and have a negative effect on individual needs for care (2).

The risk factors for falls are those which are patient-related (lower extremity weakness, problems walking and with balance) and environmental causes (poor lighting, slippery floors, unsafe bathroom environment, not raising the side rails of beds). Taking precautions to prevent hospitalized patient falls is important for providing patients with a safe environment. The first step in preventing falls is the determination of patients' fall histories and risk factors.

METHOD: At Dokuz Eylül University Hospital a "Report of Patient Fall Form" is used to report a patient who has fallen. On the form there are places for patients' demographic information, the place, hour and location of the fall and how it happened, what interventions were done after the fall and determination of conditions that caused the fall. The study was conducted as a descriptive study with 76 reports of falls that took place from May 2006 to December 2007.

FINDINGS: Over half (55%) of the patients were over 65 years, 45% were under 65 years old, 66% were male, 34% were female, 70% of the falls took place at night and 30% in the daytime, 37% of the falls were from the patients' beds, 24% from the toilet, 17% in the hallway, 16% in the patient rooms, 3% in the bathroom, and 3% during radiology procedures.

RESULTS : The use of a standardized fall risk determination scale that has been developed for every hospitalized patient would improve the correction of environmental causes for falls obtained in the report results and would prevent falls by taking precautions.

REFERENCES

3. Voermans NC., Practical Neurology 2007;7;158-171
4. Briggs J., Rehab Management August/September 2005

RESPONSIBILITY OF MEDICAL PERSONNEL FOR ORGAN DONATION

Abdullah TURAN, Leyla GÜNEY, Halime YÜKSEL, Fatma TOKER, Kadriye AKŞİT, Türkan VARVAR, Meral ÇETİNKAYA ÖREK, Ertuğrul SARICA, Hacer Ceyhan KARA - Denizli Servergazi Hospital Of State

INTRODUCTION : The lack of amount of organ donation is the most important problem in organ transplantation in our country. In Turkey thousands of patients are waiting organ and tissue transplantation such as; kidney, liver, heart, cornea in Turkey. It's explained at the measurable components of 3rd item of JCI Accreditations Standarts, Chapter of Rights of Patient and Patient Relatives, medical staff must be educated for organ transplantation and patient relatives' choice of organ donation must be supported.

It's hard to get permission for the organ donation in the tragic moment of the relatives that are not informed before. The wrong and missing information and prejudice in the community must be exterminated with training. In addition, belief consciousness and support of medical staff is important for organ donation. The conscious personnel that support organ donation can communicate with the relatives of donors and get permission for donation.

The first aim of the study is, to acquaint medical staff about organ and tissue donation, and provide them for donation. The second aim is to show medical staff as a model for the community and to make people conscious about organ and tissue donation, to change wrong beliefs of people and to support people for donation.

METHOD : Organ and Tissue Coordinations that are constituted in every hospital with the necessity of instructions, have duties on making activities for increasing potential donor establishing, organizing campaigns for organ donation and training medical staff and public. In our

hospital, employees of coordination and volunteers have built a chamber of quality and realized the project. The study has contained Denizli Servergazi Hospital Of State, town hospitals and factories that have responded positively our demand of training . In the study, first of all an informative education has been made about organ and tissue donation and at the end of the training donations have been accepted from the ones who wanted to. Seminars were usually 20 minutes slideshows that had information about organ and tissue transplantation, face to face conversation and questionnaire to each one that has been educated. This study has two important differences from the other organ donation campaigns. First of all people have been educated and supported to donate after the seminar. The other difference is that medical staff have been shown as an example and in this way we have tried to make people conscious and participate.

CONCLUSION : Before the study the number of organ and tissue donation was 16 persons. Hospital staff are 671 and all of them were informed about organ and tissue donation training; at the end of the seminar 206 staff donated their organs. Total of 1051 of Health staff had a training in Denizli and its towns and in the end 384 staff donated their organs. From public 1475 persons were informed about organ and tissue donation training in the end 516 persons donated their organs.

It was observed that health staff that must have been leaders in organ and tissue donation weren't level of conscious as expected. It is known that religious beliefs, not knowing the difference between brain death and life without consciousness, organ trading and fear of organ mafia are dominant so health staff joined less to organ donation campaign.

After training a questionnaire of 5 questions was done and the thoughts about donating organs have changed. The team joined **Denizli Health Management Successful Team Award (SBEÖ)** contest by this study and won **Jury Encouraging Award**.

RESULT : According to Denizli Health Management registry, 295 persons donated in 2005 in the city, 271 persons in 2006. Although the study involves a short period of time (4 month) 10.09.2007- 31.12.2007- 2526 persons were informed and 900 donations took place.

HOME CARE SERVICE FOR THE BEDRIDDEN ELDERLY, DISABLE OR CHRONIC DISEASE PATIENTS

Hasan ÇALIŞKAN, Nalan GÖKALP, Kenan YILDIRIM, Yusuf POLAT, Gültekin ÖVET, Ramazan IŞIK, Hatice ŞİMŞEK

Denizli State Hospital /Denizli /Turkey

Aim:

- To decrease the duration of the patient staying in the hospital and the intensive care unit (ICU)
- To resolve the problem of finding an amply bed in the ICUs. (Some problems come out in our city. Some times, although the patient needs to be treated in the ICU, it becomes impossible to find an empty place in these units. . Our hospital, as it is the biggest hospital in the study, has to be a solution point. Although we have increased the ICU bed numb to 73 from 16, the problem is still continuing)
- To work out the hospital necessity of bedridden patients
- To increase the patient satisfaction
- To decrease the cost of the patient treatment
- To prevent the psychological trauma that is brought out of staying in a hospital
- To do away with the danger of catching an hospital infection in this work it has aimed to decrease %50 the number of application at foot of the bedridden patients to the health associations in three months and increase the number of the registered patient in the unit of the care at home to 250 patients unstill September of 2007 and include at least %100 of these patient to the unit of the care at home

Method : According to the work plan a lot of problem solution methods and the total quality management principles have been used. The team name determination "**HEALING WAYS**", present situation analysis, queries to improve were determined by brainstorming. It has found out by the telephone questionnaire how many times the patient applied for the health associations. By a telephone questionnaire, we learned how many times the patient attended in a 3 months-period before and after the registration in the "home care unit"

Results : The bad problem in the ICUs of our hospital is quite high (the bed fullness rate in the dense care service is %98 in 2006 (in researches it was defined that the bedridden care patients have stayed for a long time and this increased the fullness rate very much in the dense care services. The hospital infections are seen according to the normal services ten more times. According to the 2006 records, the hospital infections rate is 1.4% in the wards and 10.9% in the ICUs. The most important factor that decreases the infection risk is to decrease the time of staying. It was thought that at the end of following appropriate ones of these patients by the unit of the care at home the time of staying in the dense care service decreases and will be a moral reinforcement for the patient at the same time. Because of treating at home in addition it has been defined by our team that the main problem reaching to the head doctor assistants in the unit of the public relations is some difficulties that bedridden patients have while coming to the hospital it is thought that The relatives of these patients tried to have their medicines written before they brought their patients and they aren't legally helped and it is noticed that this problem has to solved. The "**HEALING WAYS TEAM**" that was founded in order to decrease the bed problem in the dense care services and treat and follow the bedridden patients at home from the 5 October 2006 and begun to work so that It plainly founded the unit of the care at home and offer service.

Conclusion : According to the questionnaire results that inquired with 50 patients in the unit of the care at home it was noticed %79 decrease in the number of patients that have applied for the health associations the number of registered patients to 338 and the number of the following patients to 148 reached in nine months if needs bleeding from patient it got them not to come to the hospital for examination. It was prevented the patients to come to the hospital because the doctor and nurse come to the house especially checking the vital founding's. (Pulsation, tension, fever, respiration) and there is a complaint then by the necessary treatment if needs the patient is sent to the specialist in the necessary satiations it is called 112 and the patient is taken to the hospital. Their wound dressings are done to the patients who need wound dressing in the define periods.

ADVERSE EVENT PROCESS OF KENT HOSPITAL

Elif OKŞAN

Kent Hospital, Izmir, Turkey

Aim: Kent Hospital was accredited by JCI in 5 – 9 June 2006 and established a process to define and evaluate the unanticipated adverse events including sentinel events, near miss events and events that would be reported by using incident reporting method. The intent of this process is

to focus to the system and processes in the hospital rather than blaming the staff and by the help of this approach to encourage staff to report adverse events to improve patient safety by using the data gathered.

Method: In the Kent Hospital, sentinel events are being assessed at the 'Sentinel Event Committee' which consist of an anesthesia physician, quality director and operations director. According to the type of the event, members of the committee perform a root-cause analysis about the event and complete it within 45 days. Incident events are being handled differently; a form is published at the Kent Hospital internal web site. This form includes the information about the event such as; "Date of the event, place of the event, Name - Surname of the person who does the reporting, brief summary of the event, amendatory action suggestions". The staff can also use a voice mail to report adverse events by dialing phone number 5555. Incident reports are being send to Quality Department immediately after, quality staff send the report to the related person to get his/her opinion and ideas about the event. While the report is being send to the related person, the name of the person who filled out the incident report is being erased from the document. All the incident reports and related opinions are being discussed at the 'Incident Report Evaluation Committee' which is consist of medical director, responsible physician for intensive care unit and operating room, chief nurse officer, an attorney of the physicians, operations director, quality director and quality supervisor. For the purpose of informing the person who filled out the incident report form, the decisions of the committee is being send to the related person.

Results: Total number of the incident reports filled was 161 between January – June 2006. This number was 144 between January – June 2007. When we compare the total number of the incidents being reported in the light of the annual education about the importance of incident reporting which took place by the lead of quality department; we come to the conclusion that the concept of the incident reporting was much more alike with the standards of JCI and the number of the incidents were increased. By the result of the committee studies, 3 existing procedure and 4 forms were revised which means that the process related with those procedures were also revised. As an example; CPR form has been revised. 'The medications that are being used and destructed during the CPR column' is been added to the form. The administration and control of the medications started to be checked by both the physician and the nurse signing the related document. After revising the form, the process has been overviewed and to make the health care staff reach the CPR information (vital signs, medication treatment, result of the CPR) of the patient, one copy of this form started to be kept at the patient files. Beside the revision of the procedures and the forms, including identifying patients correctly, medication management, monitoring applications in the operating rooms, 7 education session were completed. 15 revisions been made at the existing processes.

Conclusion: 'Incident Report Committee' meetings take place routinely once a week since July 2006 by the participation of the medical staff and other committee members. The analysis of the data gathered from the reports is being shared by the hospital management and staff to implement the role of the incident reporting to improve patient safety.

SENTINEL EVENTS IN SURGERY

AYDEMİR, Cüneyt (Op.Dr)

Medicana Hospitals Physicians Coordinatory in Quality Coordination Office

Medicana Hospitals Çamlica Assistant Chief of Physicians

ISTANBUL / TURKEY

AIM: Preventive measures to be taken to defect sentinel events and to avoid then in cases of patients under going surgery. In this report, precautions to minimize and prevent sentinel events are considered and precautions in MEDICANA HOSPITALS are presented as examples .

DISCUSSION: Researches revealed that sentinel events could be one encountered in every 50 cases admitted to the hospital. Operating rooms, out patient surgery centers units for invasive, procedures and surgery units are most risky environments. It is every team's responsibility to minimize those risks. Surgery services shouldn't be limited down to the operation's period. Preoperative and postoperation periods should also be can considered in this procers. In this procers patient safety should be evaluated well. 592 (13,2 %) cases are wrong side surgery and 534 (11,9 %) are operative or postoperative complications of 4473 sentinel events which were reported by Joint Commission International on June 30, 2007. These are only two of sentinel events which can occur in surgery cases. Many other events could result in the patients unexpected death or serious loss of function. Sentinel events in surgery could arise from multiple factors. These are the human factors, institutional factors and technical factors. These factors have to be defected and eliminated.

Possible sentinel events in surgery are: wrong surgery (wrong patient, wrong segment, wrong side of the body, wrong level of a correctly marked anatomical side), complications occurring during or after the operative, Medication errors (serious drug interactions and intoxication, the use of similar drug names, complications arising from the use of infusion pumps, high-risk drugs), delay in treatment in resulting death / loss of functions, falls causing permanent and serious loss of functions, transfusion errors, unexpected (other than treatment related compliations) death and serious loss of function, infections- related events, anesthesia-related events, medical equipment related events, fire, death / injury caused by ventilators, the patient being while with in hospital limits system –related events (operation, procedures, abbreviations), surgical fires (laser, cauter), mistakes due to the use of medical gasses (administration of wrong gas / gas mixture), needle or sharp instrument wounds, disgnostic mistakes (wrong samples, wrong labeling), events related to technical malfunction (reserve power supplies failing to take over in case of power shortage) .

CONCLUSION: To prevent sentinel events in surgery, precautions should be taken beginning from the moment a arrivers at the hospital for procedure, until he / she leavers the hospital and every member of the staff should be educated about it and sholuld work together in cooperation.

ACCESS TO THE SERVICE AND THE PRIOR PATIENTS

Op.Dr.Osman ACAR,

KIRIKKALE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ

Hastane Başhekimi

KIRIKKALE/TÜRKİYE

In the frame of the accreditation Works, our hospital is developing some standarts in order to help our patients access to our services more easily.

As always having a human-focused vision and working for patient satisfaction , our hospital is trying to configure the needs of accreditation as human-focused also in this work.

In our access to service applications, in order to become a hospital "caring for the situations of the patients and configuring their priorities" we have started some standardization activities.

GUIDANCE SERVICES AT POLYCLINICS : We are rendering the information and guidance services to the senior and needy patients at our polyclinics.

We have identified the prior patients groups as follows.

- Disabled citizens
- Wounded veterans and Martyr's Families
- Poor and senior patients

The patients that we have identified in the priority groups are given Prior Patient Cards so that they can get benefit from our priority services. Our automation system defines the patients who are applying with a prior patient card and ,in this way, during the registry process they are given priority, so that their medical examinations are done without any delay. And also the prior patients who do not have an escort with them are given a hostess so their examinations can be done more easily.

POLYCLINIC WAITING TIME AND PRACTICE OF PATIENTS' CHOOSING THEIR DOCTOR.:Our hospital began full automation system in January , 2005. In the practice of patients' choosing their doctor, the patient comes to the polyclinic directly. In each polyclinic there is an LCD display on which they can see the list of the patients' numbers and names who are waiting for examinatin. After the registry process , the patients take a seat in front of the polyclinics and follow the list on the LCD display. In this implementation, polyclinic waiting time has been reduced and patient satisfaction has been increased. Verification require procedures are done at the polyclinic rooms and the patient is guided to the depletion room. Verification results are sent to the polyclinic where the patient applied first. And also the results can be followed on the computers in the polyclinics by the doctors.

REGISTRY ON THE PHONE SERVICE :In addition the present registry system , our patients are provided with registry service on the phone . Our patients have the opportunity to register on the phone in advance before they come to the polyclinics.

In order to advertise the registry on the phone implementation, instructive posters and leaflets have been printed and delivered and shown on our web page. On these leaflets and posters are the telephone numbers of each polyclinic and the doctor. Our patients can directly call the polyclinic where they are going to consult a doctor and can register and learn the approximate examination hour.

THE RESULTS OF THE IMPLEMENTATION :In the registry on the phone implementation, % 20 of our patients consults a doctor by using the registry on the phone service. As a result of this implementation, the patient intensity at polyclinics has been reduced in the morning and also homogeneous distribution in the working hours has been kept on.

Patients and their familis have been very satisfied with this implementation. The number of the people using this implementation is increasing day by day and the rate of the registry on the phone service use is going up % 20.

DENİZLİ HEALTH MANAGEMENT SUCCESSFUL TEAM AWARD ON HEALTH (SBEÖ)

Okan İLHAN , Özlem DOĞAN, Özlem YILMAZ, Mustafa NALBANT
Health Management DENİZLİ

AIM: is to be awarded the useful things for society on health ,coming out of projects and encouring to put into practice ,to encourage team working, to attract attention for team working and to get joining of health workers voluntarily.

The organization (S.BEÖ) which was organized by Health Management, (It has been organized for the first time in Turkey) joining five teams and three of them were kept for final and three teams were targeted to join Kal-Der Agean region the successful team of the year.

METHOD:SBEÖ contains all private and public health organizations in Denizli. Team Perfection Model is using for SBEÖ(the Prize for Successful Team on Health) whose patent belongs to Kal-Der. The evaluations of the teams are being done at three degrees ,which applied for the prize. Six executives were chosen for each team which applied for the prize. The authorities gave the reports and points to the head executive after evaluating. The common point and report was formed after agreement meeting which all authorities joined. The teams which held 40 points out of 100 kept final and projects were estimated again and then points were given to Prize Administer Committee. The prizes which are going to be given to the teams are indicated by jury, according to the points.

First, instruction was prepared according to the situations which were held during the development. Dr Erdoğan, who is our health manager, to get the mayor of Denizli, Hasan Canpolat's approval. After this approval, SBEÖ ,was announced all the health organizations in Denizli by formal writing and broadcasted in the web site. It was showed at the meeting of family doctors, health workers etc.

The Perception Survey was applied by information collection, amongst the participants who joined the prize ceremony of SBEÖ.18,4 % participants are doctors and 74,6 % are health workers,29,4 are executive managers on health sector.

CONCLUSION :The prizes were given to the people who deserve at a meeting on 17.11.2007 at the centre of congress and culture."**Jury Encouragement Award**"was given state hospital in Çivril (work, correct ,and deserve)and Servergazi state hospital ,Rainbow teams ;"**Achievement Award**" was given starfish of City of Ambulance Service and Rhythmic Life Teams from Servergazi state hospital ; "**Grand Award**"was given to Dental Health team from Health management Dental Health Department.

The people who joined Perception Survey;

96,58 %(100 % of doctors and executives on health sectors) indicated that SBEÖ encouraged team working ,

91,10 % say it's useful

95,71 % say it's encouraged to have new opinions and better ideas,

94,52 % it's useful to become better and development of health service,

92,47 % indicate that the scale will be larger getting and more teams will join this activity

After the prize ceremony, 52 health workers applied for taking education and it shows that more people will join SBEÖ next year.

Besides, team workers indicated that friendship and cooperation reached high level and relationship between workers got developed.

RESULT:The targets which was estimated at the beginning of SBEÖ, high performance was gained. Five teams joined and five of them stayed at the final. (deserved field visit) and 8 of them joined the successful team prize of the year .

Agean Region Successful Team Prize of the year has been organized since 2000 and opened for all sectors. This year ,8 out of eleven teams joined from Denizli to Agean Region Prize .Besides ,eight of them from Health sector. In earlier years there used to be a few participations from Denizli and although there weren't any participations from health sector, eight teams have joined this year and it shows that the success of the SBEÖ is very high which was expected before.

PREPARING THE PRE-OPERATION CONSUMPTION MATERIAL ARRANGEMENTS AS A PACKAGE AND EVALUATING THE EFFICIENCY OF AUTOMATED DEMAND SYSTEM

Gonul ESER METE **Sibel YILDIRIM ***Buket CIGDEM *Zerrin KAYA**

*Acibadem Kadikoy Hospital Operating Room Team Leader

** Acibadem Kadikoy Hospital Operating Room Clinic Training Nurse

*** Acibadem Kadikoy Hospital Operating Room Nurse

****Acibadem Kadikoy Hastanesi Hospital Operating Room Responsible Nurse

Introduction:In today's hospitals, materials consisting thousands of items have been used in all processes during the service providing. Studies carried out in order to ensure that these materials which most of them have vital importance shall be available on the required place, in the desired amount and on time constitutes the subject of material management.

Automated material management became necessary due to the failures in performing regular stock control of consumption materials, abundant and variety of the consumption materials, insufficiency of the physical area and that storehouse responsible does not know all consumption materials.

Since there is not enough time to supply the missing materials realized since operation preparation is realized just before the operation time, this affects the operation processes negatively. Automated material management plays an important role in improving the patient care quality provided in operating room, time management, decreasing stress, increasing efficiency, decreasing the costs, ensuring secure control and distribution.

Aim: To arrange the preparations of consumption materials prior to the operation as a package and to evaluate the efficiency of transition process to automated material demand system.

Method: Records in Acibadem Hospital operating room (nurse meeting minutes, executive nurse monthly action report, doctor satisfaction inquiries) had been retrospectively examined and problems occurred in August-September-October 2005 and January-February and March 2006 due to the failure in performing the preparation of pre-operation consumption materials on time and completely had been scanned. In order to eliminate such problem and provide more quality service, it had been decided to carry out a PPCT (Plan, Perform, Check, Take Action) study.

Results:It had been detected that there had been totally 143 (9.4%) claims in August-September-October 2005 regarding the preparation of consumption materials (table 1) while there had been totally 20 (1%) claims in January-February and March 2006 (Table 2).

Discussion:By including the definition of all surgery sets/tools and drapes demanded by Central Sterilization Unit besides operating room consumption materials in the automated material demand system, loss of labor and time had been avoided and increase in efficiency had been ensured.

Conclusion: When automated demand system began to be used by means of January 2006, it had been understood that it is efficient in terms of consumption material management. By use of the said study initiated in Acibadem Kadikoy operating room, deficiencies in the system had been detected and eliminated. After the elimination of all deficiencies, system had began to be used in all ASG (Acibadem Health Group) operating rooms.

Source:

1. Odacioglu, Y. (2005) Material Management in Hospitals. 3rd Congress of National Health Organizations Management www.kalite.saglik.gov.tr/sunumlar/malzeme.htm Date of Access:15/06/07.

2. Ozdemir, A. (2005) Material Management in Health Services. Date of Access: 18/06/2007 www.absaglik.com/belge.htm

THE ACCELERATION AND THE IMPROVE MENT OF THE PROCESS FOR THE DISABLES AND THE PATIENTS DEMANDING A HEALTH COMMITTEE REPORT

Kenan YILDIRIM, Nalan GÖKAL, Hasan ÇALIŞKAN, Yusuf POLAT, Gültekin ÖVET, Uğur ALTINDAĞ, İsmail KAHRİ

Denizli Public Hospital/ Denizli / TURKEY

Aim:

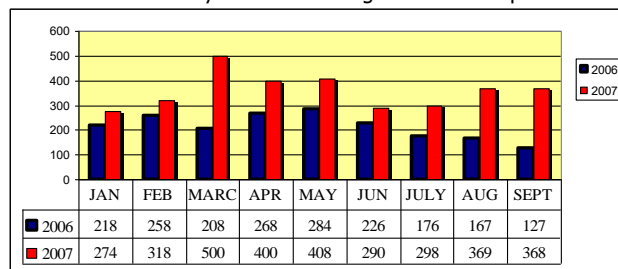
- To increase to five days a week the frequency of The Health Committee Meetings which is currently two days a week
- To achieve a 20% increase for the mean of reports that was 3756/month in the same period in 2006.
- To achieve a 50% increase until September of 2007 for the mean of disabled reports that was 230/month in the first nine months of 2006.
- To prepare in one day the health committee report that is prepared currently in 5 days.
- To remove the appointments and respond daily to all attendants.
- To decrease from 120 to 60 minutes the waiting time for the physical examination in committee examination rooms.
- To decrease from 60 to 40 the number of patient examined daily by each committee.
- To increase from 10 to 60 the number of the wheelchairs used to facilitate the transfer of the disabled in the hospital.

Method:Brainstorming was used make a present situation analysis, to determine the queries to improve and to make the work plan. The reason – result analysis was performed by fish –fishbone diagram for the waiting time of the patients.

Results:The disabled patients were of ten telling about their hospital arrival difficulties to the vice-chief doctor in the unit of public relationship. Since the health committee was meeting two days a week, the patients were coming one day additionally to the five days that they were examined in the outpatient wards.

Conclusion:The numbers of disabled reports given monthly are shown in Table 1. The health committee report preparation time decreased to one day, the mean waiting time for the committee examination decreased to 42 minutes from 120 minutes. The number of patient evaluated by each committee decreased to 40 from 60.

Table1. The monthly number of the given disable report between 2006 and 2007



HOSPITAL ORGANIZATIONS FLOW ALGORITHM IN DISASTERS

Özgür TAŞKIN*, Fatma KÜÇÜKERENKÖY *, Nural BEKİROĞLU **, Atıf AKDAŞ ***

*Vehbi Koc Foundation American Hospital,

**Marmara University Medical Faculty Biostatistics Main Science Department,

***Marmara University Health Science Institute, Health Institution Management Main Science Department.

Aim: The aim of this study is to design the "Emergency management plan" as being an algorithm, to elicit the possible lacks of the plan and to make the instruction more, understandable and more applicable. Algorithm is a definite list of well-defined instructions for completing a task. Flow chart is a schematic representation of an algorithm or a process by using the flow chart, to see the process as totally, so the admitting of seeing more clearly the possible mistakes and to provide a more understandable and easier process.

Methods: to have a success in caring and treating the patients in disaster as earthquake, flood, fire, big accidents, terror. Method was defined by making a flow chart to use "Hospital organizations in disaster" for minimize the possible problems and to provide patient safety.

Results: Composed flow chart shows that prepared instruction is adequate and applicable in disaster. Organization structure is well- defined and it is observed everything is suitable to flow chart according to practice results.

Conclusion: Flow chart provides an opportunity to see the mistakes and shortages and provides an opportunity to understand easily.

CONTROLLING OF ANESTHESIA VAPORIZERS IN MEDICAL CALIBRATION MEASUREMENT

Sezdi Mana

İstanbul University, Department of Biomedical Device Technology

İstanbul-Türkiye

ABSTRACT: According to the American Society for Testing and Materials (ASTM) standard ASTM F1161-88, anesthesia vaporizers that are used to vaporize a liquid anesthetic agent and deliver a controlled amount to the patient, are required to be concentration calibrated.

This study was performed, in our country, to attract attention to the requirement of controlling of anesthesia unit vaporizers and is to emphasize the requirement of using the calibration certificates before the anesthetic agent delivery, in the scope of medical calibration measurements and tests.

In this study, for 3 different manufacturers (A, B and C), sevoflurane and isoflurane calibration measurements were performed. Because 5 vaporizers were measured for each manufacturer, totally 30 vaporizers (15 isoflurane and 15 sevoflurane) were used. For the calibration measurements, PF301 Flow analyser (imt medical-İsviçre) and OR703 Multi Gas analyser (IRMA AX) were used. Measurement procedure were obtained from ECRI (Emergency Care Research Institute) IPM (Inspection and Preventive Maintenance) system. For sevoflurane; measurements were taken in the scale of %1, %2, %3, %4, %5, %6 and %8, whereas for isoflurane, were taken in the scale of %1, %2, %3, %4 and %5. Measurements were performed with an oxygen flow of 5L/min. The measurement results were investigated statistically and their mean and standard deviation were calculated.

As a result it is seen that, anesthesia vaporizers give different concentrations according to adjusted values independently with their brands and calibration measurements. Because of this, operator of anesthesia should take care of this difference for correct adjustment.

YEDİTEPE UNIVERSITY HOSPITAL CASE OF QUALITY IMPROVEMENT MODEL: REPORTING TIME INTERVALS OF URGENT TESTS AND PATIENT SAFETY

Emine KURT^{1,2}, MUTLU Nilgün^{1,3}

¹Yeditepe University Hospital, Istanbul, Turkey

²Quality Improvement Directorship

³Biochemistry Laboratory

Aim : The aim of the study was fulfillment of patient safety criteria by development, appliance and improvement of useful methods for reporting urgent test results within defined time intervals. The primary cause of necessity for initiation of the study can be defined as the long Emergency Service test reporting time intervals and owing to this

- Longer Emergency Service observation time
- Patient dissatisfaction and complaints
- Late diagnosis
- Loss of prestige

Method : The tool for Continuous Improvement was chosen the PUKC Cycle and support methods such as Brainstorm, Fishbone Pattern, Root Cause and Statistical Data Analyses were used.

Results: Problem Detection: The performed analyses revealed a 79% deviation of defined reporting time intervals for Biochemistry Laboratory Urgent Test results (defined as minimum of 30 – 45 minutes and maximum of 2,5 hours for the different Chemistry, Hormone and Therapeutic Drugs tests)

Continuous Improvement Team Establishment and Organization of Meetings: Problem observation and process improvement was followed by Continuous Improvement Team including members of Quality Improvement Directorship, Emergency Unit Physicians and Nurses, Laboratory Physicians and Technicians and defined nurses from Nursing Service.

Brainstorm: Considering each step in the operational process, the factors causing the delays in reporting time intervals were determined using the brainstorm method.

Root Cause Analysis: Prioritization of criteria by the method of Root Cause Analysis revealed the most important problem cause (the inconvenient samples due to preanalytical errors), which was accepted as the starting point for the field action decisions.

Field Action Decisions:

- Development of an Instruction manual for Sample Transfer
- Education of Nurses and Technicians
- Development of an Instruction manual for Blood Sample Collection
- Defining the Test Analysis Time Intervals within the Hospital Information System
- Development of an Informative Brochure about Sample Collection according to the special test conditions
- Discarding the usage of triple line during phlebotomy

Target Results:

- Decrease of deviance in urgent tests reporting time intervals below 20%
- Decrease of deviance in Emergency Unit Observation times below 15%
- Maintenance of Patient Satisfaction
- Prevention of prestige loss

Periods of Analysis, Control and Comparison Analyses: The whole data collected monthly during the period of March - August 2007, was analyzed and revealed that until August the deviation decreased stepwise below to 37%.

Revision and New Planning: The revision meeting held on September 1, 2007 established that the aimed results were not reached yet and decided to perform a new Root Cause Analysis over the criteria defined by the previous meeting. This time, the primary criterion for the deviation was found to be the Equipments used in the Laboratory (meaning the test tubes with separation gel barrier).

New Field Action Decisions:

- Searching for possible solutions aiming lowering prior centrifugation waiting times defined for the separation gel barrier test tubes
- Searching for the causes of and avoiding the frequent retesting of the result

Analysis of the New Field Action Decisions and Study Follow Up: With the test tubes with separation gel barrier, even after the proper centrifuge operation procedure suggested by the manufacturer, there was a fibrin formation detected with a high ratio of 43% causing the frequent retesting of samples and ending in delays in reporting time intervals. The other factor expanding the reporting time intervals, **in contrast to** the alternative separation gel barrier tubes discovered during the improvement searching period, was revealed to be the prior centrifugation waiting times set unchangeably to 30 minutes with the current test tubes.

Presenting the New Result Analyses to Quality Council and Final Action Plan: The findings were presented to the Quality Council member by the top managers, to approve the managerial, logistics and financial changes that can follow the new decision actions and:

- Exchanging the currently used separation gel barrier tubes with the alternative ones
- Urgently returning the problematic currently used tubes
- Purchasing of the alternative and convenient product and fast allocation to the usage areas decisions were made.

Conclusion : Consistent with our primary aim, the deviation of Urgent Test Reporting Time Intervals was successfully reduced below to 16%. Following up, detectable decrease in the deviation of the Emergency Unit Observation Time Intervals and Patient Complaints was also clearly observed.

THE EFFECTS OF INDICATORS ON IMPROVEMENT OF PROCESSES

BAHTIYAR, Ayfer – Bayındır Hospitals, ANKARA, TURKEY

Monitoring whether medical and organizational processes present their services in accordance with suggested standards is performed by means of indicators which are parts of Quality Assurance and Patient Safety system. Indicators are tools that report monitorization and evaluation of results of measurements of health care standards and presented services and determine the deviations. They are instruments that detect and evaluate the performance of patient care, safety and treatment processes and their consequences. Indicators measure the quality of medical and administrative processes both.

The objectives of monitoring processes with indicators are;

- Maintenance of qualified health services,
- Measurement and control of processes with objective data and indicators,
- Close monitorization of risky processes and prevention of possible mistakes,
- Accessing patient safety goals of JCI,
- Providing the compliance between presented services and evidence-based medicine,
- Providing each department to monitor and improve their own processes,
- Detection of possible mistakes prior and taking necessary precautions,
- Feedback to employees about the results of the processes.

Which processes to be monitored? The institutions that present their services in accordance with JCI standards should monitor 20 processes with indicators. The institutions may extend these processes according to their needs. The priorities in monitorization are:

- Risky processes which put the patients and employees into danger
- The processes that need improvement

Examples of the processes those are monitored and improved with indicators in Bayındır Hospitals: The improvement in 10 months' duration between March and December 2006

* Transfusion reactions:	At the beginning: 1.85%	The last measurement: 0.25%
* Return rate of blood bags:	At the beginning: 87.6%	The last measurement: 99.3%
* Return rate of empty blood bags:	At the beginning: 16.34%	The last measurement: 99%
* Wrong demand (date of birth, gender, etc.):	At the beginning: 77 per month	The last measurement: 25 per month
* Sending the sample late:	At the beginning: 276 per month	The last measurement: 5 per month
* Wrong drug transfer (wrong dose, wrong drug, inability to transfer the drug to related department, damaged drug):	At the beginning: 7	The last measurement: 3
* Patient education before discharge:	At the beginning: 52%	The last measurement: 98.8%
* The rate of patients whose evaluation process was not completed 24 hours after hospitalization by all departments that participated patient care:	At the beginning: 25.9%	The last measurement: 11.3%

It may be seen that there are improvements in all indicators during monitorization period from March 2006 to December 2006.

It is impossible to improve processes without monitoring them. Monitoring the processes provides data about them and gives the opportunity for improvement after evaluating these data.

TECHNOLOGICAL CHANGE AND THE EFFECT ON CUSTOMER SATISFACTION

Karahan Atilla, Küçükilhan Mustafa, Ozden Yilmaz Filiz, Akbulut Gokhan
Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Research and Education Hospital,
Afyonkarahisar, Turkey

Aim: The aim of the present study is to define the roles of hospital staff in delivering the qualified service with technological change and the effects of this topic on patients satisfaction in Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Research and Education Hospital.

Method: This study was performed by using public survey of 660 patients in this research hospital that is in the service of 159 000 patients annually with two different hospital buildings. In this survey the patients were required to answer yes/no questions (in table 1), and to explain the individual ideas related with four factors (in table 2 with quartet liker scale). The data were analyzed by using SPSS statistical programme and frequency variations and factor analysis were performed. The proximity of factor analysis to 0.70 that is the generally accepted reliability index was also researched.

Results: The demographical characteristics of patients were as follows: Sex: M/F: 57.7/42.3, Age: 18-35: %30.7, 35-55: % 57.3, above 55 % 12.0.

Table 1: The results of the patient responses on staff and technological change.

The questions related with staff and technological change	Percentage
The complaining with administrative managerial personnel	15.8
The complaining with nurses	4.8
The complaining with doctors	2.4
Technical services are qualified	75.7
Technological innovations are used immediately	73.6
The technology of the hospital are renewed continuously	94.5
The resources are wasted	70.3
The services are good generally	93.0

Table 2: The results of the factor analysis related with the perceived service quality.

The factors related with perceived service quality	Factor load means	Elgen values	α
Factor 1. Doctors services, Information, Education and Personal approach	78	15.66	76
Factor 2. Nursing services, Information, Education, Experience and Personal approach	70	3.41	79
Factor 3. The administrative services, Information, Education, Experience and personal approach	55	2.18	71
Factor 4. Physical properties, technological renewing, buildings	76	2.22	89

Conclusions: The results of the study revealed that the patients were complaining for administrative personel mostly. This problem was due to shortage of the permanent staff probably. The patients are aware of that the hospital are developing in terms of technological innovations. However the patients consider that there are some problems with the adaptation to the new technologies and there are some resource wastings due to two different hospital buildings (8 km away). The technological changes increase the patient satisfaction, however the administrative personel should consider the increased cost and personel adaptation to new technological innovations and they also should research the reasons of resource waste and misuse.

THE EVALUATION OF THE SATISFACTION WITH HOSPITAL SERVICES

Okan İLHAN, Gürbüz AKÇAY
Servergazi Devlet Hastanesi - DENİZLİ

Aim : We aimed to investigate the satisfaction of our patients and their relatives in our hospital with a questionnaire done by an independent survey team. We focused on the measurement of their satisfaction continuously and used the results to improve the quality of our services..

Methods : It was known that the satisfaction of the patients and their relatives in all state hospitals was measured by a standard questionnaire in accordance with the directives of the quality and performance measurement from the Ministry of Health. We obtained the questionnaire means of in-patient and out-patient clinics and used them to calculate the satisfaction coefficient. That coefficient was used to calculate the payment from the revolving fund to all personnel. Since 2005 our personnel had done 300 questionnaires every month both in in-patient and out-patient clinics for this purpose.

In the beginning of the year 2007 our hospital had decided to have the questionnaires done constantly by an independent team. A technical contract was prepared and the winning firm had done the questionnaires since June of 2007 on a regular basis.

Until the end of December 2007 1200 questionnaires monthly had been performed (four times the requested number from the Ministry). And also special questionnaires were prepared for different sections of the hospital i.e. emergency department, delivery room, etc. That way different types of measurement of satisfaction had been developed. And the means for individual clinics and doctors were able to be obtained.

Questionnaires were performed face to face or over the phone either after the patients were all set in out-patient clinics or after being discharged from the hospital. The hospital staff neither witnessed the process nor interefered with it. The advertisement posters were prepared showing the pictures of the doctors and the nurses to make the process easier for the patients and the relatives. These posters were put on in the clinics in question.

Results : Patients and their relatives were more eager to participate in the questionnaires with the independent team than before. We obtained more objective and reliable results with independent team than the ones with the hospital staff. We were able to analyze the results of every unit and each physician in the hospital. Thus we determined the units with the lowest rates and we were able to improve such units more effectively on a regular basis. This caused the hospital staff more motivated. Every question was analyzed individually for each physician. We made every physician aware of the results. On the contrary of our expectations the results obtained by the independent team were higher than the ones obtained by the hospital staff previously. The graph had continued to ascend in every period.

Conclusions: The questionnaires performed by an independent team were more objective and reliable than the ones performed by the hospital staff. The results obtained for each clinic and department made us aware of our weaknesses and made it possible to improve them more effectively than before. The results obtained by the independent team were higher than the ones obtained by our hospital staff to our surprise. The graph had continued to ascend in every period. In December 2006 the satisfaction rate was 65% in our out-patient clinic and it had risen to 69% and 72% in May 2007 and September 2007, respectively. The in-patient satisfaction rate was 77% in December 2006. It had risen to 83% and 86% in in May 2007 and September 2007, respectively.

RESEARCH ON THE DRUG SAFETY ACTIVITIES AND EXPERIENCE OF DOCTORS WORKING AT THE TRAINING HOSPITALS

A. AKICI¹, T. APAYDIN², F. EREN², T. IŞIK², T. UNKUN², Ş. ŞARDAŞ³.

Marmara University Faculty of Medicine, Dept of Pharmacology and Clinical Pharmacology,
4th grade students and Marmara University Faculty of Pharmacy, Toxicology Dept.

Background: Pharmacovigilance, which is briefly known as tracing and evaluating the safety of drugs, is a multidisciplinary working area and carries scientific research and activities to prevent drug related problems. Although there is a general opinion that there is a lack of knowledge on drug safety in our country, no comprehensive research exists about this subject matter. Therefore, pharmacovigilance experience of medical specialists and research assistants working at training hospitals were investigated.

Method: The data of this study has been obtained by filling questionnaire forms, face to face, with research assistants and specialists working at the training hospitals on the Asian part of Istanbul between the periods of March 15-August 29, 2007. The number of 372 doctors from different seven centers (Marmara University, Haydarpaşa Numune, Siyami Ersek, Zeynep Kamil, Kartal, Göztepe and Fatih Sultan Mehmet) participated to the study. The questionnaire forms included socio demographic features, pharmacovigilance knowledge, experience and views.

Results: The study participants included 230 males (61.8%), 263 assistants (70.7 %), 54 % working at internal and 46% at surgical branches. The number of participants that never heard the word of 'pharmacovigilance' was 89.2%. Only nine of them (24% of all participants) could define the word, while 40 subjects answered that they heard this terminology. Only 16 subjects were aware of the pharmacovigilance system established in Turkey but none of the subjects attended to any activity that has been organized/approved by the Ministry of Health. Three of the doctors heard of TÜFAM (Pharmacovigilance center of Turkey) and one subject of TADMER (Adverse Drug Reaction Center of Turkey). It has been evaluated that the doctors (20.3%) use 'source books' for their opinion designation on safety of drugs, and 18.4% use their occupational experience.

Conclusion: A pharmacovigilance system that operates by sharing the experience of doctors on drug safety has a vital importance. It is critically important that doctors are lack of pharmacovigilance knowledge and experience, although each hospital included to this study had a pharmacovigilance contact point.. This study points out the urgency for improving pharmacovigilance system which has been newly established in our country and need for educational activities.

Acknowledgment, This project has been realized by the support of Johnson & Johnson Sihhi Malzeme San. ve Tic. Ltd. Şti'

DETERMINATION OF NURSES' ATTITUDES AND EXPERIENCES REGARDING MEDICATION ERRORS AND ERROR REPORTING

OĞUZ Özlem, AYTEKİN AKTAŞ Tülay, KİTAPÇI Okan Cem, AKDAŞ Atıf
T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye

Object : This descriptive study was designed to investigate nurses' attitudes and experiences regarding medication errors and error reporting, calculate nurses' medication management process achievement scores, develop strategies regarding preventing medication errors, reporting errors and create a medication safety culture in health care organizations and benchmark the results with similar international studies' results.

Method: The study was performed between October 2005 and September 2007 in Vehbi Koc Foundation American Hospital (VKFAH). Sampling included 256 nurses who gave the questionnaire within total 289 nurses who work at the VKFAH. 201 of 256 questionnaires were executed by the nurses, in other hand 79% of questionnaires was filled. Data were obtained using "Investigation of Nurses' Attitudes and Experiences Regarding Medication Administration and Error Reporting Questionnaire". Data obtained were analysed on computer using Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Findings: According to the results of this study, average of nurses's achievement scores was 60% and only 25% of all participant nurses received the passing score. 70% was considered a passing score and it is defined that nurses's achievement scores and attitudes regarding medication error reporting were depended on nurses' demographic characteristics. According to age group, the achievement score is %66 for the nurses who are 20 and less. According to work experience, the achievement score is 16 years and up, the achievement score is %65 according to educational level that is two year degree and according to clinical work area, achievement score is %66 for policlinic nurses. These groups have the highest score in the study. In this study 78,1% of nurses specify that error reporting is the effective way for preventing medication errors. That is deteminated, the nurses have proclivity to report, if the age group and experience is highly. The results of similar studies are defended, however, young nurses compotency are less than olders, they have more proclivity to medication error report.

Results: According to these findings, reporting medication errors systematically, not using error reports for performance measurement of staff, defining policies about error reporting clearly at the facility and informing staff about these policies and planning training courses will be helpful for increasing medication safety at health care organizations.

MEDICATION MANAGEMENT SYSTEM IMPROVEMENT PROJECT

Sinan ÇAVUN, F Coşkun, M.Ayberk KURT

Uludag University Health Care Institutions

Aim: The most important component of applicability of patient safety goals completely is presence of an efficient medication management system. After understanding that one of the most important problems is deficiency in medication management system during accreditation process of Uludag University Health Care Institutions, Medication Management System Improvement Project had been created. The aim of this project was designing a medication management system to remove the risk factors that would threaten the patient safety.

Methods: In order to reach that objective, the medication process, from prescription of the medication by doctor to administration to patient and observation after administration, all effects was re-organized. Medication Administration Error Ratios is determined and monitored as the performance indicator of this process. In addition, corrective and preventive activity demands on the defects of medication management system were also analyzed. Project team analyzed where difficulties and mistakes were at the process of medication management system by examining the trends related to declarations.

Results: As opportunities for improvement; doctor's orders not being verified at hospital pharmacy and drugs not being delivered to clinics specific to patients were detected. In addition, medications not being stored in a suitable way, each medication administration not being recorded orderly and scheduled medications not being controlled exactly was observed. Additionally, there existing system was prone to the medication administration errors and medication administration errors declaration ratios were for from being at the desired level. Initially, to remove existing problems, all processes of medication management system had been documented and these documents had been shared with the entire staff by education panels. As the first of these improvements, Medication Administration Error Declaration Form has been revised and it is announced that we are interested in system related errors rather than person. Appreciation and conferment system had been developed about declarations. Electronic order system had been put into practice in order to make the system more reliable and fast. New pharmacists and pharmacy technician have been recruited in order to create an effective verification at hospital pharmacy and prepare medications specific to patients. Central medication preparation units had been established in order to prevent preparing of chemotherapeutic agent and high risk drugs at patient care areas.

Conclusion: As result of all improvements an effective, reliable and fast medication management system has been established. We will continue to monitor all medication errors (i.e. administration of wrong drug, mistakes about dosage or administration route) using Medication Administration Error Declaration Form, continuous improvement for reduction of medication errors has been accepted as one of our quality target.

SENTINEL EVENTS IN EMERGENCY SERVICES & SUGGESTIONS

OZYAMANER, Gülden (MS)

Quality Management Nurse, Medicana Hospitals, ISTANBUL / TURKEY

AIM:Precautions to be take to defect and prevent sentinele events that could take place in Emergency Units in Turkey. In this report, preventions to minimize and prevent sentinel events and considered, and preventions in MEDICANA HOSPITALS are presented as examples.

DISCUSSION: Emergency Units are departments whit the highest circulation in hospitals. Many patients other than those in need of urgent care apply to emergency units. These can be summarized as those coming for wound dressings, injections, vaccinations, IV infusion treatments, detailed examination and as clinic patients since the out-patient clinics are closed during the after-hours. Since an injection could apply at the same time as an acute myocardial infarction or there may be multiple trauma victims are to a bus accident; every patient should receive the same concern and care whether their triage is 1 or 5. Anything could happen in the emergency unit anytime. Emergency unit is never empty. Patients continuously, apply ,are treated and leave. In an department with such cication, a patient can be subjected to unexpected events (sentinel events) such as those that have nothing to do with his / her treatment but can result in death, physical or psychological damage or loss of function. Most of these events can be kindered when the nessare preventive measures are taken. According to Joint Commission International (JCI) June 2007 data 186 cases (4,2 %) of a total 4473 reported sentinel events are from Emergency Units.

Sentinel events which can take place in an Emergency Units are; Suicide, Medication errors (serious drug interactions and intoxication, the use of similar drug names, complications arising from the use of infusion pumps, high-risk drugs), delay in treatment in resulting death / loss of functions, falls causing permanant and serious loss of functions, death / injury of a patient under restriction, assault / harrassment / rape / murder, restraint deaths, transfusion errors, unexpected (other than treatment related compliations) death and serious loss of function, infections- related events, anesthesia-related events, the patient leaving the hospital w / o informing the staff, medical equipment related events, fire, death / injury caused by ventilators, the patient being kidnapped while with in hospital limits system -related events (operation, procedures, abbreviations), a baby being kidnapped delivered to the wrong family / disoppearing / being, surgical fires (laser, cauter), mistakes due to the use of medical gasses (administration of wrong gas / gas mixture), needle or sharp intrument wounds, disgnostic mistakes (wrong samples, wrong labeling events related to technical malfunction (reserve power supplies failing to take over in case of power shortage).

CONCLUSION: To prevent events that can be hazardous for patients and / or staff; some sort of physical, functional and operational precautions should be taken.

DOOR-TO-NEEDLE TIMES IN THE FIBRINOLYTIC THERAPY OF ACUTE ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Y. Tolga Yaylalı, **Mustafa Olcek**, M. Ali Abdüloğlu, Zeki Gürlesin, Hatice Dönmez Arman, Sibel Kadioğlu, Banu Yıldırım, Selda Kiraz **Servegazi Devlet Hastanesi-DENİZLİ**

Background : Acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) occurs as a result of total occlusion of the infarct related artery. The main purpose of the therapy is to restore the blood flow completely ,and continuously as fast as possible. The contemporary management is catheter based therapy(angioplasty and stent implantation). It is not widely available due to technical limitations and lack of adequate resources. Thus the administration of fibrinolytic (lysis of the blood clot) therapy intravenously (into a vein) becomes very important mode of therapy for acute STEMI. The maximum efficacy of fibrinolytic therapy is achieved when the treatment is initiated within the first hour of symptom onset (65 lives saved per 1000 patients treated). So the first hour of reperfusion therapy is considered 'the golden hour'. Therapy of acute STEMI has undergone dramatic improvements during the past three decades, and in-hospital and 30-day mortality rates have tremendously decreased from > 15-20% in the pre-thrombolytic area to 6 to 8% using fibrin specific thrombolytic agents. In this study we aimed to initiate the fibrinolytic therapy within half an hour during off hours in patients who presented to our emergency room (ER) with acute STEMI.

Methods : We determined the average D2N time as 87.38 minutes for the 150 patients who were admitted to our coronary care unit (CCU) and given the fibrinolytic therapy in between August 1,2005 and April 11, 2007. We determined the methods to decrease D2N time less than 30 minutes by brain storm and fish bone technics. We presented the results to hospital administration. The CCU and ER staff were trained on EKG, EKG findings and treatment of acute STEMI by a dedicated cardiologist. A fax machine was purchased for the ER to send EKGs to the cardiologist on call. One out of 6 elevators was assigned for only emergency

use operated by a lock system. This way the transfer of patients to CCU from ER was accelerated. The transfer form to be used for the transfer of patients between hospital units was developed and CCU admission criteria were revised.

Results : The exact times for patient presentation to the ER, physical exams, and the administration of the fibrinolytic therapy in the CCU were all registered. We obtained the D2N times as follows : 42 minutes for April-May 2007, 34 minutes for June-July 2007, 32 minutes for August-September 2007, 27 minutes for October-November 2007.

Conclusions :With this study we have decreased D2N times to less than 30 minutes in patients who presented to our ER with acute STEMI. We have improved patient satisfaction in our CCU. We have increased the survival rates of our patients by earlier administration of the fibrinolytic therapy, and also decreased their chance of having a new heart attack. We have developed CCU admission criteria, CCU admission directions, and a transfer form to be used for the transfer of patients between hospital units. Thus we have standardized and documented the processes used in patient care. And also we provided that the same has been done to our all patients.

JORDAN QUALITY IMPROVEMENT AND CERTIFICATION PROGRAM FOR PRIVATE PHYSICIANS

Author/s: Abu Shaqra, N. (Abt Associates)

Abstract: Proposed as an Oral Presentation.

Objective : The purpose of the Private Sector Project's (PSP) for Women's Health-Jordan funded by the United States Agency for International Development (USAID) and in collaboration with the Jordan Medical Council (JMC) Quality Improvement (QI) and Certification Program for female physicians working in the private sector in Jordan is to help private practice physicians to identify practice problems and resolve them. Participating physicians include General Practitioners, Family Doctors and physicians who have specialized in Obstetrics and Gynecology – these doctors are primarily responsible for the care of women. The rationale for improving quality in the private sector is that in many developed countries 60-80% of health care services are provided by private sector. In Jordan, the private expenditure is 54% of the total expenditure on health. Patients assume that they will receive better care in the private sector than in the public sector; although little evidence exists globally to document this assumption. It is well known that the physicians in private practice are outside the purview of supervisory systems and private practice is unregulated once a license is obtained to open one's practice. PSP has taken the lead in certifying private physicians in women's health.

Methods : The program has developed clinical guidelines and certification program for Family Planning (FP), Clinical Breast Exam (CBE) and recently has been expanded to include Reproductive Tract Infections and Sexually Transmitted Infections (RTIs/STIs).

For the RTIs/STIs QI and certification program, a standardized set of clinical guidelines were developed based on World Health Organization (WHO), the International Planned Parenthood Federation and CDC standards, which were reviewed by a committee of leading physicians from different sectors in Jordan. The interested private physicians were trained in the new standards, Pap smear and wet mount. Following a clinical update, a certification process was initiated that includes completing and reviewing monthly RTI/STI statistics, scoring one's performance using a self-assessment questionnaire tool, developing an action plan to resolve identified performance gaps and meeting minimum requirements for their facility using a check list.

Results : To date, PSP has awarded Quality Assurance Certificates for 287 doctors in FP, 160 doctors in CBE and 56 doctors in RTI/STI. We are in the process of working with 100 physicians to be certified in providing quality RTI/STI services.

Busy physicians working in private practice were very interested in learning new skills and then having their practice reviewed and certified as a way of showing to the community that they are providing quality services. The physicians come to the orientation workshops on their day off and to evening sessions to discuss problems and performance gaps and how to solve them and to help each other close the gaps. The performance gaps identified by some physicians are mainly in three areas: 1) need for improvement of their infection prevention practices at their clinics; 2) need for client education materials and 3) need for continuing medical education opportunities. Once these gaps were identified, they have been relatively easy to address by the project.

Conclusions : This self-assessment tool to help physicians in private practice who are without regular supervision has a great potential to help them identify their performance gaps and to engage others (e.g. their peer group of other private practice physicians and professional medical societies) to work together to mobilize resources and resolve performance gaps.

COMPETENCY-BASED PERFORMANCE IMPROVEMENT A STRATEGY FOR CHANGE

Mohammed R. DIAB. RN. MSN.

Nursing Quality Services Consultant

Objective: The purpose of this paper is to examine selected competency assessment model that was used in three private hospitals in Jordan and its impact on the performance improvement of the nursing personnel. The model designed to accurately document competence within the context of escalating and changing needs in education and practice. One hospital has already implemented this model and the other two hospitals are currently in the process of implementing a competency-based, outcomes-focused evaluation for nursing staff.

Method: Multiple requirements for competent nursing practice in the health care system have been established by international associations and agencies. These include but not limited to the American Nurses Association, the American Association of Critical Care Nurses'. The Joint Commission for Accreditation of health care Organizations requires that clinical competence be assessed for all nursing staff and holds institutional leaders accountable for ensuring that competency of all staff is assessed, maintained, demonstrated, and continually improved ([JCAHO, 1999](#)).

The nursing Core Competency Initiative was established to build the competency assessment model aims to build our collective capacity for effective nursing care. All members of the workforce equipped with necessary knowledge and skills.

- Develop a model for creating competency-Based performance improvement
- The initial survey was conducted to establish the primary list of the competencies
- The checklists for the competencies developed and reviewed for final approval
- The primary list was reviewed based on the evidence-based practice and the experts' opinions
- The final list was established and the competency statements developed
- Need analysis, assessment, and planning in a competency based format
- Concepts and methods for developing competency models
- Creating a competency-Based training plan
- Designing and developing competency-based training modules
- Designing and developing competency-based learning interventions
- Tracking performance, evaluation and modification

Results: The results of this project verify the direct relationship between the implementation of the competency-based training program and the achievement of the job outputs expected of nursing staff in terms of:

- Improve the patient safety and the quality of care
- Achievement of the hospitals strategic directions
- Customer satisfaction
- Job related incidents
- Efficiency and effectiveness of staff performance
- Staff satisfaction

DEVELOPING APPLICABLE SET OF QUALITY INDICATORS FOR MONITORING HOSPITAL INFECTION CONTROL PROGRAM IN A DEVELOPING COUNTRY

Mahi Al-Tehewy, Nashwa Mosafa, Aisha aboulfotoh, and Eman Bakr

Healthcare Quality Unit, Ain Shams Faculty of Medicine, Egypt.

Abstract :Infection control programs warrant considerable attention in Egypt since the launching of the national infection program in 2001. This aims of this work were to identify and select a group of indicators for monitoring quality of infection control programs in hospitals and to test applicability of these indicators in two public hospitals in a three month period. The study carried out in three phases: Phase 1 to identify and select the quality indicators set which included further 3 steps, Phase 2 to prepare data collection sheet and Phase 3 to test the applicability of the selected indicators in two tertiary care hospitals during three months period. The outcome of first phase was final list of eight indicators which required development of six data collection sheets in the second phase. Testing applicability of these indicators in two hospitals proved that only two indicators were applicable in both hospitals namely; surgical site prophylaxis and antimicrobial resistant microorganisms, and two indicators were not applicable in the two hospitals namely; ventilator pneumonia and symptomatic urinary tract infection. The other four indicators were applicable in either of the two hospitals namely; surgical site infection, catheter associated urinary tract infection, venous catheter associated bloodstream infection for specific departments and neonatal infections (late onset). Constrains, conclusions and recommendations will be discussed.

RATE OF ADVERSE EVENTS IN THE UNIVERSITY HOSPITAL OF MONASTIR, TUNISIA

Mondher LETAIEF¹, Sana ELMHAMDI¹, Mohamed CHAKROUN², Adel Ben MAHMOUD³, Nouredine BOUZOUAIA^{2,3}

¹ Preventive medicine and epidemiology department (UR12/04), University Hospital Of Monastir, Tunisia.

²Infectious diseases department, University Hospital Of Monastir, Tunisia.

³ General Health Directorate, MOH, Tunisia

Context:Adverse events are patient outcomes due to medical care. They were defined as unintended injuries caused by medical management rather than the disease process. Building on the frequency and nature of adverse events in hospital level, specific strategies are required to address this issue and improve patient safety.

Objectives: Access the rate of adverse events and identify their preventability.

Patients and Methods: :We carried out a retrospective cohort study of hospital case records in the university hospital of Monastir (Tunisia). We randomly selected a sample of **618** medical records (hospitalization of 2005). The identification of adverse events was made by adopting a 2 stage reviewing process: a nurse first reviewed the medical record to check for the presence of at least one out of 18 screening criteria (the criteria's were not mutually exclusive). Then, if an adverse event was judged to have occurred, positive screenings by the nurse reviewer were reviewed by an expert physician to determine whether an adverse event had really occurred, then assessing its severity and preventability rates.

Results: The results show that mean age of our study sample was **44 ± 22** years, the sex ratio = **0, 9**. According to the nurse screening, **73 patients (11, 8%)** had experienced one or more events, **¾** of them experienced only one event and the **¼**, two or more events (a maximum of three events was noticed) and the total number of events was **93**. After the expert decision, 82 among the 93 criteria have been accepted.

The median hospital stay was **6 days** and we noted a statistically significant difference between adverse and no adverse event patients (**p < 0,001**). These events lead to a median additional length of stay of **8 days**.

We have also noted a significant difference in the frequency of adverse events among medical, surgical and intensive care units (**p < 0,001**). In the same way, patients with extrinsic risk factors, have a significant higher number of adverse events (**p < 0,01**).

According to the expert, **60%** of the adverse events were judged to have high preventability and **36, 2%** of them were related to an invasive procedure. Diagnosis and therapeutic errors were present in **22, 4** and **13, 8%** respectively. **62%** of the errors were related to a commission.

Conclusion: Our results highlight the magnitude of adverse events in our country, as this issue has been underestimated and under reported so far. Results may help establishing a national patient safety action plan and contribute to patient education, staff training and introducing a new vision considering the occurrence of adverse events as a system property rather than an individual responsibility.

JORDAN HEALTHCARE ACCREDITATION PROJECT (JHAP)

Bushra, I. AL-Ayed RN, M.Sc,

PHD student at University of Jordan / Faculty of Nursing

Background : Medical tourism is one the income resources in Jordan, unfortunately there were no accredited hospitals to encourage patients or organization to come for medical tourism to Jordan. Healthcare leader started the discussion that we needed a program that implement healthcare standards to improve the safety and quality of healthcare services delivered at the nation's healthcare facilities and to develop the mechanisms to sustain the process. In 2005 USAID funded the healthcare accreditation project with three main goals.

Aim : To establish the Healthcare Accreditation Council (HCAC) that will manage the accreditation system in Jordan and foster a culture of quality improvement, to develop hospital accreditation standards and test them using pilot hospitals, and to prepare pilot hospitals to obtain accreditation from Healthcare Accreditation Council.

Method : Assessment visits conducted for the hospitals to assess their readiness for accreditation by WHO consultant. And 17 pilot hospitals were selected from different healthcare sector in Jordan, to implement Jordanian standards (after being developed). Bimonthly workshops conducted to built knowledge and skills capacities needed by hospital staff to meet the Jordanian standards, and frequent hospital visit to assess hospital progress toward accreditation during the period from 2005-2007.

Results : Based on hospital assessment visit done to assess the progress of the hospitals in September 2007, all the 17 hospitals were able to give accreditation date in 2008.

RESULTS OF AN INTENSIVE INFECTION CONTROL PROGRAM: MEDICANA EXPERIENCES

Fulya ERTEM, Mesut YILMAZ

Infectious Diseases Department

MEDICANA HOSPITALS

PURPOSE : Infection control programs are of great importance in hospitals because of morbidity, mortality and increased treatment costs related to nosocomial infections.

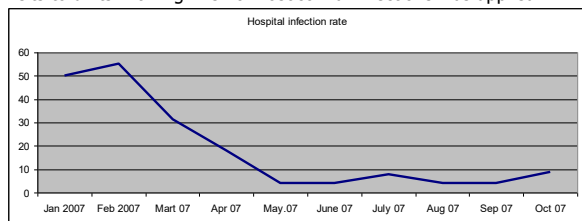
CDC has recommended the employment of a hospital epidemiologist and an infection control nurse in order to plan infection control programs for hospitals in 1970. The purpose of this study is to decrease hospital infection rates in MEDICANA HOSPITALS Çamlica with a highly controlled infection control program.

METHOD : A prospective, both patient and laboratory based surveillance program has been performed.

Surgical site infection surveillance has been strengthened by the postdischarge surveillance program. General/surgical intensive care units, which had the highest nosocomial infection rates were visited daily by the infectious diseases physician and infection control nurse. Strict contact isolation precautions were carefully applied to patients harboring multiple drug resistant microorganisms (MDROs). Education of staff (doctors, nurses and other health care personnel) regarding infection control and isolation precautions is mandatory. Infection control education of ICUs was repeated whenever a sudden increase in infection rates was observed. A "ventilator bundle" (DVT prophylaxis, sedation vacation, elevation of patients bed, peptic ulcer prophylaxis) was applied to ICUs in order to fight ventilator associated pneumonia. Each intubated patient was evaluated for presence of the bundle daily in ICU and >95% compliance was required.

RESULTS : Although hospital infection rate was 50 per 1000 hospitalization days in general ICU in January 2007, it was 8.9 per 1000 hospitalization days in October 2007.

While rate of ventilator associated pneumonia was 40 per 1000 ventilator days, it was 0 in October 2007. During this time there was no considerable difference in patient profile and a highly monitored infection control program comprising of active surveillance, ventilator bundle, infection control educations in ICU and daily visits to units with high risk of nosocomial infections was applied.



Hospital infection rate per 1000 hospitalization days in general ICU

CONCLUSION : To conclude, following an infection control program comprising of active surveillance, daily visits to high risk areas, educations and compliance to ventilator bundle, we had comparable infection rates with NNIS and other ICUs in Turkish hospitals. A well organized infection control program is mandatory in every hospital caring for patient safety.

CREATING A VISION OF QUALITY CULTURE AND ACCREDITATION IN A UNIVERSITY HOSPITAL- UÜ-SK EXPERIENCE

Assoc. Prof. Dr. M. Ayberk KURT – Assistant Medical Director & Quality Coordinator
Uludağ University Health Care Institutions

OBJECTIVE : Recognizing the importance of achieving better quality of in healthcare, Uludağ University Healthcare Institutions (UÜ-SK) has initiated a quality improvement program in 2005 and have accepted ISO 9001:2000 certification and JCI accreditation as the niche to reach its goals and objectives. The aim of this study is to share the journey of UÜ-SK, changes we made, the reflections and lessons we learned as a publicly funded University Hospital.

METHODS : The trigger of this initiative was the resolution, extensive preparation and the determination of the senior leadership. Involvement and contribution of stakeholders, democracy and transparency in policy making, comprehensive and coherent planning have been regarded as the main bottle-openers and a step wise approach in to achieve better quality healthcare has been used. As the first step the opinions and support of stakeholder have been sought through staff and student surveys. After insuring the immense support and strive for improvement; the necessary steering committee to conceptualize the quality framework for the institution; and widespread committee structure (ACCREDITATION TEAMS) to increase the awareness and involvement of staff in quality improvement. Institutional MISSION and VISION are redefined and policies have been developed to standardize healthcare provided. Organization wide framework to monitor and improve the quality of health care and patient safety has then been developed. Substantial budget needed to improve the technology and infrastructure that was crucial for improvement of healthcare were allocated. Indicators to monitor and improve our clinical and managerial processes were then identified, data aggregated and analyzed. All results indicating that the goals & objectives could not be achieved were considered as an opportunity for improvement and the efforts had been focused on root causes and how to eliminate them, using PDCA cycles by our improvement teams.

RESULTS : Complete patient journey, from admission to the discharge, have been redesigned and standardized by written policies. All staff have been trained on these policies and quality concepts. International Patient Safety Goals have become an integral part of our daily routine. We started to monitor our processes and improve them; so far 17 improvement projects (*including medication management, chemotherapy preparation and administration, Emergency, Discharge Process, Patient Clinical Records*) have been completed. Substantial investment have been made for infrastructure (new fire exit doors, hoses, smoke detectors, alarms, camera surveillance systems, ect). New medical equipment management and calibration system has been introduced. Most importantly, our staff learned to see when they look and we have started to work out how to become a learning and problem solving institution.

CONCLUSION : UÜ-SK's quality journey in the last two years, not only created an standardized, better and safer healthcare for our patients, but it also yield to the creation of a quality culture in the "heart" of the institution.

INCREASING THE EMPLOYEE SAFETY IN THE MEDICAL CENTRE FOR THE ALCOHOL AND THE DRUG USERS – MCADU (AMATEM)

Ahmet ÖZ, Nalan GÖKALP, Özge KAYA, Gülcan ÖZEN,
Asya AVCA, Zehra EROĞLU, Zümrâl YÜCEL
 Denizli Public Hospital /Denizli/TURKEY

Aim : Increasing the employee satisfaction is one of the main aims of our hospital and takes part in our association culture. Our aim in the Project is to increase the safety of the employees working in the (MCDAU)-AMATEM psychiatry clinic and their satisfaction. The project aimed to increase within 6 months the satisfaction rate of the employees to 70% which was 53% according to employee safety questionnaire.

Method : According to the application of the employees of (MCADU) – AMATEM psychiatry (MCADU) - AMATEM psychiatry Quality circle has been founded in May 2007. After a present situation analysis by brainstorming, we determined that psychiatry clinic employee safety was one of the queries needing to be improved. Risk analysis for the employees of psychiatry clinic was made according to the risk analysis procedure.

Results : The risk to the employees was calculated using a 25 points scale for each indicator: The earth quake risk was determined as 12, fire risk was 16, physical attack risk to employee was 20 and risk for falling from the stairs was 16. the satisfaction rate of the employees was 53% according to the employee safety questionnaire applied before starting the project.

Conclusion:

- Emergency Exit was built to the (MCADU)- AMATEM psychiatry building
- The basket field renewed to prevent in the way of Exchange the drug
- The preventive bands were made on the stairs
- The emergency Help System was made
- The metal detectors was bought
- The Security Camera System was founded
- The smoke detectors were bought
- The new service rules were developed and carried out
- The treatment protocols were developed and standardized
- The Security staffers were fixed
- The security and the cleanness staffers were trained
- The Entrance and Exit System with card was founded at the outside door
- The security point was founded

After the work the pleasure rate in the questionnaire of the employs security was calculated as %72.

DONOR SATISFACTION AS AN INDICATOR OF QUALITY IN A BLOOD BANK

**Altindis, Mustafa; Aslan, Savas; Altindis, Selma; Kalayci, Raika.
Afyon Kocatepe University, Faculty of Medicine, Afyonkarahisar.**

Aim : Patient satisfaction which is affected from various factors is a complex concept and an important indicator of high quality of patient care. Because of insufficient theories which explain patient satisfaction, in general, it is measured bases on to fulfill patient expectation or to get acceptance of the care by the patient. Therefore, in the literature, it was emphasized that the basis of patient satisfaction is fulfillment of patient expectations and patient-health personnel relations in a wide range.

Blood banks are known as the most problematic places which give daily and urgent care. The basic quality indicator in blood banks is mostly laboratory safety and accreditation. However, it should be discussed that donor satisfaction could be a criterion in blood bank care. For this purpose, this study aimed to determine the donor satisfaction, the quality of the care by the personnel and physical condition of the building with a questionnaire to the donors who applied to Afyon Kocatepe University Hospital to donate blood.

Method : In the questionnaire, it was asked about 400 donors who applied to blood bank between January to September in 2007 if they have any problems during the donation process. In addition, the following aspects were included in the questionnaire; the suitability of blood bank location and arrival, behaviors of the personnel, their ability to give information to the donors, official process and solution to the problems upon the emergence as well as the donors opinion of the blood bank. The questionnaire forms were comprised of fivefold likert scale questions.

Results : The mean age of donors included in this study in was found as 35.12±4.5; with 324 males(81%), 210 married (52.5%), 124 primary school graduates (31%), 176 middle school graduates (44%) and 100 high school and faculty graduates. If monthly income distribution is cross examined; It was observed that 41.5%(n:166) was ≥450 YTL, 18.7%(n:75) was 451-800 YTL, 16.2%(n:65) was 801-1000, 18.2%(n:73) was 1001-1200 YTL and 7.7%(n:31) was ≥1201 YTL.

The response rates to investigation satisfaction scale are found as below;

The rates of donors that say "I was able to find the Blood Bank easily"	: 90 %
'The Blood Bank personnel were smiling, patient and tolerant'	: 79.5 %
'I didn't wait so much while I was being taken care'	: 85%
'The care delivered is so sufficient'	: 80%
'I got satisfactory answers to my questions'	: 95%
'In general I'm pleased from the care that the Blood Bank personnel carried out'	: 90%
'During and after the blood donation,	
'I was informed truly and satisfactorily by the blood bank personnel'	: 92.5%
'Registration processes were easy and fast'	: 80%
'Blood bank personnel were clean and tidy'	: 85%
'The physical appearance of Blood Bank is so good'	: 73.5%
'I advise to other this blood bank'	: 85%

Conclusion: In this study, the focal point of the donor satisfaction was determined as communication skills of the personnel and giving satisfactory information to the donors.

KENT HOSPITAL, JOINT COMMISSION 2007 INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS PRACTICES

**Ayşegül TEKİN
Kent Hospital, İzmir, Turkey**

Aim : International Patient Safety Goals have been required for implementation as of 1 January 2007 from accredited hospitals by Joint Commission International. The objectives of Kent Hospital's implementation of these goals are; promoting important challenges for patient safety, representing proactive strategies for reducing risk of medical errors, drawing attention of high quality health care and focusing on system wide solutions.

Method : Considering of the requirements of International Patient Safety Goals relevant disciplines have come together and processes have been designed according to goals or they have been modified.

Summary:

Goal 1, Identify patients correctly. Two ways are being used for identifying patients. Patient room number and location are forbidden for identifying patients. For outpatients, patient's name- surname and date of birth are being identified. For inpatients, patient's name- surname and protocol number from his wrist band are being identified.

Goal 2, Improve effective communication. Verbal/ telephone orders are written down in Daily Observation Form by nurse/ floor physician, then order is read back by the receiver of the order and then have been confirmed

Goal 3, Improve the safety of high alert medications. Concentrated electrolytes are not present in patient care units and they are stored in Pharmacy with the label of High Risk Medication. If physician orders concentrated electrolytes, they are diluted by the pharmacist in the pharmacy and send to patient care units.

Goal 4, Ensure correct-site, correct-procedure, correct- patient surgery. Process consists of three steps. Preoperative verifying, marking the surgical site and time out before surgery.

Goal 5, Reduce the risk of Health care associated infections. An effective hand hygiene guideline has been developed.

Goal 6, Reduce the risk of patient harm resulting from falls. In patient care units, the list of medications can cause fall is present. The initial assessment of patients for fall risk and reassessment of patients are made by nurses.

Results : Quality department, internal quality surveyors consisting of health care and administrative staff surveyed International Patient Safety Goals practices through the organization. In addition, relevant committees have also made surveys. For example, Infection Control Committee surveyed Hand Hygiene program. 304 health care personnel that include physician, nurse, porter and the others have been observed. They measured using water, soap and alcohol based hand antiseptic, before contacting the patient, after contacting the patient, before wearing gloves, after wearing gloves. The results of the observations for after contacting the patient practice of hand hygiene for physicians; %41 of them used water and soap, %31 of them only used alcohol based hand antiseptic and %27 of them took no precautions. After contacting the patient practice of hand hygiene for nurses; %71 of them used water and soap, %27 of them only used alcohol based hand antiseptic and %2 of them took no precautions.

Conclusion : By implementing these goals, one more step has been taken for improving patient safety and quality. Processes for reducing risks for patient safety have been designed.

TRANSITION TO QUALITY AT MEDICAL DEVICE MANUFACTURERS and CE MARKING

**SALKIM İsmail,
STM- Defense Technologies Engineering and Trade Inc.,
Ankara,TURKEY**

A new change period that we call Industrial Revolution started after thousands years of agricultural life period. In health sector, new surgical technologies integrated with artificial drugs and modern hospitals have developed in this period. Transition to quality in this sector would be nearly mandatory because medical devices to protect our health are used not only in hospitals but also at home. Because every group from manufacturer to final user have to meet specific conditions. Besides, pressing of regulatory requirements for applying the quality standards to medical devices manufacturers accelerate the transition to quality in sector. Manufacturer meet the quality standards for the first time with applying of ISO 9001 standards in Turkey. EN 46001 standart followed ISO 9001, then ISO 13488 followed and ISO 13485:2003 standart for quality management systems for medical devices manufacturer issued with the revision of this standard sector oriented. Completion of this transition and providing of compliance were not easy for manufacturer. This transitions is completed by applying of different stages and problems confronted this transition and still existing barriers in front of manufacturer are presented in this paper.

The most popular regulatory requirements for pressing manufacturer about applying quality managements standard are applications of directives about medical devices. As known, regulatory requirements and their applications getting by three directives (medical devices directive, active implantable medical devices directive and invitro medical devices directive) are mandatory. Required regulations started with studies made by Ministry of Health with European Union compliance frame in our country. Application of medical devices directive has become mandatory since 01.01.2004. CE marking would be mandatory as result of medical devices directive applications. Manufacturers have two ways to reach CE marking in accordance with medical devices directive. First of these CE marking of products(Class I) have not got risk factor, and manufacturers have responsibility. Manufacturer provides internal production control and prepares product technical file and put on the CE mark. Internal production control can provide with establishment of ISO 9001:2000 quality management system. But certification is not mandatory. Second way is that CE marking of products (Class I*, Class IIa, Class IIb, Class III) have risk factor. This way requires complex and long time process. Establishment of quality managements sytems is mandatory for certification of these products. Medical device manufacturer are applied ISO 13485:2003 standard in this condition. Certification of product and product documentations prepared and audited in this system scope with ISO 13485:2003 applications is necessary. Establishment of ISO 13485:2003 quality management systems is not enough for certification. In addition to that safety product has to be manufacture and product with the documentation have to presented to relevant authority. The intervention of notified body authorised by EU Comission is necessary for certification of products having risk factor. There is no notified body in Turkey now and this condition presses manufacturer. Manufacturer problems are reflected in this paper.

ISO 13485:2003 standard brings excellent management infrastructure integrated the ISO 9000 for medical devices manufacturer. This standart hereinafter will be guide for medical devices manufacturer. Primary objective in medical device manufacturing is control process and process output. Success of quality will be visible providing improvements either proces and output. Integration quality management sytem model provide good base for ISO 13485:2003 process orientation and process output orientation. Instead of a functional management which lost its efficiency, a factual outcome is supplied through integration among processes, by stressing upon management process. Process attitude enables producers to produce quality and safe products by bringing specific requirements to production of medical devices, which is also supported by ISO 13485:2003, which is applicable to the sector. On these grounds, only by producing products which meets expectations, it also makes masses, who have thought of displaying quality and safe product, lose their existence. Some specific requirements, which are towards the sector but do not have other quality management system standards, come into being by ISO 13485:2003 standards.

Institutional improvements and internationally recognized documentations should be expanded in order to make our country competitive on global levels with medical products and services, and to make the sector improve. Although this condition became a must with CE marking, it must not be forgotten that sustainable betterment is the key point. Our manufacturer at least have made a start point by transiting to quality since 2004. It should be known financial dimension of quality and organizational development will turn to profits in long term period. Quality and betterment should be recognized as not sub-processes servicing for a goal but just a part of making work. At this point, the institutions which target quality and want to apply quality criteria in their works, expect for purchasing qualified and safe approved products, and want the firms, which they want to work with, to certificate quality. These institutions are even not satisfied with quality processes whirh are obliged in terms of law affairs, and they may wish more advanced quality applications to be in a frame of continuous betterment.

İZMİR SUAT SEREN CHEST DISEASE AND SURGERY EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL PATIENT AND PERSONNEL SAFETY PROCEDURES

**Ali Kadri ÇIRAK*, Mehmet BÖNCÜ*, Gülcan CANASLAN*, Leyla Öztürk*,
Olgun Kazım KULAÇ* Mustafa COŞKUN***

*İzmir Suat Seren Chest Disease and Surgery Training and Research State Hospital

Aims: Patient and personnel safety concepts have become more important after Quality Management System studies began in state hospitals. In this study, we present knowledge about some patient and personnel safety applications in our hospital.

Method:

- Patient and Personnel Safety Comities were formed
- An institutional policy about occupational health and personnel safety was designed
- Probable dangers for patients and personnel were determined
- Risk evaluation was performed
- Risk scores were calculated by using Risk Matrix Method

Findings: We determined our occupational health and personnel safety policy as to get a safe environment for both of the patients and personnel, to protect them from probable problems related to surroundings and working conditions. We aimed at first to do risk evaluation of hospital and then to perform some corrective and preventive actions towards these. We started to write down the problems about patient and personnel safety due to reach some measurable data. According to these data, we planned to do necessary arrangement and corrections due to minimize the risk. In addition, an education plan about risks and protection was made for personnel and patients.

Risk Evaluation Method

Probable Risks:

- Slide /fall down to floor
- Care or repair hazards
- Fire and explosion
- Violence to personnel
- Skin contact to harmful material
- Neck problems due to inappropriate ergonomy
- Inappropriate environmental temperature (extreme heat)
- Insufficient level of light

- Injector tip injuries
- To catch infection from patient
- Incorrect side surgery
- Hospital acquired infections
- Problems with patient transfer
- Diagnosis failures
- Inappropriate vital sign monitoring
- Giving inadequate information to patient after discharge from hospital
- Incorrect blood transfusion

There are many types of method for risk scoring. We used 5x5 Matrix Method. In this method Risk = Probability x Effect.

Grading of probability: 5, everyday (very high probability); 4, every week (high probability); 3, every month (moderate probability); 2, once per three months (low probability); 1, once per year (very low probability)

Grading of harmful effect: 5, (very severe) death or permanent harm; 4, (severe) severe injury, occupational disease; 3, (moderate) injuries healing at least in three days; 2, (mild) mild injuries; 1, (very mild) accident with no injury or harm.

Evaluation of Risk Points: 20, 25, 15, 16 High risk, 10, 12, 8, 9 Risk needed to be taken into consideration, 1, 2, 3, 4, 5, 6 Acceptable risk

Results: Activities related to patient and personnel safeties besides the increasing satisfaction of them also provide positive effect about hospital prestige.

ASSESSMENT OF DATA OBTAINED BY MONITORING IMPROPER MEDICAL PRODUCTS AND SERVICES FROM THE VIEWPOINT OF PATIENT SAFETY

Gümüş Zekeriya, Özcanlı Zeynep, Özdemir Fatma

Ordu State Hospital, Ordu/Turkey

Purpose: The purpose is to assess the improper medical product and service notices monitored within the framework of the ISO 9001:2000 quality management system implemented in our hospital from the viewpoint of patient safety.

Method: A total of 225 improper product and service notices served in 2005, 2006 and 2007 (for 10-month periods) are included in this retrospective study. Out of the said notices, those threatening patient safety were considered to be significant and classified as mildly, moderately and highly risky.

Results: Out of the above-mentioned 225 notices, 66,22% were found to be insignificant whereas 33,78% were considered significant. Out of the latter, 27,11% were classified as mildly, 6,22% as moderately and 0,44% as highly risky. The ratio of highly risky notices with a potential to threaten patient safety is fairly low. It is worth noticing that the most common notices involve medical consumables and equipment (47,11%).

Conclusions: The assessment of the above-mentioned findings on the basis of the patient safety concept as defined in literature reveals that sufficient data and information about patient safety is not available in the currently applicable ISO 9001:2000 quality management system and that the ratio of notices concerning highly risky events is as low as 0,44%. Failure to notify medical errors may be due to the health worker's dread of being accused and penalized.

To encourage the service of notices concerning events threatening patient safety, the government should pass legal regulations, the executives of concerned organizations should lead the employees and importance should be attached to education. Different policies and strategies should be developed to establish patient safety risks in rendering health services and to analyze basic reasons.

KEY WORDS: Patient safety, medical errors, quality management

IN –SERVICE TRAINING PRACTICES DIRECTED TOWARDS WORKING PERSONNEL IN ORDER TO PROVIDE PATIENT SAFETY: THE EXAMPLE OF BAYINDIR HOSPITALS

**Erkan E, Sancar S, Bahtiyar A,
Bayındır Hospitals, Ankara, TURKEY**

ABSTRACT : Provision of patient safety and prevention of medical faults are among important priorities of health system in each stage of presentation of services. Health facilities should take every measure in order to prevent any injury caused by the services presented to the patient. One of these measures is in-service training of the personnel. This study aims to reflect in-service training practices performed in Bayındır Hospitals in order to provide patient safety.

In-service training practices were administered to 773 personnel of our hospital between January 1st and December 31st 2006. There were five main topics of training program: Orientation Training directed towards all beginners, Basic Training, Occupational Training and Development Training directed towards all personnel and Administrative Skills Training directed towards directors. In the last month of each year "Educational Needs and Demands Forms" were obtained from the departments and these forms were evaluated by Quality and Training Department. Additionally inconsistencies that were determined as a result of internal auditing practices, new legal requirements, new topics that occurred due to sectoral/ technological developments and consequences of "Patient Satisfaction Questionnaires" were evaluated and in the light of these evaluations Annual Training Plans were prepared.

Before commencing the training program all participants were informed with internal correspondence. At the end of each program, all participants were asked to answer a questionnaire about the training. Moreover, quality indicators that were regularly monitored in our hospital provided information about the effects of training programs. Records of training programs were saved in personal electronic files of the participants.

The context of patient safety forms the base of all our training programs. We are continuing to observe the effects of training programs on the behaviors of the personnel. The level of "Patient Education before Discharge" indicator which was 52% at March 2006 increased to 91.6% at April 2006 after training program.

The satisfaction from training programs rate of all participants was 84% during 2006.

Key Words: Patient Safety, Training, Activity

CREATING A PATIENT SAFETY CULTURE IN HOSPITALS: LESSONS LEARNED FROM A RECENTLY ACCREDITED PUBLIC HOSPITAL

Bilgin Tak, Alis Özçakır
Uludağ Üniversitesi

Overview: Accreditation projects should be designed as a two-dimensional change management programme consists of technical and cultural components. Unless a cultural change based on patient safety paradigm occurs, policies related to accreditation standards never put into practice and accreditation efforts might fail.

Purpose: To discuss how a patient safety culture can build in a hospital and to point out critical success factors(CSF's) for accreditation processes by using a university hospital's experiences which is recently surveyed by Joint Commission International(JCI).

Results:

1.Leadership Top management must be committed to create a patient safety place by allocating necessary resources such as patient identification systems , clean room technology or hand hygiene campaign . As some patient safety practices require top management level decisions such as "No marking, no surgery policy" make leadership for creating a patient safety place vital.

2.Communication Verbal, written and visual communicating tools should be used effectively so that make people sensitive for patient safety issues. Posters, bulletin, handbooks and boards located in patient care areas have critical importance in order to communicate patient safety goals, quality indicators and best practices.related to patient safety issues .

3.Participative management and teamwork Principally all patient safety policies should be made by the improvement teams composed relevant people. For example "read back, repeat back policy about critical test results" might be written collaboratively by a team consisting of members representing all laboratories.

4.Recognition and rewarding systems According to Covey "You get what you rewarded". Thus recognising and rewarding people based on patient safety mindset is important.

5.Redesigning HRM systems For building patient safety culture some adjustments are necessary in Human Resources Management(HRM) systems. For instance, privileging policy would never be allowed to assign incompetent people to a position that is critical for patient safety .

6.Empowerment and self- management Many organization researches revealed that direct supervision do not work in order to create behavioral changes, empowerment and self-control become the magic words for building a patient safety place. Thus, delegating authorities and creating a parallel organizational structure consists of departmental quality councils which are responsible for patient safety practices may be useful.

References:

- Schein, Edgar H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass, San Francisco
- Schneider, Benjamin. (1990). *Organizational Climate and Culture*, Jossey-Bass
- Lorsch, Jay W. (1988). "Strategic Myopia : Culture as an Invisible Barrier to Change", *Gaining Control of the Corporate Culture*, Ralph H. Kilman (Ed.), Jossey-Bass,
- Davis, Tim R. V. (1988). "Managing Culture at the Bottom", *Gaining Control of the Corporate Culture, Administrative Science Quarterly*, Vol.36, 552-582
- Kilmann, Ralph R.; Saxton, Mary J.; Sepra, Roy. (1988). "Five Key Issues in Understanding and Changing Culture", *Gaining Control of the Corporate Culture*,
- Deal, Terrence E. ; Kennedy, Allen A. (1982). *Corporate Cultures : The Rites and Rituals of Corporate Life*, Addison-Wesley
- Denison, Daniel R. (1984). "Bringing Corporate Culture to Bottom Line", *Organizational Dynamics*, Vol.13.2, 05-22
- Harrison, Richard J. ; Carroll, Glenn R. (1991). "Keeping the Faith : A Model of Cultural Transmission Ralph H. Kilman (Ed.), Jossey-Bass,
- O'Reilly, Charles A. ; Chatman, Jennifer A. (1996). "Culture as Social Control : Corporations, Cults and Commitment", *Research in Organizational Behavior*, JAI Press, Vol.18, 157-200
- Schein, Edgar H. (1999). *The Corporate Culture Survival Guide*, Jossey-Bass
- JCI International Patient Safety Goals.Available from:<http://www.jcipatientsafety.org>
- Hospital survey on patient safety culture. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture>

OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY IN HEALTHCARE ORGANIZATION AND EXPOSURE TO INFECTION

Selma ALTINDİŞ; Nevzat DEVEBAKAN; Mustafa ALTINDİŞ

Afyon Kocatepe University, Faculty of Medicine, Afyonkarahisar; University of 9 Eylül, Izmir Vocational High School, Healthcare Management, Izmir.

Aim: While healthcare employees provide service to patients, they are exposed to a series of risks and dangers originating from the very nature of the service they provided (biological, chemical and physical, psychosocial, environmental). In this respect, like those all over the world, also in Turkey, healthcare organizations range among the most risky organizations in terms of health and safety. In other words, work accidents and occupational diseases occurring in this field bring about more serious and even lethal consequences than those occurring in other sectors. Generally in all fields of working life, particularly in the field of healthcare, occupational health and safety brings responsibilities to the state, employer and the employees themselves. Aim of this study is to determine the exposures to infections and in what degree the state, employer and the employees themselves execute their responsibilities about occupational health and safety.

Method: In this study, 242 healthcare employers from different hospitals in Afyonkarahisar were included into study all employers participate to face to face questionnaires. The majority of the subjects were in the age of 21-30 years old (52.3%) followed by the age of 31-40 years old (26.8%). One hundred third four percent of the employers (56.3%) were graduate from university, 73 (30.7%) from high school, and 17 (7.1%) had master education. The rates of working duration in this sector in 81 (34%) were 1-5 years, in 70 (29.4%) were 6-10 years and in 44 were 11-20 years. Eighty subjects were clinic nurses, 18 policlinic nurses, 11 midwife, 23 laboratory personnel, 31 roentgen and other technical personnel, 72 healthcare staff.

Results: In this research; who says; very good / agree / Yes

Does State take measures providing occupational Health and Safety?	7.4%	
Does management of hospital execute occupational Health and Safety principle		6.2%
Director of hospital was preventive risk about the occupational Health and Safety		4.6%
Director of hospital was preventive to employees about the occupational Health and Safety		3.0%
Director of hospital was knowledge to me about my employ	4.6%	
There is education in the our hospital about the occupational Health and Safety		67.2%
I attention to me and our friends effect to employ risk		37.2%
I attention to procedures which preparation by employer about the occupational Health and Safety		24.1%

I used correctly personal barrier (mask, gloves, etc..)	36.0%	
Occupational Health and Safety provide not only director of hospital but also all employees		38.5%
Occupational Health and Safety system is adequate for our hospital, generally	3.8%	
Employ in the hospital is sources of stress	45.6%	
State bring responsibilities about occupational health and safety	9.3%	
Employer bring responsibilities about occupational health and safety	6.8%	
I am bring responsibilities about occupational health and safety as a employees	24.6%	
Is there any doctor for staff in your hospital		56.0%
Are you exam to porter periodically	23.7%	
Have you got a health certificate during the start first employ		82.1%
Did you vaccine to hepatitis	71.2%	
Have you got a verbal and psychical terror from patient in the hospital		47.1%
Have you got a exposure with blood of the patient with hepatitis		51.1%
Have you got a pain of neck, lumber, shoulder, and arm		61.7%
Have you got insomnia?	40.2%	
Have you got a any exposure penetrate instruments		45.3 %

Conclusion: Although healthcare organizations are the most risky places in term of dangers resulting from occupation, it was determined that information level and arrangements oriented directly towards the safety of healthcare personnel were too few and insufficient. It is evident that related organizations and subjects have serious duties.

DETERMINATION OF INCORRECT NURSING CARE

Vatansever Özgül, Utkutan Selvinaz, Kurt Seyyare
Dokuz Eylül University Hospital/Izmir/Turkey

AIM : Reporting errors in practice and ensuring patient safety.

INTRODUCTION : Errors are generally defined as unwanted and unpermitted behaviors and actions. The responsibilities that ethical principles give to nurses make it necessary that the safety and benefit of patients is ensured, and that some precautions be taken to prevent injuries from happening. The responsibilities in providing nursing care are increasing daily. Accordingly the basic aim is to prevent errors from occurring, to eliminate the possibility of error and to protect patients from injury caused by possible errors (1). The areas in nursing care in which errors can occur are patient diagnosis, monitoring, care, preparation and implementation of treatments, and patient safety errors. It is important for all errors in practice to be reported for the causes to be determined and prevented. Preventive measures always need to be directed at the system and not at punishing the individuals. When this is known by employees it will facilitate the accurate and timely collection of reports (2).

METHOD : At Dokuz Eylül University Hospital a "Description of Inappropriate Care Form" is used for errors that occur in the provision of nursing care. There are places on the form for the date of the incident, in which division it occurred, the person describing the inappropriate care, the description of the inappropriate care, root cause, recommendation for resolution, and evaluation. This study was conducted as a descriptive study with 70 Inappropriate Care Forms completed between October and December 2007.

FINDINGS : The distribution of root causes of the errors determined on the Description of Inappropriate Care Forms showed that, of the errors reported, 31% were in treatment preparation and implementation, 20% in patient monitoring, 17% in patient care, 10% in patient diagnostic process, 6% in intervention, 6% in medical instrument and supplies, 4% in receiving doctor's orders, 4% in communication, 2% in patient safety, and 1% in infection control measures. More than half (59%) of the errors occurred during day shift and 41% at night.

RESULT : While giving health care effort is made to avoid causing injury to patients, to give accurate and timely care, to monitor, to use the correct instrument and supplies while giving the correct treatment, and to ensure patient safety. Knowing the root causes of errors in nursing practice will help to prevent these errors from occurring in the same interventions.

REFERENCES: 1. Aştı T., Acaroğlu R., Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar (Frequently seen errors in nursing practice). C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000,4(2)

2. Aslan Ö., Ünal Ç., Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları (Errors in parenteral medication practices in a surgical intensive care unit). Gülhane Tıp Dergisi 2005;47:175-178

THE ANALYSIS OF PATIENT RIGHTS

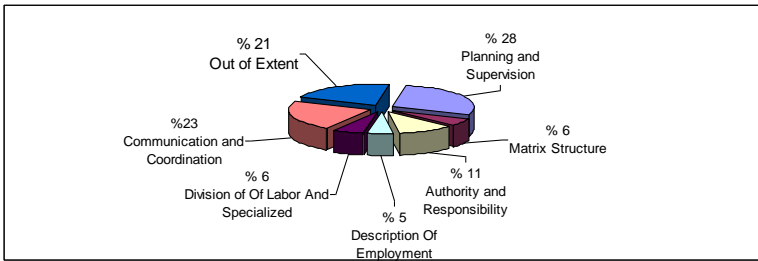
Küçükilhan Mustafa, Lamba Mustafa, Akbulut Gokhan, Demirturk Nese, Karahan Atilla
Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Research and Education Hospital,
Afyonkarahisar, Turkey

Aim: The aim of the present study is to determine the whether the requests and complaints done to Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Research and Education Hospital is related with the organization-related gladness or not.

Method: Between the 26.10.2006-01.11.2007, 100 hundred complaints were divided into six main groups considering the organization related problems. These were as follows: 1. Planning of the services, control and evaluation. 2. Matrix organization structure 3. Qualification and responsibility balance 4. The deficiency of mission description between current divisions 5. The division of labor and becoming an expert 6. The coordination and problems related with communication. The study was analysed by using content analysis. During the analysis of data, the expressions in all application forms were reduced to more suitable and meaningful comments. Additionally the data which is not suitable for any kind of category were excluded from the study. So every data were quantified in related category and converted to interpretable form.

Results: The applications were as follows: 35% female, 65% male, 30% civil servant, 23% retired, 39% 41 years old and above, 36% 30-45 yrs old, the admissions were to 32% administrative personel, 22% to doctors, 17% to nurse, 9% to management, according to service type, 44% to polyclinics, 18% to clinics. The results of admissions were against to workers in 51%, in favor of workers in 23%. 22% of admissions were related with recommendation and good wishes. 4 % of admissions were waiting for evaluations.

Figure 1. The problems related with organisaiton structure and percentages



Conclusions: As shown in table, the most frequent organization related problem was planning and supervision. This shows us that the managers should be careful in planning the future projects and they should work with more specialized persons. The second most important problem was communication and coordination that showed us working personnel might have problems with public relations. So the personnel should be chosen more selectively, in-service education programmes should be set and the deficiencies were excluded. The out of extent section includes recommendations, pleasure and good wishes. As it is well known, hospitals contain several groups of employers working in different situations in large areas. Preparing the working rules for all employees for supervising the sections will decrease the authority and responsibility related problems and patient satisfaction will increase.

REVEALED EFFECTS ON NURSING SERVICES DUE TO NURSE-RESIGNATIONS FOR RECENT NURSE-APPOINTMENTS OF THE TURKISH MINISTRY OF HEALTH

Cahide CEVİK, Güler GÖKAY, Atilla KARAHAN

Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama Ve Araştırma Hastanesi / Afyonkarahisar / Türkiye

Objective: This study aimed to determine the revealed effects on nursing services due to nurse-resignations for recent nurse-appointments of the Turkish Ministry of Health.

Method: First, number of nurse-resignations was determined in between February and December 2007. Then, the number was divided by total number of nurses in the institution to find out the resignation-percentage in the period. Finally, number of nurse-resignations in June 2007, in which resignation occurred most, was divided by total number of nurses in the institution to find out the resignation-percentage.

Findings:

Table 1. Nurse-resignations Distributions for Months of Year 2007

Month	Number of Nurse-resignation	Month	Number of Nurse-
January	4	July	6
February	1	August	9
March	2	September	2
April	1	October	0
May	0	December	3
June	29		
Total	57		

Total number of nurses in the institution is 193 and total number of nurse-resignations is 57 in between January and December 2007. 30% (n=57) nurse-resignation occurred the period of time and 16% (n=29) of the resignations attract to attention in June 2007, in which most resignations occurred.

Conclusion and Suggestions:

1. Revealed reasons of resignations are evident of the Turkish Ministry of Health appointments, low salary, replacement to where spouse live, finding jobs in private institutions.
2. The most resignation occurred in June 2007, in which the Turkish Ministry of Health Nurse-appointments were in progress. Due to these resignations, nursing services in the institution disrupted. Replacement of new nurses could not be possible in the sort time of period, so that yearly vocational-breaks of remaining nurses were canceled and they forced to work overtime. In this case, it caused to lower the motivation and affect the nursing services.
3. MEST (Medical Emergency Service Technicians) and PHT (Public Health Technicians) had to be employed due to lack of in number of nurses. This situation made the nursing a mastery-apprenticeship profession and unfortunately it became a disturbing reality for nursing profession.
4. Incoming nurses with the MEST and PHT were in put night shifts without orientation and adaptation periods and the risks were taken by the institution.
5. Anesthesia Intensive Care Service of the institution was closed due to lack of the number of nurses and many services were shrunk. In addition, many patients had to be sent out hospitals in the other cities.
6. Frequent Nurse-resignations cause exchange of personals. This situation affects the quality of nursing services.
7. Enough number of nurses is required to increase quality and satisfaction of patient care services. So that needs (in terms of number) of permanent staffs for institutions providing 3rd grade health services must be taken into account.

AN ORGANIZATION DEVELOPMENT PROJECT CONDUCTED IN AN ACCREDITED UNIVERSITY HOSPITAL TO ACHIEVE PATIENT-FOCUSED CARE

Bilçin TAK¹, **Umut EROĞLU**², **Kurtuluş KAYMAZ**¹

¹ Uludağ University, Bursa, Turkey / ² Çanakkale On Sekiz Mart University, Çanakkale, Turkey

1. PURPOSE The primary aim of this organization development (OD) project is to change healthcare personnel behaviors in order to provide patient-focused healthcare services in a university hospital. During the preparation of JCI Accreditation survey, university hospital's Quality and Accreditation Council reviewed patient and family complaints and satisfaction survey results, and then decided to be conducted an improvement project by an expert team.

2. METHODOLOGY The stages performed in this organizational development (OD) project based on Planned Change Model can be described as follows:

2.1. Entering and determining project framework: Firstly, hospital management and organizational development experts hold a meeting in order to determine main framework, timetable and implementation stages of the project and to decide which expectations and outcomes could be driven from the project. At the end of the meeting all parties agreed on the hospital's problem can be solved by creating a patient-focused paradigm change in the hospital's administrative personnel.

2.2. Diagnosing the problems: To determine and understand the problems of hospital different diagnosing methods are used. These are shown below:

Target group	Data Collecting methods	Tools
--------------	-------------------------	-------

Secretaries work in inpatient and outpatient clinics, registration staff, security staff, PR staff	Observations	Observation form
	Interviews	Interview Form
Appointment registration and telephone exchange staff	Call records (On the phone)	Electronic records and rating forms
	Interviews	Interview Form
Hospital managers	Interviews	Meeting minutes
.....	Unobtrusive measures	Patient and Family Satisfaction Survey reports, Patient and family complaint statistics
All groups	Questionnaire	Consists of organizational identification, organizational commitment and perceived organizational prestigious constructs

2.3. Planning and implementing interventions Based on carefully diagnosis human-processual interventions are preferred in order to solve communication and attitudinal problems. In this sense, 316 people within 16 groups consisting of clinic secretaries, security staff, registration staffs, PR staff and telephone exchange personnel had been trained in daily sessions.

Training program composed of theoretical and practical knowledge using visual presentations, teamwork, role playing and case study methods. Case studies were written by the project team members based on call records, anecdotes that staff narrated during interviews and observations in working areas. As healthcare personnel analyzed very familiar cases, they could see their faults clearly. At the beginning of the session, Project Team Leader conducted a brainstorming based on questions such as 'How does an ideal hospital look like and how does it function' in order to make training groups sensitive about their roles and to promote value connotations to their jobs. Furthermore, brainstorming groups realized that *their position had great importance for delivering quality healthcare services*. The examples of the brainstorming results from each session, photos and video records of role playing, teamwork, and case study presentations are going to be shown to congress participants.

3. RESULTS:

1. At the end of the training sessions, an agreed manifestation called "**How I Should Do My Job?**" yielded. This manifestation, signed by the medical directors as a consensus text, displayed on boards in the whole hospital work stations.
2. During JCI Accreditation survey, surveyors were impressed by administrative personnel's commitment about quality. In this sense compliments took place in the survey feed-back report.
3. Personnel's empathy skill is promoted through role playing and team working.
4. After the OD Project, personnel reported that their organizational identification and commitment was sounder and they were proud of working for this university hospital.
5. After the Project, patient and families' satisfaction level about hospital's administrative personnel behaviors has risen. .
6. The personnel covered by the project will be followed periodically in terms of whether they acquired a desired attitudes and behaviors or not, by using observations and calls.

REFERENCES:

- FERNANDEZ, Sergio ve RAINES, Hal G., (2006), "Managing Successful Organizational Change in the Public Sector", *Public Administration Review*, 66(2).
 FRENCH, W., (1969), "Organization Development: Objectives, Assumptions and Strategies", *California Management Review*, 12(winter).
 HUSE, Edgar F., CUMMINGS, Thomas G., (1985), *Organization Development and Change*, New York.
 LEWIN, Kurt, (1951), *Field Theory and Social Science*, New York: Harper&Row.
 LIPPIT, R., WATSON, J., WESTLEY, B., (1958), *the Dynamics of Planned Change*, New York: Harcourt, Brace and World.
 PETTIGREW, M. Andrew, WOODMAN, W.Richard, CAMERON Kim S., (2001), "Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research", *Academy of Management Journal*, 44(4)
 ROBERTSON, Peter J., ve SENEVIRATNE, Sonal J., (1995), "Outcomes of Planned Organizational Change in the Public Sector: A Meta-Analytic Comparison to the Private Sector" *Public Administration Review*, 55(2).
 WHITE, Sam E. ve MITCHELL, Terence R., (1976), "Organization Development: A Review of Research Content and Research Design", *The Academy of Management Review*, 1(2).

ÖZEL TAM-MED HASTANESİ ACİL KALİTE ÇEMBERİ ÇALIŞMASI SONUÇLARI

- DR.BERKANT MAY ÇEMBER LİDERİ
- **ÜMİT SAHİN** KALİTE KOORDİNATÖRÜ
- MEHTAP KORKMAZ KALİTE KOORDİNATÖR YARDIMCISI
- HEM. SEVGİ YILDIZ ŞAHİN ÜYE
- HEM. ZEYNEP YILDIZ ÜYE
- HEM. ZEYNEP DAĞDEVİREN ÜYE

SUMMARY : The mission of TAM-MED Hospital is to supply a reliable health care service to Gaziantep-GAP (South-West Anatolian Region Project) area since it has established at 1994. It has initiated to set up a quality system in 2005 and been honored to get ISO 9001:2000 certificate, an international quality certificate, in 2006. In this context TAM-MED Hospital has started international accreditation studies. At the first stage of implementation of the accreditation criteria it has targeted the integration of ISO 9001:2000 and the Quality Improvement Criteria of the Ministry of Health and the study has been continued accordingly. As it has been one the components of the initiative, the results of activities of the Emergency Health Care Services Improvement Quality Circle have been given in this presentation to share them with similar establishments.

Key words: Hospital, Quality, Accreditation, Quality Circle

KIRIKKALE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ

Dr.Mehmet Ali UĞURLU

Kırıkkale Yüksek İhtisas Hospital

SUMMARY : Infection control committee was established at April 25th, 2005 in Kırıkkale Yuksek Ihtisas Hospital. Then this committee started to take effective role in surveillance of hospital infections, antibiotic usage control, disinfection, sterilization and care of laundry-kitchen. In this report we presented summary of activities. Our aim is to decrease hospital infection rate and keep this rate steady at lower level.

PRESENTATION OF SPONSOR COMPANIES

CERTIFICATION AND ACCREDITATION IN HEALTH-QUALITY AND CALIBRATION SERVICES AT UZUMCU COMPANY

SPEAKER : FATİH SAHİN,
Responsible Person From Laboratories, Engineer,
UZUMCU MEDICAL EQUIPMENT AND MEDICAL GAS SYSTEMS

NEW IMPROVEMENTS ON MEDICAL INFORMATICS

**SPEAKER : GURDAL SAHİN,
SIEMENS, MEDICAL SOLUTIONS**

SGD – “PHARMACY STAR” CHECKUP MODEL

**SPEAKER : DR.LEYLA USTEL,
ASSOCIATE ADMINISTRATOR,
SGD, TRAINING AND CONSULTING COMPANY**

Are you aware of the weaknesses of your hospital medication system?
SGD 20 hour “**polygonal probe**”checkup provides **a realistic roadmap** for system development.

Checkup Spectrum Bullet Points:

- **Medication Utilization Cycle Management System:** The process network from medication procurement to patient monitoring.
- **Medication Information Quality:** The quality assurance framework of pharmaceutical, clinical, and pharmacoeconomic drug information.
- **Medication Safety Procedures:** Proactive risk management approach, interdisciplinary role matrix.
- **Human Resources Empowerment:** Vision-based professional development, result-oriented performance coaching.
- **Pharmacy Balanced Scorecard Mapping:** The weighed consolidation of the performance of critical success factors.

SGD Checkup Tool-Box:

- Quantitative SWOT Analysis (Impact-Probability Matrix)
- Problem-Sensitive Checklists
- Focused Gap Analysis
- Process Triage Criteria
- Metrics Development

APPLICABLE QUALITY AND ACCREDITATION ACTIVITIES

**SPEAKER : SAVAŞ DOĞRU,
MIS CONSULTING FIRM**