



IV. ULUSLARARASI SAĞLIKTA KALİTE, AKREDİTASYON VE HASTA GÜVENLİĞİ KONGRESİ

“Hasta Güvenliği’nin Güçlendirilmesi, Sağlık Bakım
Kaynaklı Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi”

QPS-2010

www.qps-antalya.org

24 -27 Şubat 2010 ANTALYA-TÜRKİYE

**Kervansaray Resort Hotels,
Lara - ANTALYA**

SUNUM ÖZETLERİ

**KONFERANSLAR, PANELLER, SÖZLÜ VE POSTER
BİLDİRİLERİ**

**Editörler : Prof. Dr. Seval AKGÜN
Prof. Dr. A.F. AL-ASSAF
Müzeyyen BAYDOĞRUL**

4. ULUSLARARASI KATILIMLI SAĞLIKTA KALİTE, AKREDİTASYON VE HASTA GÜVENLİĞİ KONGRESİ

24-27 Şubat 2010

Kervansaray Hotel-Lara / ANTALYA / TÜRKİYE

www.qps-antalya.org

24 ŞUBAT 2010 – ÇARŞAMBA

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

25 ŞUBAT 2010 – PERŞEMBE

09:00– 10:00 **AÇILIŞ KONUŞMALAR**
Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD
Doç. Dr. Mustafa ERTEK, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanı, TÜRKİYE
Tahir BÜYÜKHVELVACIGİL, Türk Standartları Enstitüsü, Başkanı, TÜRKİYE
Prof. Dr. Seval AĞÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE

10:00–10:30 **Kahve Arası**
10:30 – 12:00 **Konferans**
KÜRESEL HASTA GÜVENLİĞİNDE ZORLU VE FIRSATLARLA DOLU BİR KAVRAM “SAĞLIK BAKIM KAYNAKLI ENFEKSİYONLAR”
Oturum Başkanı **Prof. Dr. Seval AĞÜN**, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE
Konuşmacı **Prof. Dr. Erdal AKALIN**, Türk İç Hastalıkları Uzmanlar Demeği Başkanı, TÜRKİYE

12:00 – 13:30 **Öğlen Yemeği**
13:30 – 15:15 **PARALEL OTURUMLAR I**
SALON - I
HASTA GÜVENLİĞİ PERSPEKTİFİNDEN SAĞLIK BAKIM KAYNAKLI ENFEKSİYON KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ ÜLKE VE SAĞLIK KURULUŞLARI DÜZEYİNDE HASTA GÜVENLİĞİ PROGRAMLARI KURULMASINDA İZLENECEK YOLLAR
Oturum Başkanı **Prof. Dr. Seval AĞÜN**, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE
Konuşmacılar **Prof. Dr. Al-ASSAF**, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD
Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA, Bayındır Hastaneleri Tıbbi Direktörü, Ankara, TÜRKİYE
Prof. Dr. Martin RUSNAK, Tmava Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, SLOVAKYA, INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/ AVUSTURYA

SALON - II
ENFEKSİYON KONTROL PROGRAMLARI, EL HİJYENİ VE MRSA
Oturum Başkanı **Prof. Dr. Mamoun Elsheikh Abdel Rahim ELSHEIKH**, Hamad Tıp Merkezi Enfeksiyon Kontrolü/ Kalite Bölümü, Doha, KATAR
Konuşmacılar **Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA**, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimi, TÜRKİYE
Prof. Dr. Zarema OBRADOVİĆ, Sağlık Bakanlığı, Sarejova Halk Sağlığı Enstitüsü, BOSNA HERSEK

SALON - III
Sözlü Sunumlar (Türkçe 1)
Moderatör **Güler ÇAKMAK**, Kalite ve Hasta İlişkiler Direktörü, Medical Park Hastaneler Grubu
Konuşmacılar **HASTANELERDE KÂR ARAÇ MIDIR, AMAÇ MIDIR?**
KILINÇ A.Selçuk¹, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye,
GİRESUN AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİNDE HASTA GÜVENLİĞİ ÇALIŞMALARINI YÖNÜNDEN, ÇALIŞAN MEMNUNİYET ANKETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
YILMAZ, Hülya, Giresun Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi / Giresun / Türkiye
KOCAELİ’DE YAŞAYANLARIN SAĞLIK SİSTEMİNİ ALGILAMA VE KULLANMA DÜZEYİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA
Toker-Kaya,Fikriye, KOÜ – Kocaeli Üniversitesi
“Sağlıkta Risk Değerlendirme”
Ramazan USTA,
Türk Standartları Enstitüsü,Kalite, Çevre, İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri, Baş Denetçisi ve Eğitmeni

SAĞLIK BAKANLIĞI ÖZEL HASTANELER HİZMET KALİTE STANDARTLARI İLE JCI AKREDİTASYON STANDARTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

ÇAKMAK, Güler, Kalite ve Hasta İlişkiler Direktörü, Medical Park Hastaneler Grubu, İstanbul / TÜRKİYE

15:15 – 15:45 **Kahve Arası**

15:45 – 17:00 **PARALEL OTURUMLAR II**

SALON - I

Oturum Başkanı

Konuşmacılar

HIV VE HCV ENFEKSİYONLARI, ENFEKSİYON KONTROLÜ VE KORUNMA STRATEJİLERİ

Madalina LUCIC, Merkk, Luzern, **İSVİÇRE**

Prof. Dr. Seval AĞÜN, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Ün. Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, **TÜRKİYE**

Dr. Guldem OKEM, Sağlık Ekonomisti, CEPS, Brüksel, **BELÇİKA**

SALON - II

Oturum Başkanı

Konuşmacılar

ÇİHAZ BAĞLANTILI ENFEKSİYONLAR VE BUNLARIN KONTROL VE ÖNLENMESİNDE YENİ YOLLAR

Prof. Dr. Erdal AKALIN, Türk İç Hastalıkları Uzmanlar Derneği Başkanı, **TÜRKİYE**

Doç. Dr. Eleni PATROZOU, Tıbbi Direktör,

Koruyucu Hekimlik Enstitüsü, Çevre ve İş Sağlığı, Hygeia Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, Yunanistan Hastalıkları Kontrol Merkezi, Danışman, Atina, **YUNANİSTAN**

Dr. Fida KHAN, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC, Mouwasat Hastaneler Grubu Enfeksiyon Bölüm Başkanı, Suudi Arabistan Ulusal Akreditasyon Konseyi, Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü ve Önlenmesi, Danışman, **SUUDİ ARABİSTAN**

Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimi, **TÜRKİYE**

SALON - III

Oturum Başkanı

Konuşmacılar

Sözlü Sunumlar (İngilizce 1)

Doç. Dr. Manal BOUHAIMED, Halk Sağlığı ve Göz ABD, Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tıbbi Etik Ders Koordinatörü, Kuveyt Üniversitesi. **KUVEYT**

SUUDİ ARABİSTAN KONSEYİ AKREDİTASYON STANDART UYGULAMALARININ RİYADH, KİNG SAUD TIP KOMPLEKSİNDE HASTA HAKLARI VE HASTA GÜVENLİĞİ ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Dr. Saifaldeen I. K. Shodari, MD, DGO. MPH.FAIHQ.PSO, **SUUDİ ARABİSTAN**

ANESTEZİ GÜVENLİĞİ İÇİN UYGULANAN HASTA GÜVENLİĞİ MODELİBAŞARISI

Baroudi , D; Eddaal ,A

M.S.BAHARAHIL Hastanesi , MEKKE ,**SUUDİ ARABİSTAN**

KATAR, HAMAD TIP KOMPLEKSİNDE HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ

AL-Ishaq M A-

Hamad Tıp Kompleksi (HMC), Doha, **KATAR**

YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PSEUDOMONAS AERUGINOSA SALGIN İNCELEMESİ

Dr:AL-KHOWAITER -ALAJMI .J , Al Ishaq.,M Dr:Elsheikh.M.

Enfeksiyon Hastalıkları Kontrolü ve Önlenmesi Bölüm Başkanı, Hamad Tıp Kompleksi , Doha, **KATAR**

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞ MÜKEMMLİĞİ MODELİ

Dr. Ahmed Al Khonji

Oman Sultanlığı, Genel Sağlık Hizmetleri Başkanı , **Muskat, Oman Sultanlığı**

26 ŞUBAT 2010 – CUMA

09:00 – 10:00 **SALON I - KONFERANS**

Ana Konuşmacı

ANTİBİYOTİKLERİN AKILCIL KULLANIMI İÇİN KANITA DAYALI REHBERLERİN GELİŞTİRİLMESİ

Prof. Dr. Martin RUSNAK, Trnava Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, **Slovakya**, INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/**AVUSTURYA**

10:00-10:30 **Kahve Arası**

10:30 – 12:15 **PARALEL OTURUMLAR III**

SALON - I

Oturum Başkanı

Konuşmacılar

CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ

Prof. Dr. Martin RUSNAK, Dekan, Trnava Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, **Slovakya**, INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/ **AVUSTURYA**

Doç. Dr. Eleni PATROZOU, Tıbbi Direktör, Koruyucu Hekimlik Enstitüsü, Çevre ve İş Sağlığı, Hygeia Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, Yunanistan Hastalıkları Kontrol Merkezi, Danışman, Atina, **YUNANİSTAN**

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI, Anadolu Sağlık Grubu, Tıbbi Direktör, **TÜRKİYE**

Dr. Dina MOURODI, Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları M.S. Baharahil Hastanesi, Mekke, **SUUDİ ARABİSTAN**

SALON - II

Oturum Başkanı

SAĞLIKTA YENİLİKÇİ YAKLAŞIMLAR, HASTA-ODAKLI BAKIM, SAĞLIK BAKIM KAYNAKLI ENFEKSİYONLARIN MALİYETİ

Prof. Dr. Al-ASSAF, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – **ABD**

Konusmacılar	<p>Prof. Dr. Jaafar HEIKEL, Inisan Group, FAS</p> <p>Prof. Dr. Ata Nevzat YALÇIN, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, TÜRKİYE</p> <p>Demet Hayali YILDIRIM, İzmir Sağlık Müdürlüğü, TÜRKİYE</p>
SALON - III	<p>Sözlü Sunumlar (Türkçe 2)</p> <p>Sezdi Manâ, İstanbul Üniversitesi, Biyomedikal Cihaz Teknolojisi, İstanbul, Türkiye</p> <p>HEMŞİRELERİN İLAÇ UYGULAMA HATALARINA İLİŞKİN ALGILARI VE RAPORLAMA KÜLTÜRÜ</p> <p>SEREN Şeyda*, GÜL Gülnur**, BOL Pınar**, GERÇEKER Başak**, BIÇER Elif**</p> <p>Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye</p> <p>** Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans Öğrencisi, İzmir, Türkiye</p> <p>İLAÇ YÖNETİM SİSTEMİNİN YENİDEN DÜZENLENMESİNİN İLAÇ UYGULAMA HATALARININ AZALTIKMASI ÜZERİNE ETKİLERİ</p> <p>Mehmet Özgür ÖZHAN, Mehmet Anıl SÜZER, Ayça BOZOKLU, Şule SARIKOYUNCU EMRE, Elvan ULUDAĞ, Ceyda ÖZHAN, Nedim ÇEKMEN, Mehmet Burak EŞKİN, TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi, Ankara, TÜRKİYE</p> <p>PYXIS İLAÇ YÖNETİM SİSTEMİNİN HASTA GÜVENLİĞİ YÖNÜNDEN İRDELENMESİ</p> <p>Gönül Yıldırım*, Gülten Akıncı*, Çiğdem Toprak**, Sevgi Erdal***Yeşim Çetinkaya Şardan****</p> <p>*Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşire müdürlüğü,</p> <p>** Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Hemşire müdürlüğü</p> <p>*** Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Hemşire Müdürlüğü</p> <p>****Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimisi</p> <p>KALP VE DAMAR CERRAHİSİ KLİNİĞİNDE KORONER BYPASS HASTALARI İÇİN HASTA BAKIM HARİTASININ OLUŞTURULMASI VE UYGULAMADA YERLEŞTİRİLMESİ</p> <p>Tevfik Tezcaner, Ayfer Bahtiyar, Selma Çöpçü, Tülay Trabzon Murioğlu, Hafize Taştan, Muammer Akar, Sinan Akbulut, Yaman Zorlutuna, Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye</p> <p>İ.Ü. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ RADYOGRAFİ ODALARINDA RADYASYON GÜVENLİĞİ</p> <p>Sezdi Manâ, İstanbul Üniversitesi, Biyomedikal Cihaz Teknolojisi, İstanbul, Türkiye</p>
12:30 – 14:00	Öğlen Yemeği
14:00 – 15:30	PARALEL OTURUMLAR IV
	SALON - I
	Oturum Başkanı
	Konusmacılar
	<p>MRSA VE VRE TARAMASI, MRSA POLİTİKALARI</p> <p>Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA, Bratislava Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim Bölüm Başkanı, SLOVAKYA</p> <p>Prof. Dr. Levent DOĞANCI, Bayındır Hastaneleri Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara, TÜRKİYE</p> <p>Prof. Dr. Jaafar HEIKEL, Inisan Group, FAS</p> <p>Dr. Fida KHAN, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC Mouwasat Hastaneler Zinciri, Enfeksiyon Bölüm Başkanı, Suudi Arabistan Ulusal Akreditasyon Konseyi, Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü ve Önlenmesi, Danışman, SUUDİ ARABİSTAN</p>
	SALON - II
	Oturum Başkanı
	Konusmacılar
	<p>ULUSLAR ARASI HASTA GÜVENLİĞİ HEDEFLERİ, UNIVERSAL GÜVENLİ CERRAHİ REHBERLERİNİN UYGULANMASI</p> <p>Dr. Badriya AL-ALİ, Hamad Tıp Merkezi, Direktör, Akreditasyon ve Uygulama Departmanı, Doha, KATAR</p> <p>Prof. Dr. Mondher LETAIF, MD, MPH, Halk Sağlığı Profesörü, Monastir Üniversite Hastanesi, TUNUS</p> <p>Dr. Dina MOURODI, Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları . M.S.Baharahil Hastanesi , Mekke , SUUDİ ARABİSTAN</p>
	SALON - III
	Oturum Başkanı
	Konusmacılar
	<p>Sözlü Sunumlar (İngilizce 2)</p> <p>Soha EMAM, Yardımcı Doçent Dr. Çocuk Sağlığı ve Çocuk Kardiyolojisi Kasr-Alini Tıp Fakültesi, Kahire Üniversitesi, Kahire, Mısır</p> <p>Konsültan pediatrist, Kardiyolojist, SBCC, Dammam, SUUDİ ARABİSTAN</p> <p>ACİL DE HASTA GÜVENLİĞİ VE İŞ AKIŞINI İYİLEŞTİRMEK AMACIYLA KULLANILAN HEMŞİRE CHECKLİSTLERİNİN POZİTİF ETKİLERİ</p> <p>Prof. Dr. HAOUET Karim, Acil Departman Sorumlusu, Charles Nicole Hastanesi, Boulevard 9 avril, 1006, Tunus, TUNUS</p> <p>RUMAİLLAH HASTANESİNDE CERRAHİ HİZMETLERİN İYİLEŞTİRİLMESİ TEŞVİKİ PROJESİ</p> <p>Nazila Afghani, Hemşirelik Hizmetleri Direktör Yardımcısı, Rumailah Hastanesi, Hamad Tıp Merkezi, Doha Katar</p> <p>RUMAİLLAH HASTANESİNDE İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ, HAMAD TIP MERKEZİ, DOHA KATAR</p> <p>Ruby Socorro D.Santander, Hemşirelik Hizmetleri Direktör Yardımcısı, Rumailah Hastanesi, Hamad Tıp Merkezi, Doha Katar</p> <p>“FİZİKSEL SINIRLANDIRMA VE TECRİT”, RUH SAĞLIĞI UYGULAMALARINDA HASTA GÜVENLİĞİ</p> <p>Dr. Zainab Jabur, MD, MPH</p> <p>Cambridge Hastanesi, Harvard Tıp Fakültesi, Cambridge, Massachusetts, Amerika Birleşik Devletleri</p> <p>AMERİKA VA İYİ KALİTELİ, GÜVENLİ VE MALİYET-ETKİN BİR HİZMET Mİ SUNUYOR?</p>

William B Weeks, MD, MBA,

Profesyonel Eğitim Ofisi, Sağlık Politikaları ve Klinik Uygulamalar Dartmouth Enstitüsü, Lübnan

15:30 – 15:45 Kahve Arası

15:45 – 17:00 **PARALEL OTURUMLAR III**

SALON I - I

Oturum Başkanı

Konuşmacılar

[SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE HASTALARIN KONUSU HAKKINDA GÜÇLENDİRİLMESİ.](#)

Dr. Amin NİMER, CEO, Mouwasat Hastaneler Grubu, Dammam, **SUUDİ ARABİSTAN**

Dr. Eman DARWİSH, Mouwasat Hastaneler Grubu, Performans Bölüm Başkanı – Damam

Dr. Dina MOURODI, Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları M.S.Baharahil Hastanesi , Mekke ,**SUUDİ ARABİSTAN**

Dr. Badriya AL-ALİ, Hamad Tıp Merkezi , Direktör, Akreditasyon ve Uygulama Departmanı, Doha, **KATAR**

Dr. Aisha AL-ZEYARA, Kalite Bölüm Başkanı, Sağlık Bakanlığı, Kalite Üst Komisyonu, Doha, **KATAR**

Prof. Dr. Mamoun Elsheikh Abdel Rahim ELSHEIKH, Hamad Tıp Merkezi Enfeksiyon Kontrolü/ Kalite Bölümü, Doha, **KATAR**

SALON - II

Oturum Başkanı

Konuşmacılar

[HASTA GÜVENLİĞİ ARAŞTIRMALARI](#)

Prof. Dr. Mondher LETAIF, MD, MPH, Halk Sağlığı Profesörü, Monastir Üniversite Hastanesi, **TUNUS**

Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA, Bratislava Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim Bölüm Başkanı, **SLOVAKYA**

Doç. Dr. Manal BOUHAIMED, Halk Sağlığı ve Göz AD, Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tıbbi Etik Ders Koordinatörü, Kuveyt Üniversitesi. **KUVEYT**

Prof. Dr. Mondher LETAIF, MD, MPH, Halk Sağlığı Profesörü, Monastir Üniversite Hastanesi, **TUNUS**

SALON - III

Modarartör

Konuşmacılar

Sözlü Sunumlar (Türkçe 3)

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Ün. Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, **TÜRKİYE**

Medine BUDAK, Özel Sema Hastanesi, İstanbul, **TÜRKİYE**

GİRESUN PROF. DR. A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞANLARIN HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI

Opr. Dr. Ahmet Bal, **Tıb. Tek. Aynur Çalış,** Başşemşire Fatma Tosun, Hatice Yılmaz, Adnan Yıldız, Resmîye Memiş, Süleyman Fatih Menevşe,

Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi/Giresun/Türkiye

[AYBÜ - VENTİLATÖRE İLİŞKİN PNOMONİ ORANININ DÜŞÜRÜLMESİ](#)

1. Gaye Aydın, 2. Hakan Doğan, 3. **Gürbüz Akçay,** 4. D. Ali Özdemir, 5. Fatma Toker, 6. Funda Göçer, 7. Selda Bican

8. Fatı Atik, 9. Yasemin Girgin

Denizli Servergazi Devlet Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi / Bereketli, Denizli, 20100,

[EL HİJYENİNE UYUMUN GELİŞTİRİLMESİ](#)

Budak Medine, Öztürk Kirstin, Akçin Betül, Battal Fatma, Caskurlu Hülya
Özel Sema Hastanesi

[MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ KONTROL YÖNTEMLERİNİN CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ](#)

Peker Ayfer; Özsoy Fatih; **Mehtap Akyol;**

Devlet Hastanesi/Bursa/Türkiye

[HATA TÜRLERİ VE ETKİLERİ ANALİZİ TEKNİĞİNİN İLAÇ UYGULAMA HATALARININ ÖNLENMESİ MODELİNDE UYGULANMASI](#)

Mehmet Anıl SÜZER, Mehmet Özgür ÖZHAN, Elvan ULUDAĞ, **Sule SARIKOYUNCU EMRE,**

Ceyda ÖZHAN, Nedim ÇEKMEN, Mehmet Burak EŞKİN, Ayça BOZOKLU

TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi, Ankara, TÜRKİYE

SALON - III

Konuşmacılar

Sözlü Sunumlar (Türkçe 4)

BİR SAĞLIK İŞLETMESİ OLAN AĞIZ-DIŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE RİSK YÖNETİMİ: SÖKE AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ

Sibel Altıntop Güleç , **Kifaye Aslan Dalmış** , Hakan Ölçüm , Ece Eden

[KARDİYOPULMONER CANLANDIRMA SÜRECİNİN İZLENMESİ](#)

Ayşe Gürel, İsmail Gökyar, Sinan Tıraş, Nazmiye Koyuncu, Ayfer Bahtiyar, Hilal Şekerci, Sadıfe Sancar
Bayındır Hastanesi, Ankara, Türkiye

[İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİNDEKİ MEDİKAL CİHAZLARIN KALİTE KONTROL SİSTEMİ](#)

Sezdi Manâ

İstanbul Üniversitesi, Biyomedikal Cihaz Teknolojisi, İstanbul, Türkiye

[YENİDOĞANIN DÜŞÜRÜLMESİNİ ÖNLEMEDE BİR RİSK ANALİZİ ÇALIŞMASI](#)

Ayfer Bahtiyar, Selma Çöpçü, Özlüsen Demircan, Serpil Aydoğan, Özlem Aktürk, Faruk Abike, Sinan Tıraş
Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye

20:00

Kongre Gala Yemeği

SUMMARIES OF PLENARY PRESENTATIONS

OPENING CEREMONY

Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – **ABD**
Doç. Dr. Mustafa ERTEK, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı, **TÜRKİYE**
Tahir BÜYÜKHVELVACIGİL, Türk Standartları Enstitüsü, Başkanı, **TÜRKİYE**
Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, **TÜRKİYE**

Plenary	<u>GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE, “HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTIONS”</u>
Presentation	Prof. Dr. Seval AKGÜN , President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara TURKEY
Moderator	
Keynote Speaker	Prof. Dr. Erdal AKALIN , President, Turkish Society of Internal Medicine and Internists, TURKEY

- **Health-care Associated Infections**
- **Prof. H. Erdal Akalin, MD, FACP, FIDS, President, Turkish Society of Internal Medicine**

There are significant changes in infection control. The change started with defining methods of surveillance, risk management, relation between infection and causative organisms, and proceeded with use of molecular technology in typing of nosocomial pathogens, isolation techniques, and lately use of information technology. Today infection control programs are part of quality improvement programs. The main responsibilities of infection control programs are; defining the problems and issues, collecting data, developing policies in infection control, implementation of these policies, change management and leadership in change. Good practiced infection control programs result in lowering both mortality and morbidity, decreasing cost, and increasing patient satisfaction. Infection control is a part of quality improvement concept.

Infection control is also important in patient safety. Health-care Associated Infections (develop in 5-15% of hospital patients) are defined as medical errors (side effects). At least one third of these infections are preventable. Infection control programs can result in significant improvement in patient safety.

WORKSHOP-I	<u>PATIENT SAFETY AND INFECTION CONTROL AND PREVENTION OF HEALTH CARE ASSOCIATED INFECTIONS SETTING UP A COUNTRY AND HOSPITAL-WIDE PATIENT SAFETY PROGRAMS</u>
Moderator	Prof. Dr. Seval AKGÜN , President, Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara TURKEY
Speakers:	Prof. Dr. A. Al-ASSAF , American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma, USA Associate Professor Yaman ZORLUTUNA , Medical Director, Bayındır Hospitals Network, Ankara, TURKEY Prof. Dr. Martin RUSNAK , Chair, Department of Public Health, Trnava University, Slovakia and President, International Neurotrauma Research Organization, AUSTRIA

- **Prof. Dr. Seval AKGÜN, MD, PhD**,
- **President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara TURKEY**

Health care organizations are at a critical crossroad in the challenge to provide safe and high quality care for their patients. Most of the current evidence on adverse events comes from hospitals. Many patients suffer increased pain, disability and psychological trauma or staff may experience shame, guilt and depression after making a mistake, with litigation and complaints imposing an additional burden. Safety is the basic principle and a critical component of quality management. Patient safety has become a major preoccupation in health care systems; it is often measured through rates of adverse events. Despite the magnitude of the problem, understanding and knowledge of the epidemiology of adverse events, frequency, causes, determinants and impact on patient outcomes, and effective methods for preventing them are limited or the existed best practices are changed from country to country, from culture to culture. In the complexity of the health care environment, preventable medical errors are common. These preventable errors cause increased patient morbidity and mortality as well as create significant financial costs. Improved error reporting underlies, and supports, understanding of mistakes and their causes, contributors, and potential solutions. Error prevention and error detection and correction before harm are the eventual goals. Appropriate reporting and capture of information by using comprehensive electronic reporting is the key to success. Barriers to reporting need to be overcome and a sea of culture change is mandated. Reporting needs to be non-punitive, anonymous, and non-discoverable and provide immunity. The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 is a major step in this direction. Targeted voluntary reporting has been found to be superior to mandatory reporting. Creation of national data repositories and their analysis will help improve patient safety and outcomes.

For this purpose in this presentation, we will discuss how to ensure patient safety at international, national and organizational level.

- **Prof. Dr. A. Al-ASSAF**,
- **American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma, USA**

Despite growing interest in the safety of patients today, there is still widespread lack of awareness of the problem events. Capacity for reporting, analyzing and learning from experience is still seriously hampered by lack of methodological uniformity in identification and measurement, inadequate adverse event reporting schemes, weak information systems, insufficient data and fear of professional liability.

Many patients suffer increased pain, disability and psychological trauma or staff may experience shame, guilt and depression after making a mistake, with litigation and complaints imposing an additional burden. The consequences of adverse events in health-care systems are therefore huge. Several important initiatives in the past five years underline the increasing attention being paid to patient safety. However the problem is widespread that it should include nearly all health-care disciplines and actors and thus requires a comprehensive, multifaceted approach. Its improvement demands on involving a broad range of actions in performance improvement, environmental safety and risk management, including infection control, safe use of medicines, equipment safety and safe clinical practice. In addition, despite the magnitude of the problem, understanding and knowledge of the epidemiology of adverse events, frequency, causes, determinants and impact on patient outcomes, and effective methods for preventing them are limited or the existed best practices are changed from country to country, from culture to culture. Safety is the basic principle and a critical component of quality management. Patient safety has become a major preoccupation in health care systems; it is often measured through rates of adverse events.

To err is human, but to cover up is unforgivable, and to fail to learn is simply inexcusable. We all make mistakes, but it is our duty to learn from them and find ways to make sure they never again cause harm.

- **PATIENT SAFETY**

- **Yaman ZORLUTUNA, MD, Assoc. Prof.**
- Cardiovascular Surgeon, Medical Director, Quality Coordinator
- Bayındır Health Group, Ankara, Turkey

The importance of that subject became more understandable following an investigation performed by Institute of Medicine in United States of America in 1999. That investigation revealed that the number of deaths in health institutions due to malpractice or negligence was near to 100.000 in the USA. This number was approximately equal to the sum of annual deaths due to traffic accidents, breast cancer and AIDS.

To change the direction of that unbelievable picture is a must. Although we do not know exact number of these events in our country, similar preventive measures will be valid for us as well.

Joint Commission International which is an international respectable accreditation institution proposes to take effective measures in six main areas in order to prevent the occurrence of faults that are made in health facilities.

The primary and most important aspect is to prevent administering planned treatment to wrong patient. For this purpose, there should be no fault in identification of the patient. The identities of the patients should be visible and determinable easily by attachment of wrist bands at the time of admittance. The information at these wrist bands should include at least two parameters in order to prevent any conflict. The patients should never be defined by room or bed numbers.

Another important aspect is the communication between the staff of the hospital. Unreadable scripts, inappropriate abbreviations and physician demands by telephone calls carry a significant fault risk. Health facilities should build up necessary mechanisms in order to prevent negative consequences of communication problems.

Even small doses of some medications may lead to lethal consequences. Accordingly, the storage, carriage and administration of these medications should be performed in compliance with reliable control systems.

An important fault that may have dramatic consequences is to operate wrong patient or organ. Hospitals should develop reliable control systems with multiple stages in order to prevent these faults.

Nosocomial infections that occur during the treatment in the hospital may reach to huge dimensions that lead to intermittence of the services for certain periods in our country. The most effective precaution against nosocomial infections is to gain hand washing habits.

WORKSHOP II:	ORGANIZATION OF INFECTION CONTROL, HAND HYGIENE AND MRSA
Moderator	Prof. Dr. Mamoun Elsheikh Abdel Rahim ELSHEIKH , Infection Control/Quality Management Department Hamad Medical Corporation, QATAR ,
Speakers:	Prof. Dr. Yeşim ÇETINKAYA , Hacettepe University, School of Medicine, Chief Medical Officer, Infectious Disease Department, TURKEY Associate Prof. Dr. Zarema OBRADOVIC , Head of Epidemiology Department, Public Health Institute Sarajevo / Ass. Professor, Faculty of Health Studies, University of Sarajevo, Medical Faculty of Tuzla, BOSNIA& HERZEGOVINA

- **NOSOCOMIAL INAFECTIONS SURVEILLANCE AND PATIEN SAFETY**
- **Associate Prof. Dr. Zarema OBRADOVIC**, Head of Epidemiology Department, Public Health Institute Sarajevo / Ass. Professor, Faculty of Health Studies, University of Sarajevo, Medical Faculty of Tuzla, **BOSNIA& HERZEGOVINA**

Nosocomial infections surveillance system in Bosnia and Herzegovina

Nosocomial infections appear in the whole world. They have a remarkable influence on morbidity and in hospitals also on mortality. It is estimated that annually more than 2 million people suffer from nosocomial infections and that the additional treatment costs are over 4,5 billion dollars. According to the Law for the protection of people of infectious **diseases**, for FBiH 29/05, article 2 : "Nosocomial infection is an infection that appears during the receiving of health care in health care institution or private praxis."

In this paper we will present how the nosocomial infections surveillance system in B&H works.

Our next goal is to show the good side of this surveillance and to point out its shortages, but also opportunities for its improvement. Each health institution has the obligation to create their own programme for surveillance of nosocomial infections and to implement it in praxis.

WORKSHOP I:	HIV AND HCV INFECTION: PREVENTION AND INFECTION CONTROL STRATEGIES THE BURDEN OF HEPATITIS C IN SELECTED COUNTRIES IN CEE AND CIS: AN EPIDEMIOLOGICAL AND ECONOMIC ASSESSMENT
Moderator	Madalina LUCIC , Merck, Luzern, SWITZERLAND

Speakers:	Prof. Dr. Seval AKGÜN, Co-Chair , President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara TURKEY Dr. Guldem OKEM , Health Economist, CEPS, Brussels, BELGIUM
------------------	---

- **THE BURDEN OF HEPATITIS C IN SELECTED COUNTRIES IN CEE AND CIS: AN EPIDEMIOLOGICAL AND ECONOMIC ASSESSMENT**
- **Madalina LUCIC**, Merck, Luzern, **SWITZERLAND**
- **Prof. Dr. Seval AKGÜN, Co-Chair**, President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara **TURKEY**

The hepatitis C infection is a major public health issue. The World Health Organization estimates that approximately 180 million individuals (3% of the world's population) are infected with the hepatitis C virus (HCV). Among those infected, 85% fail to clear the virus and consequently develop chronic hepatitis. About 20-30% of those initially infected develop cirrhosis within 20 years, 1-5% of whom also have a high risk of going on to develop hepatocellular carcinoma (HCC). Hepatitis C is one of the leading causes of liver transplants. In addition, the health-related quality of life of those patients with chronic hepatitis C diminishes. The public health challenge of HCV is not its mortality; it is the burden of the disease, resulting from long terms costs of treatment of its complications.

This study is intended to provide quantitative data and qualitative analysis on the health and economic consequences of hepatitis C in selected Central and Eastern European (CEE) countries and members of the Commonwealth of Independent States (CIS). It aims at addressing the extent of the HCV infection, its progression and the costs involved in relevant treatment in the region over a period extending from 2008 to 2015. The study focuses on 16 countries: Azerbaijan, Belarus, Bulgaria, Croatia, the Czech Republic, Estonia, Hungary, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Poland, Romania, Russia, Serbia, Slovakia and Ukraine.

The epidemiological and economic assessment is based on data obtained from a literature review (secondary desk research, SDR) complemented with primary market research (PMR), including interviews with key opinion leaders involved in the research, planning and implementation of hepatitis C treatment in these countries. Following an estimation of the trends and health burden associated with HCV-related diseases, the study involves an analysis of the long-term costs involved in their treatment and recommends policy options.

It is estimated that approximately 6.1 million individuals are chronically infected with hepatitis C in 2000 and this figure may increase to 6.9 million by 2015. This implies a rise in the number of HCV cases of 13%, should the current trends in risk factors, diagnosis and treatment practices continue. The disease model allows us to estimate the health care costs and savings associated with the number of persons infected with HCV over the period 2008-2015. The costs of HCV treatment are estimated to be highest in Bulgaria (€564 million) and lowest in Azerbaijan (€8 million) over the study period. An economic estimation of the costs involved in the treatment of HCV infections across the countries for the period 2008-2015 reveals that once the infection progresses into a chronic form, the costs of treating those patients who have not received such care are 3 to 94 times more expensive than the cost of drug treatment at an early stage. We will share the results of this comprehensive study results with the audiences.

WORKSHOP II:	IMPROVING PATIENT CARE AND PATIENT SAFETY BY REDUCING THE RISK OF HOSPITAL ACQUIRED INFECTION: DEVICE ASSOCIATED INFECTION AND NEW APPROACHES TO PREVENTING DEVICE-RELATED INFECTIONS
Moderator:	Prof. Dr. Erdal AKALIN , President, Turkish Society of Internists, TURKEY
Speakers:	Associate Prof. Eleni PATROZOU , Medical Director, Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health, Hygeia Hospital, Greek Center of Disease Control), Consultant, Athens, GREECE Dr. Fida KHAN , MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC, Director, Prevention and Control of Infections Program at Mouwasat Hospitals, Dammam, Kingdom of SAUDI ARABIA Prof. Dr. Yeşim Çetinkaya , Hacettepe University, School of Medicine, Chief Medical Officer, Infectious Disease Department, TURKEY

- **IMPROVING PATIENT CARE AND PATIENT SAFETY BY REDUCING THE RISK OF HOSPITAL ACQUIRED INFECTION:**
- **DEVICE ASSOCIATED INFECTIONS AND NEW APPROACHES TO PREVENTING DEVICE RELATED INFECTIONS**
- **Associate Prof. Eleni PATROZOU**,
- Medical Director, Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health, Hygeia Hospital, Greek Center of Disease Control), Consultant, Athens, **GREECE**

Devices such as intravascular catheters, mechanical ventilators and indwelling catheters are indispensable in modern-day medical practice, particularly in intensive care units (ICUs). Although such devices are necessary, their use puts patients at risk for local and systemic infectious complications, including, local site infection, septic thrombophlebitis, endocarditis, and other metastatic infections (e.g., lung abscess, brain abscess, osteomyelitis, and endophthalmitis). Device-related infections are important to understand because of the morbidity and mortality associated with them. Frequently, patients are managed with hospitalization, prolonged courses of antibiotics, and surgical interventions, all of which can negatively impact on patients' quality of life. Such care is also associated with increased costs to health care systems. Furthermore, these infections often represent a diagnostic challenge because of the lack of consensus definition of what constitutes an infection and its severity, as well as the paucity of well-designed, large studies addressing optimal methods of investigation and management.

- **NEW APPROACHES: "VAP BUNDLES" A USEFUL TOOL, TO PREVENTING DEVICE-RELATED INFECTIONS IN THE INTENSIVE CARE UNIT.**
- **Dr. Fida KHAN**, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC, Director, Prevention and Control of Infections Program at Mouwasat Hospitals, Dammam, **Kingdom of SAUDI ARABIA**
- **Dr. Sameh Salem Taha**, ICU Intensivist, Dammam, **Kingdom of Saudi Arabia.**

OBJECTIVE: To monitor the effects of "VAP Bundles" on the prevalence of VAP cases in Critical Care Patients overtime in ICU at Mouwasat Hospital Dammam, Saudi Arabia.

METHOD: Patients admitted to our ICU from January to December 2009 were monitored for targeted surveillance with a potential to develop Ventilator-Associated Pneumonia (VAP). We started applying the "Institute for Healthcare Improvement (IHI), VAP Bundles on patients which were ventilated from first quarter but were re-enforced in the 3rd quarter when outbreak of MDRO happened due to transfer of infected and colonized patients in our ICU. At the same time admission and screening protocol was put in place for strict compliance and transferred patients were placed in contact isolation until clear by cultures. According to IHI, "A bundle is a structured way of improving the processes of care and patient outcomes: a small, straightforward set of evidence-based practices — generally three to five — that, when performed collectively and reliably, have been proven to improve patient outcomes. A bundle is a small but critical set of processes all determined by Level 1 evidence". The effects of VAP Bundles were studied, analyzed and compared from 3rd quarter onwards in 2009.

RESULTS: 544 patients were admitted to the ICU at Mouwasat Hospital Dammam from January 01 to December 31, 2009. Out of these, 201 patients were ventilated during the above period. There were a total of 27 VAP cases in 2009. VAP was calculated for each quarter based on ventilator days during the four quarters in 2009. The prevalence of VAP was 1.3% (8 cases), 1.2 % (6 cases), 1.9% (8 cases), and 1.0 % (5 cases) per 100 ventilator days in the 1st, 2nd, 3rd, and 4th quarters respectively in 2009. VAP Bundles, if applied effectively and collectively in ventilated patients, we could see a decrease in VAP cases. At the same time, screening on admission for MDROs, Isolation Precautions, Standard Precautions, Hand Hygiene and Antibiotic Policy in ICU were re-evaluated and implemented for strict compliance.

CONCLUSIONS: Ventilator-associated pneumonia (VAP) is a serious lung infection with high mortality that can happen to patients on a ventilator. VAP is the leading cause of death amongst hospital-acquired infections. Reducing mortality due to ventilator-associated pneumonia requires an organized process that guarantees early recognition of pneumonia and consistent application of VAP Bundles, the best evidence-based practices.

- **CARE BUNDLE CONCEPTS AS A POWERFUL TOOL TO PREVENT INFECTION IN INTENSIVE CARE UNIT**

- **Baroudi ,D; Nofal ,W**
- MOHAMAD SALEH BASHARAHIL HOSPITAL, MAKKAH, KSA

Objective : To introduce the concept of care bundle and it's value in reducing Ventilator Associated Pneumonia(VAP) and Central Venous Catheter blood stream infection CVCBSI .in intensive care unit.

Methods: Ventilator associated Pneumonia as well as blood stream infection due to central line are the most common causes of nosocomial infection and thus increase Mortality and Morbidity in ICU, implementing the care bundle concept in critically ill patient, proved to improve the out come and reduce mortality and morbidity .the care bundle concept is an evidence based process, the bundles aim to bridge the gap between guidelines and practice.

Results: VAP and CVCBSI can be eradicated in ICU by implementing the appropriate care bundle , the bundle is as well a monitoring tool for compliance and a quality indicator for a given evidence based elements ,based on best practice some controversy still exist for this updated concept.

Conclusion ; Care bundle concepts in intensive care is a new concept to prevent nosocomial infection , it is an adding value to improve out comes and reduce mortality and morbidity , despite the controversy of the concept it should be followed as all or none methods .

Plenary Presentation:	DEVELOPMENT OF EVIDENCE BASED GUIDELINES FOR PRUDENT USE OF ANTIBIOTICS
Keynote Speaker:	Prof. Dr. Martin RUSNAK , Chair, Department of Public Health, Trnava University, Slovakia and President, International Neurotrauma Research Organization, AUSTRIA

- **DEVELOPMENT OF EVIDENCE BASED GUIDELINES FOR PRUDENT USE OF ANTIBIOTICS**

- **Prof. Dr. Martin RUSNAK**,
- Chair, Department of Public Health, Trnava University, Slovakia and President, International Neurotrauma Research Organization, AUSTRIA

The threat of infectious diseases has become more and more an issue of attention of the political, scientific and civil community in Europe. The recent events around the spreading of influenza virus have shown that global spreading of diseases is a reality. Antimicrobials are uniquely societal drugs because each individual patient use can propagate resistant organisms affecting entire health facilities, the environment and the community. Wide-scale antimicrobial misuse and related drug resistance is challenging infectious disease treatment and healthcare budgets worldwide. Also bio-terror is considered as a real threat after the anthrax events in 2001 in the USA. Societies of specialists are making an effort to educate professionals and the general public. Adherence to evidence based guidelines is major problem, as there are many factors influencing prescription of antimicrobials. The beliefs of professionals, pressure from pharmaceutical companies, beliefs of patients are some of the factors which play a role. In the area of guideline production, guideline implementation (including monitoring of compliance with guidelines recommendation), education and public information major gains can be made. This is the necessary step between surveillance and reduction of antimicrobial resistance. Internationally, there are many projects and programmes in this field, partly funded by the EU. There is a huge body of knowledge available and sharing the knowledge along with focused policies internationally is the key to prudent use of antibiotics, as it could be demonstrated on results from recent project in Croatia.

WORKSHOP I	IMPROVING PATIENT CARE AND PATIENT SAFETY BY REDUCING THE RISK OF HOSPITAL ACQUIRED INFECTION: PREVENTING SURGICAL SITE INFECTIONS (SSI).
Moderator:	Prof. Dr. Martin RUSNAK , Chair, Department of Public Health, Trnava University, Slovakia and President, International Neurotrauma Research Organization, AUSTRIA
	Associate Prof. Eleni PATROZOU , Medical Director, Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health, Hygeia Hospital, Greek Center of Disease Control), Consultant, Athens, GREECE
	Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI , Chief Medical Officer, Anadolu Saglık Group, İstanbul, TURKEY
	Dr. Dina BAROUDI , Chairman of Anesthesia Department , Quality and Patient Safety Director Mohamad Saleh Basharahil Hospital, Makkah, SAUDI ARABIA

- **Surgical Site Infections as a Health Care Quality Problem**
- **Prof. Metin Cakmakci, MD, MS, FACS, FACPE,**
- **President, Surgical Infection Society-Europe, Anadolu Saglik Merkezi, Turkey**

Starting with the new millennium, clinical medicine has entered into the health care quality and safety movement age. Various observations and studies showed that errors in medicine are frequent, and in addition that they result in substantial harm to patients. 35 percent of physicians and 42 percent of the public report that they had experienced an error in their own care or that of a family member.

According to the World Health Organization (WHO), about 234 million major surgical operations are conducted a year globally. This equates to about one operation for every 25 persons. Complications following surgery result in disability or prolonged stay in 3-25% of hospitalized patients; meaning that at least 7 million patients annually may have post-operative complications. Rates of death following major surgery are between 0.4% and 10%. Estimating the impact of these rates, at least 1 million patients would die every year during or after an operation. In the developed world, nearly half of all harmful events affecting patients in hospitals are related to surgical care. The evidence suggests that at least half of these events are preventable if standards of care are adhered to and safety tools, such as checklists, are used.

Surgical infections are one of the most frequent unfavorable events. In a prospective, observational study of all infections occurring on the general and trauma surgery services at a single university hospital it was shown that 2,457 infections, of which only 608 (25%) were community-acquired; meaning that the majority were associated with or caused by the treatment of the patient. The overall death rate in this group was 13%, ranging from 5% after community-acquired infections to 25% after infections acquired in the intensive care unit. A common opinion is that about 6% of surgical patients have a surgical site infection (SSI) after a surgical procedure. The reported range in European studies is between 1.5 and 20 percent. This group constitutes the most frequent cause (38%) of nosocomial infections in surgical patients. When surgical patients with nosocomial SSI die, 77% of the deaths are related to the infection, and the majority (93%) are serious infections involving organs or spaces accessed during the operation.

SSIs have other consequences also: they increase the length of stay of the patient for 4 to 22 days and the cost between 2671 and 11,000 US\$ when compared to uninfected patients. These numbers obviously vary from country to country, the surgical procedure, and the severity of the infection. The US is spending approximately 22 billion US\$ per year additionally for SSIs. A recent review found that health care cost for a patient with SSI is, on average, approximately twice the amount for a patient without an SSI. SSIs are adverse events compromising patient safety, and the problem is a quality issue.

Theoretically it should be simple, if we would follow simple quality steps to improve our outcomes: Better communication, teamwork, civil aviation type techniques and education, guidelines, "military" style approaches (such as simplification and standardization, repetitive training, clear lines of communication and responsibility, rank-free debriefing etc.), prevent variation, make use of root cause analyses, failure mode and effect analyses, PDSA cycles, and six sigma approaches. One good example is the SIP/SCIP project, making use of practice guidelines, process improvement, and performance measures to have a better system working; just to "translate evidence into practice".

In reality this is not easy and because of the complexity of the process of change, it is not surprising that solo interventions often fail, and multimodal, multidisciplinary strategies are necessary. More than that, in an extraordinarily complex high-risk system which needs a systems approach to be safe it is necessary to study all aspects of the system that comprises a surgical operation, including the work environment, the team, the individual staff, the task, and the patient. To succeed, the prerequisite is a positive organizational culture, formed by beliefs, values, and behaviors; in short, "the way we do it here" must be solved first and targeted at safety.

- **ADHERENCE TO GUIDELINES FOR SURGICAL ANTIMICROBIAL PROPHYLAXIS IN A TERTIARY CARE CENTER, IN GREECE**
- **Associate Prof. Eleni PATROZOU, Medical Director, Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health, Hygeia Hospital, Greek Center of Disease Control), Consultant, Athens, GREECE**

Objective: To evaluate the adherence of surgeons to guidelines for antimicrobial prophylaxis.

Methods: Members of the infection control team surveyed all surgeries performed during the following two periods: period A 1/7/2009-14/7/2009 and period B 30/11/2009-14/12/2009. Data were collected from pharmacy's computerized records. The following aspects of antimicrobial prophylaxis were audited: type of surgery, day of operation, day of initiation of antibiotic treatment, antibiotic choice and number of doses administered.

We considered the perioperative prophylaxis used as appropriate when the following 3 criteria were met:

1. Antibiotic choice that was concordant to the guidelines, as published in the Medical Letter June 2009(7);82:48-49.
 - a. We used one exception when adopting the guidelines. We considered the use of 1st or 2nd generation cephalosporins appropriate when 1st generation cephalosporins were indicated by the guidelines
2. Antibiotic prophylaxis was initiated the day of the operation (exact timing of antibiotic dosing was not available in pharmacy records)
3. Antibiotic prophylaxis was stopped within 24 hours from initiation

Between period A and B a series of interventions were undertaken, in order to increase compliance: the infection control committee of the hospital endorsed the guidelines, as published in the Medical Letter June 2009(7);82:48-49, sent the new hospital guidelines to all surgeons and anesthesiologists and organized a series of lectures, that included presentation of the guidelines and feedback on the results of the surveillance study.

Results: A total of 579 surgeries were surveyed (276 during period A and 303 during period B). 42 cases were excluded from the analysis, as perioperative antibiotic treatment was considered to be therapeutic. Compliance increased from 23.4% during period A to 29.9% during period B ($\chi^2=2.8$, $p<0.1$). The percentage of patients receiving less than 4 doses of antibiotics increased from 32.4% to 40.2% ($\chi^2=3.4$, $p<0.1$). The density of antimicrobial did not change significantly, however filtering for DDD values ≤ 7 revealed a statistically significant decrease of this parameter, after the interventions, from $2.3 \pm 2 \sigma$ 1.9 ± 1.9 (t-test, $p=0.008$).

Conclusion: The density of antimicrobial use for perioperative prophylaxis, in a tertiary hospital in Greece is suboptimal. A series of interventions, however, managed to improve compliance, at least short term. Adherence to separate aspects of guidelines for surgical prophylaxis has to be improved further.

WORKSHOP II:	PATIENT CENTERED INNOVATION IN CARE SERVICES THE ECONOMICS OF INFECTION PREVENTION
Moderator:	Prof. Dr. A. Al-ASSAF, American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma, USA
Speakers	Prof. Dr. HEIKEL. J - INISAN GROUP, MOROCCO
	Prof. Dr. Ata Nevzat YALCIN, Akdeniz University, School of Medicine, Director, Infectious Disease Department, Antalya, TURKEY Demet HAYALI YILDIRIM, Deputy Director, Izmir Health Provincial Directorate, TURKEY

- **PATIENT SAFETY, CARE PERFORMANCE, SUPPORT SERVICES AND THEIR RELATION TO PATIENT SATISFACTION: RESULTS FROM A PILOT STUDY IN MOROCCO**
- **HEIKEL. J - INISAN GROUP, MOROCCO**

OBJECTIVE : The objective of this study is to assess the association between patients satisfaction during the process of hospitalization, care and their perception toward safety concept dimension

METHODS : We conducted a survey in the biggest private health facility in the country where MSOP activities are achieved. Twelve check list were used for assessing different dimensions: respect of technical norms, patient and family admission and information , patient safety in operating room, patients rights and information related to care, medical record, patient care etc.... A questionnaire face to face was administered to 226 patients and family after the diagnosis, intervention or care for assessing their satisfaction toward four dimensions: admission-stay-discharge, support services, room, care and cost of care. We performed a dimension analysis to determine how much safety is associated with satisfaction.

RESULTS: Conformity index was calculated for each dimension. It represents the degree of achievement of the essential criteria for quality in health setting.

Scientific dimensions of patient safety are not perceived as main determinants of satisfaction (51% to 79% versus 86%). Other factors related to support services, information and cost of care were found important to consider

CONCLUSIONS : In many countries the "patient safety" is not sufficiently addressed as a crucial point of quality of care. The "medical care essential" (the pyramid of medical needs) is mainly the diagnosis, the treatment (the care) and the prognosis. Safety is not sufficiently perceived by the patient as a major determinant of satisfaction

- **INNOVATION**

- **Demet HAYALI YILDIRIM,**
- **İZMİR PROVINCIAL HEALTH DIRECTORATE, İzmir, TURKEY**

A new process of doing changes, diversity and novelty to create economic and social benefits in products, services and methods of doing business,

A product of a culture that is open to change, innovation and entrepreneurship.

1911, Schumpeter: "innovation is the driving force of the economic development "Entrepreneurs that have innovative role disrupts the balance in the market and creates continuous dynamism in the economy.."

After World War II Japan and following Asian countries...

- 100 years ago; How about health technologies known?
- 30 years ago; How about health technologies known?
- 20 years ago; How about Patient satisfaction?
- 20 years later; What will we saying on patient satisfaction?

Health in Transition Project of Turkish Ministry of Health

Patient oriented

Quality improvement in health care services

Standard health care services

Health care services methods

Strategic security planning

Innovations in Patient Oriented Approach

Reaching services

Giving health care services

Patient's participation

DRUG SAFETY

Determination and declaration of Pharmaceuticals, drug-drug, drug-nutrient interactions

Marking and listing of high-risk drugs

Labeling of short expiration date drugs

RED WARNING LABEL : High-risk drugs (concentrated electrolyte solutions, Intravenous Anticoagulants, Insulin, antineoplastic agents, opioids, narcotics, etc.)

PATIENT FALLINGS

Identification and marking of the patients who have the risk of falling down

SECURITY SYSTEMS

Blue Coded System : (For cardio-pulmonary emergencies)

Pink Code System : (For kidnapping)

Black Code System : (For employee and patient safety)

CONCLUSION : From innovative point of view;

Strategic plans and interventions should be improved according to the conditions

Resource utilization should be upgraded for quality improvement

Stakeholders should be motivated and leaded

WORKSHOP I	<u>IMPROVING PATIENT CARE AND PATIENT SAFETY BY REDUCING THE RISK OF HOSPITAL ACQUIRED INFECTION</u> <u>MRSA AND VRE SCREENING – A TARGETED APPROACH? MRSA POLICIES</u>
Moderator:	Prof. Viera RUSNAK, Department of Medical Informatics, Slovak Medical University, Bratislava, SLOVAKIA
Speaker	Prof. Dr. Levent DOĞANCI, Director, Prevention and Control of Infections Program at Bayindir Hospitals Network Ankara, TURKEY
	Prof. Dr. HEIKEL. J - INISAN GROUP, MOROCCO
	Dr. Fida KHAN, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC Director, Prevention and Control of Infections Program at Mouwasat Hospitals, Dammam, Kingdom of SAUDI ARABIA

- **MRSA & VRE vs QUALITY of PATIENT CARE**
- **Dr. Levent DOGANCI**
- BAYINDIR HOSPITALS ANKARA TURKEY

Among the bacterial nosocomial infection, **MRSA** and **VRE** are the two dominant and indicative gram positive cocci which both have particular negative impact to patient safety, overall the globe. **Quality of patient care** needs to do the right thing in the right way at the right time for the right person in order to achieve the best possible outcome in hospitals. Increased experiences with these microorganisms is the major guide for our better understanding for transmission routes, rapid diagnosis, precaution and isolation methods and treatment modalities. Although the most of the transmission happen in crowded acute care facilities and intensive care units, nearly all health care centers might be affected by these organisms. Since the different impacts on different settings are needed, many of the precaution techniques should be tailored according to the specific population and individual institution.

Proactive Infection Control: MRSA & VRE :To increase the patient safety and the quality of patient care, every institution should have plans for MRSA and VRE to find most economical implementation for the screening program for all patients. The usual problem is the critical running time of screening programs. Classical microbiological methods take days and in a busy, tertiary centers, delay in admission might result over estimated hazards to patient care and economic lost. One of the solutions is a promising new PCR (polymerase chain reaction) testing technology. This rapid, molecular-based assay can be analyzed in a matter of hours, rather than a period of days required analyzing a standard culture. Effective quarantine of contaminated patients with strict barrier precautions is another issue to be solved. Collaborative communication is the other important issue to prevent spreading the MRSA from one center to other. Widespread MRSA "pandemic" requires clear processes and communication channels in national and even international scale. Evidence-based medicine has a great advantage for this purpose. Infection control team should rely heavily on evidence-based resources for MRSA and VRE screenings and isolations.

Small institutions with low MRSA and VRE incidences might like to have a different flexible precaution measures to reduce the cost of medical care as they may use the universal barrier precautions always for all patient. It would be logical and economical to do so, since many of the screening procedures would increase the health care expenses without adding the quality of patient care.

In hospitals where a large number of patient referral seen, an effective VRE screening strategy for control measures should be followed carefully. Since the complex nature of VRE differs from MRSA, once an institution become infected, it is so hard to decontaminate completely the innate from this highly resistance microorganism. So far, the measures are consisted of implementing of rectal swab, reinforcing hand hygiene practices and taking strict contact precautions. On the other hand, recommendations for a restricted use of broad spectrum antibiotics should be followed by each physician and surgeon. Another prophylactic method is to use alcohol-based hand-rubs which should be provided throughout the hospital with an easy access and all of the staff who in charge of patient care should undergo training for their use prior to be involved with patient. Compliance with universal contact precautions, including the use of clean, non-sterile gloves and single-use gowns, was reinforced as well. All of the patients must have their own separate daily medical devices by bed-side particularly for themselves. The major route of transmission of VRE is contact of contaminated hands and medical devices.

- **PREVALENCE AND CONTROL POLICY OF NOSOCOMIAL INFECTION IN MOROCCO**
- **HEIKEL, J - INISAN GROUP, MOROCCO**

OBJECTIVE : The objective is to describe the characteristics of nosocomial infection as well as control program in Morocco

METHODS : We analysed data from epidemiological studies in Morocco related to prevalence, incidence rate and risk factors for nosocomial infections. We evaluated the national program implementation and proposed a model of Policy control

RESULTS : Prevalence of nosocomial infection (NI) in Morocco ranges between 6,7% for inpatients to 17,886% in ICU. Incidence rate was estimated to 3,5 % for inpatients and 29,3% for ICU patients. Urinary infection is the main clinical manifestation followed by surgical site infection and septicemia. The departments concerned were ICU (49% of the cases), surgery (23,4% of the cases), Medicine (18,6% of the cases) and Burn unit (10% of the cases).

Main determinants of NI risk were: surgery, urinary catheter and length of stay in hospital. MRSA was highly prevalent ranging from 23,5% to 93,23% in Military hospital. VRE was not found according to the two surveys conducted.

National program for NIC is based on UHC data, and address 3 axis: development of norms and procedures, creation of adapted hygiene legislation for hospitals, achievement of a surveillance system. The primary assessment shows a weakness in the training of health professionals (13% of physicians and 38% of nurses), the absence of an action plan in 75% of the cases and the existence of a protocol of control in only 50% of the cases.

CONCLUSIONS : NIC is a part of the health safety process and should be addressed as the main health service quality provision. There is a necessity to better assess the prevalence as well the incidence rate of NI and to determine the main risk factors in specific health units. We propose a policy based on 4 levels of standards that could be adapted to different type of hospitals.

- **MRSA AND MDRO'S SCREENING AT ADMISSION TO ICU. A TARGETED AND PROACTIVE APPROACH TO DETECT MDROs.**
- **Khan, FM; Ahmed, S; Villanueva, JC.** Prevention and Control of Infections Program at Mouwasat Hospitals,
- **Dr. Sameh Salem Taha,** ICU Intensivist, Dammam, Kingdom of Saudi Arabia.

Objective : To identify and isolate potentially infected and / or colonized patients at admission to Intensive Care Unit (ICU).

Method : A total of 544 patients were admitted to the ICU from January 01 to December 31, 2009. Out of these 544 patients, 200 potentially infected and or colonized patients were screened for MRSA and MDROs on admission to ICU according to our "Admission and Screening Protocol" for MRSA and MDROs. Potentially infected and or colonized patients were classified as either transferred from other facilities, elderly patients and patients with devices in place and or having skin lesions or wounds. Out of 544 patients admitted to ICU during the above period, 344 patients admitted without screening procedure. Swabs from nasal, skin lesion or wounds and devices sites were taken and sent to Microbiology Lab. for culture & sensitivity using the conventional method to detect MDROs. In the meanwhile these patients while awaiting culture results were placed in contact isolation.

Results : Total of 200 patients out of 544 were screened for MDROs at admission to our ICU in the year of 2009. Of the 200 patients, 60 (30%) were positive for MRSA and 39 (19.5%) were positive for MDR Acinetobacter calcoeticus. Therefore, screening on admission of potentially infected and or colonized patients identified a prevalence rate of 30% for MRSA and 19.5% for MDR Acinetobacter calcoeticus in the study population. This is a very significant number of MDROs as without such screening we would have missed these MDROs which had a potential for outbreaks in ICU and risks to other patients.

Conclusions : Screening for MDROs such as MRSA and MDR-Acinetobacter are useful in potentially infected and or colonized patients on admission to ICU. Because this procedure detected high number of carriers and colonized patients in the above population as without screening on admission to ICU we could miss a significant number of MRSA and other MDROs patients.

Keeping in view the high prevalence of MRSA and other MDROs carriage I would recommend to do universal screening at admission to ICU and thereby reducing the risks of transmission and cross-infection of these MDROs in this population.

WORKSHOP II:	INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS IMPLEMENTATION OF SAFE SURGERY CHECKLIST
Moderator:	Dr. Badriya AL-ALI Director of Accreditation and Regulatory Department at HMC , QATAR
Speakers:	Prof. Dr. Mondher LETAIF , MD, MPH, Prof Preventive Medicine, University Hospital of Monastir, TUNISIA Dr. Dina BAROUDI , Chairman of Anesthesia Department , Quality and Patient Safety Director Mohamad Saleh Basharahil Hospital, Makkah, SAUDI ARABIA

- **THE WHO CHECKLIST IMPLEMENTATION IN TUNISIA: FOLLOWED STEPS & LEARNED LESSONS**

- **Mondher Letaief, MD, MPH**
- Prof Preventive Medicine, University Hospital of Monastir, Tunisia

Patient Safety has gained a particular interest through the participation to the EMRO/AFRO adverse events survey. Indeed, several milestones were achieved in this field so far, such as the establishment of a Patient safety national committee and a national Patient safety research for action group.

Meanwhile, results from the adverse events study were used for advocacy issues related to patient safety as a learning opportunity and to raise the awareness of the healthcare system stakeholders in this topic. The results also showed a higher rate of adverse events in surgery, and the WHO checklist was representing a driving opportunity for us to implement concrete patient safety solutions at the field level. We followed three steps:

- Getting leadership and support to implement the Checklist
- Pilot test of the CL in one operating room
- Assessing the impact, sustaining at the local level and spreading its use for other surgical units.

The presentation is supported by implementation and process monitoring indicators. It will focus on the learned lessons from the checklist implementation so far, as well as the next steps required for its wider use by additional surgical teams.

- **Implementation of the WHO Safe Surgery Checklist in Tunisia: followed steps and learned lessons**
- **Letaief M., Hamdi A, Mâazoun K., Elhamdi S., Ben Ammar MS, Ben Mahmoud MA.**

Assessment of the problem: The rate of AEs was retrospectively assessed by the WHO multicenter study, which included two pilot sites the university hospital of Monastir and La Marsa University Hospital. The study findings showed that 10% of the hospital admissions were associated to patient harm. In surgical departments, the rate was 2 times as higher as compared to the incidence of AES in medical departments. Thus, addressing the issue of patient safety in surgery was considered by the team as a priority. The WHO checklist was a solution that we wanted to implement in the field level.

The first phase: The AEs study enabled us to identify teams that expressed better motivation to address patient safety issues at the hospital level. The local leadership was a important requirement in this process. The head of the local department as well as the hospital manager were motivated to implement the checklist.

Then we organized a multidisciplinary meeting, and we presented the objective and the required process for introducing the checklist in the operating room. The team was also invited to contribute to the checklist translation into French and adapting it to our environment. In this meeting we presented the WHO checklist utilization manual as well as the video that illustrate the required steps for the checklist administration. In the mean time, a local video was developed in order to help understanding the process and use of the checklist in the field. It was in Arabic and improved the communication among the team in the operating room. A nurse was fully assigned for the checklist administration in the operating room. She was also asked to fill in each form for each surgical intervention and to collect the forms anonymously.

The second phase: This phase was mainly aimed at following the implementation of the checklist by encouraging the nurse to continue the procedure without caring about the refusal of some persons to cooperate. The nurse gave us regular feedback about the use of the checklist.

In this phase we also arranged for a workshop with the national patient safety research for action group. The latter was composed of multidisciplinary team including anesthesia, surgery and other specialties. The same procedure was followed as for the local level, and some members expressed a willingness to introduce the checklist in their departments. They were offered the video to better illustrate the procedure as well as the documents explaining the recommendation for the checklist introduction in surgery.

The third phase: The third phase was aimed at sustaining the use of the checklist and widening its use by additional teams at the local level as well as at the national level.

In order to achieve these goals, we conducted a meeting with all the team members to discuss and review the feasibility of the checklist. Indeed, some notifications were added to complete the checklist and adapt it to our own circumstances. We also tried to identify other teams who were motivated and wanted to use the checklist.

In this phase we also held a meeting with representatives from surgery related scientific societies. In this meeting, we first presented an overview of patient safety principles and goals. We also provided them a presentation about the pilot study results. Then we had a discussion on how to interpret them and use them in a learning culture. In the second session we presented the video and the modified version of the checklist, then invited them to participate in its adaptation to the Tunisian surgical care context.

Learned lessons

Through the pilot implementation of the safe surgery checklist in Tunisia, we would like to underscore the following points:

The top level leadership as well as the chief responsible support were important for the success of the intervention. The whole team should also be involved and continuously informed about the process.

Surgical teams should be confident about the checklist aim as it is not intended to duplicate their usual work, but rather to reinforce risk prevention measures. The checklist also aims to enhance communication among surgical teams in the operating room [4].

During the discussion with scientific societies at the national level we noted that both managers and physicians (surgeons and anesthesiologists) agreed to introduce the checklist in surgery. However their expectations were different: physicians were claiming more evidence about its effectiveness in the Tunisian context. Although the checklist has proven its benefit in terms of reducing patient safety related indicators [5], a pilot study needs to be carried out in the field in order to see whether its use will lead to a significant reduction in AEs in surgery. The managers were mainly interested to the introduction of the checklist in their facilities as it will represent an opportunity to protect themselves from legal issues.

The discussion highlighted the issue of equipment availability notified by the use of the checklist, what to do in this case?

Do we need to consider the checklist as a guide that will mainly check for the fulfillment of the required steps to prevent the occurrence of an unexpected negative outcome, or do we need more by filling in a form for each patient? Who is the appropriate person to collect the completed forms? Do we need to have a hard copy that we should store in the medical record?

Stories to share

The feedback from the checklist introduction in one operating theatre revealed the following stories:

In the sign in phase, checking for the patient identification cut once a possible error

Asking about the blood loss was very important as it re invited the team to guarantee the availability of blood. With this control, patient underwent the intervention in a better condition with the required blood.

In our study, equipment failure was more documented and then fixed e.g. lightening or diathermy failure.

The checklist will be a solution to reduce retained instruments, sponges, and needles. In fact, this situation continues to cause patient harm [6].

We felt that the team changed its behavior and became more prepared. In some situations, the team even waited for the arrival of the checklist administrator before the operation.

The prior collected forms review (600 so far), showed that there was a slight improvement in prophylactic antibiotic administration. Later, we will see if this improvement will lead to a significant reduction of surgical site infections [7].

We noted that there has been still a resistance, from some professional categories, to the use of the checklist. That might be explained either by a negative perception of its added value or believing that the safety is rather their own business.

The way forward

The next steps that we plan to achieve are:

To think about how to sustain the checklist and involve more teams.

To continue the assessment of the checklist performance. A set of indicators were already identified by the local team and we need to monitor their trends.

To carry out a multicenter study aiming at assessing the impact of the checklist in the Tunisian context.

To think how to introduce incentive measures for surgical teams. The WHO/EMRO Patient Safety Friendly Hospital Initiative (PSFHI) could represent a good opportunity to recognize and certify the hospital [8]. The PSFHI already assesses the use of WHO solutions including the WHO checklist. Achieving this certification label will represent an excellent measure to sustain the use of the checklist at the hospital level.

• SAFE SURGERY SAFE LIFE CHECKLIST IMPLEMENTATION OBSTACLES AND SUCCESS

- Baroudi ,D ; Nofal.W ; Eddaal,A
- Mouhamed Saleh Basharahil Hospital Makkah KSA
- Correspond to Dr.Dina Baroudi

Objective : the objective of the study is to present the impact of implementing our modified safe surgery safe life checklist on patient safety in the operating room in Basharahil Hospital and highlights the obstacles and the success surrounding the implementation.

Results : we implemented our modified checklist based on WHO safe surgery safe life checklist to four hundred and sixty patients undergoing various types of surgery, elective and emergency, antibiotic administration time violation was a major finding, decrease morbidity by a proper sign out process, increase awareness on patient safety issues among operating room staff and enforce team work during surgery. Through the implementation we overcame some obstacles mainly the resistance from surgeons to accept the team work approach as well as success stories in avoiding major adverse events.

Conclusions: safe surgery safe life checklist is a powerful tool in assuring patient safety in the operating room, the checklist shall be modified as per institution complexity of care, the list does not replace any other process on site, such as universal protocol and time out, it is an added value on patient safety in surgical practice, the basic 19 items in the WHO must be a hospital never happen event target.

WORKSHOP I	ESTABLISHING A SOCIAL MOVEMENT: KEY STEPS TO DRIVE PATIENT SAFETY STAFF AND PATIENT EMPOWERMENT:
Moderator	Dr. Amin NIMER, CEO, Mouwasat Hospitals Network, Dammam, Kingdom of SAUDI ARABIA
Speakers	<p>Dr. Eman DARWISH, Director Performance Improvement Department, Mouwasat Hospitals Network, Dammam, Kingdom of SAUDI ARABIA</p> <p>Dr. Dina BAROUDI, Chairman of Anesthesia Department, Quality and Patient Safety Director Mohamad Saleh Basharahil Hospital, Makkah, SAUDI ARABIA</p> <p>Dr. Badriya AL-ALI Director of Accreditation and Regulatory Department at HMC, QATAR</p> <p>Dr. Aisha AL-ZEYARA Director of Quality at SCH – QATAR</p> <p>Prof. Dr. Mamoun Elsheikh Abdel Rahim ELSHEIKH, Infection Control/Quality Management Department Hamad Medical Corporation, QATAR,</p>

• HOSPITAL PAIN MANAGEMENT PROGRAM

- Dr.Darwish Eman, Director of Performance Improvement department, Mouwasat Medical Services group

Objectives: Pain assessment and management has captured the attention of healthcare professionals and public after years of negligence; most of the researchers found that pain is under treatment and there is awareness growing about the adverse consequences of untreated pain.

Few actions have generated as much interest in the field of pain management as the release of pain management standards by the Joint Commission on Accreditation of healthcare organizations.

Although patients' involvement in different care processes has a good impact on the patient care outcome, but improving staff understanding, knowledge and skills have the greatest impact on improving patient care outcome; most of the researchers attribute the pain under treatment to the under knowledge of the clinical staff.

Method : Mouwasat Hospital Quality department conducted a survey covering all patients who went under major surgery in July and August 2009, to measure their satisfaction about the pain management program and in turn measured staff knowledge and attitude towards patients' pain.

Conclusion: To meet each patient's unique needs, with his/her own rights, values and beliefs that required from the organization to:

- Build trust and open communication with patient and understand the patient's psychological and physiological needs;
- Based on that used the proper pain assessment tools to provide the proper pain relief medication then achieve the patient's right to get the optimal pain relief during hospitalization.
- Empower the education of pain management program between clinical staff, patient and family.

- **MODIFIED IOWA SATISFACTION IN ANESTHESIA SCALE "ISAS" AS AN INSTRUMENT TO MEASURE PATIENT SATISFACTION IN ANESTHESIA.**
- **Baroudi, D*; Nofal, W*; Ahmad, N****
- *Anesthesia Department Basharahil Hospital Makkah .KSA ;
- ** Anesthesia Department king Khalid eye specialist Hospital ,Riyadh
- Correspond to Dr.Dina Baroudi

Objectives: To set up and validate a patient satisfaction questionnaire based on the Iowa Satisfaction in Anesthesia Scale (ISAS) for evaluating the degree of patient satisfaction in anesthesia among two hospitals in Saudi Arabia with different patient characteristics aiming to identify the room for improvement in the different anesthetic stages

Methods: We established and validated a survey questionnaire of 13 questions to evaluate the degree of patient satisfaction during anesthetic care measuring the following dimensions; the adequacy of patient information and participation in decision making, nurse-patient relation, accessibility of communication with the anesthesiologist, patient fear and anxiety and the post anesthesia care management. The process passed through 3 steps; instrument design (based on ISAS) and validation, conduction of the survey and data analysis. Cronbach's alpha used to measure the reliability of our instrument and standard psychometric techniques to measure instrument validity.

Results: Our modified instrument shows good reliability as obvious by Cronbach's alpha=0.7 and all the perspectives of validity (face, content and construct) were satisfactory according to the psychometric standards used. We found that female patients, with high education level and belong to ASA class I and II are significantly less satisfied than male patients with lower education level undergoing major surgeries or with preoperative medical problems. The problematic dimensions pinpointed are mainly related to information and decision making, adverse events in recovery room in form of pain, nausea and vomiting contribute to the major cause of dissatisfaction, fear and anxiety contributed as well in patient dissatisfaction.

Conclusion: The instrument used for evaluating the degree of patient satisfaction in anesthesia is a valid tool for the Arabic speaking patients regarding anesthetic satisfaction assessment, there is room for improvement in the anesthetic care mainly in the dimension of information, decision making and post operative anesthetic care.

- **IMPACT OF JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) ACCREDITATION AT HAMAD MEDICAL CORPORATION**
- **Dr. Badriya AL-Ali**, Director of Accreditation and Regulatory Department at HMC
- **Dr. Aisha AL-Zeyara**, Directore of Quality at SCH – QATAR

OBJECTIVE: Qatar Supreme Council for Health (established April 2009) is the overarching governing body for Qatar health services

- planning, monitoring and oversight of all health services
- primary health centers
- public health services

Hamad Medical Corporation (HMC) the major healthcare provider in the State of Qatar serve 100% of health services through its 5 public hospitals, gained Joint Commission International (JCI) re- accreditation in September ,2009 ,and Hamad Medical Corporation is the only health organization in the Middle East and the Gulf Cooperation Council, which was adopted home health care services JCI accreditation .

The organization embarked on an ambitious and challenging exercise to comply with JCI accreditation and meet HMC mission and vision. Under the direction of the Quality Management Department, in mobilizing all the staff, including corporate and facility administrative and managerial leadership, in all five (5) accredited facilities.

RESULT: Some of the positive impacts of JCI accreditation include: enhanced patient safety, increased patient and staff satisfaction, improvement in the system of hospital management, a stronger organizational structure, and better managed leadership process. In addition, implementation of the International Patient Safety Goals has been one of the "top changes" that has helped cultivate a culture of enhanced patient safety and quality of care. HMC reputation in the community has also prospered since achieving JCI accreditation. "More patients are interested in being treated in our hospital, and the staff is more satisfied with the processes of providing health care.

MAIN AREA: Accreditation, Certification and Credentialing

- **CREATING AIRBORNE INFECTION ISOLATION ROOM IN AN EXITING OLD BUILDING**
- **PROF. DR.MAMOUN ELSHEIKH ABDEL RAHIM ELSHEIKH,**
- Infection Control/Quality Management Department, Hamad Medical Corporation,Doha, Qatar

Objective: Creating Airborne Infection Isolation Room in an existing old building

Purpose : Establishment of airborne infection isolation rooms (negative pressure) is an important task not only for improving public health across national boundaries , but also for controlling healthcare costs ,as isolation rooms suites often require considerable resources to construct and maintain especially in old healthcare facilities. However, Infection prevention and control program, Quality Management at Hamad Medical Corporation (HMC) has succeeded to create a simple efficient and cost effective model that meets all relevant standard criteria.

Methods: The model does require major renovation or demolishing of the existing building; instead with the help of fixing two mobile HEPA Filters, sealing of the windows, doors and creating a gap under the door of < 1/2 inch, we were able to fix over 40 rooms in different and very old HMC premises.

Results: The followings were achieved:

1. ACH \geq 6/h.
2. Differential pressure \geq -2.5 Pascal [0.001" WG]
3. Smoke trail test – visibly moving inside patient room.
4. Exhausting outside thru HEPA filters

Moreover relevant monitoring tools and protocols for maintenance have been developed.

Currently we are evaluating the impact of this model on the anticipated potential reduction in airborne transmission of infectious agents as well as cost saving.

WORKSHOP II

Moderator

Speakers

PATIENT SAFETY RESEARCH

Prof. Dr. Monther LETAIF / University of Monastery, **TUNUSIA**

Prof. Manal BOUHAIMED, Assistant Professor, Department of Community Medicine And Department of Surgery, The Health Sciences Center In Kuwait University, **KUWAIT**

Prof. Dr. Mondher LETAIF, MD, MPH, Prof Preventive Medicine, University Hospital of Monastir, **TUNISIA**

Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA, Chair, Department of Medical Informatics, School of Public Health, Slovak Medical University in Bratislava, **SLOVAKIA**

- **INNOVATION OF HEALTHCARE QUALITY EDUCATION THROUGH E-LEARNING IMPLEMENTATION AT SLOVAK MEDICAL UNIVERSITY**
- **Assoc. Prof. Viera Rusnáková, MD, PhD, MBA**

High demand for the education capacities, enhanced access to information and communication technologies coincided with the e-Health project announcement. This was a basis for developing a pilot project on e-Learning at the Slovak Medical University, Bratislava with the financial support from the European Social Fund and assisted by IBM Company Consultants. The e-Health Care Quality Improvement (HCQI) course was selected as a part of the project, since the quality and safety were recently in the center of attention of many health care stakeholders.

The main aim of the e-course development was to contribute to quality improvement initiatives through better preparation of public health, nursing and management (MPH) students. Improving competences of educators – lecturers and tutors in the systematic implementation of the distance education and e-learning at the University was among objectives of the project, too.

General strategy prepared for e-Learning incorporation into University curricula with utilization the IBM Workplace Collaborative Learning technology will be tackled in the presentation. The uniform design of e-courses based on the IBM 4 Tier Learning Model and the Bloom Taxonomy of cognitive objectives will be explained. The presented course combines both classical class teaching and e-Learning components. The e-Learning part comprises mainly theoretical background (chapters as Quality in HC, Leadership and Team Building, Quality Improvement Tools, External Quality Assessment and Small Project Development Skills) with rich direct links to Internet resources. The class component is focused on the development of group as well as individual small projects. The entire HCQI course was designed with the intention to support critical appraisal skills, and to handle the need for executing and publishing HCQI projects.

The first experience from the project showed mainly benefits for authors and lecturers from a systematic approach to e-Learning implementation in the University environment. The collaboration between the e-Learning designers and the faculty teams was an interesting and challenging experience. The routine implementation of course with detailed evaluation includes until now more than 100 undergraduate public health students. Feedback from students is generally positive. In qualitative evaluation they mentioned as helpful available Internet resources. Small innovation projects development based on the received instruction turned to be highly reliable. Observed barriers do not differ from typically published ones.

- **PERCEPTION OF PATIENT SAFETY CULTURE IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS IN KUWAIT**

- **Prof. Manal BOUHAIMED,**
- Assistant Professor, Department of Community Medicine And Department of Surgery, The Health Sciences Center In Kuwait University, **KUWAIT-**

Introduction: The leaders of Health care services in Kuwait are seriously looking at ways to coordinate and promote activities that enhance patient safety and quality care in the country. Assessing the perception of current or existing patients' safety culture in our hospitals is the first step towards achieving this objective.

Method: A variety of instruments have been used to measure patient safety culture worldwide and for the purposes of our study we elected to use "The Modified Stanford Instrument (MSI)" with permission to assess the perception of patient safety culture in Kuwait among multiple staff groups and multiple settings in several Kuwaiti Health Governorates. The survey included items in four areas: (1) Valuing safety at the organization and department level, (2) Fear of repercussions, (3) Perceived State of safety, and (4) Supervisory leadership. Responses to questions in these dimensions were scored by a five-point scale where 1 is strongly disagree, 3 is neutral and 5 is strongly agree. Any negatively phrased items in the dimension were reversely coded. Accordingly, a higher mean score is always a more desirable core. The mean scores were compared by Region, Staff Group and Sector.

Results and Conclusion: Data will be presented for groups of questions that were used to measure each of the four broad areas covered by the survey noted above.

The national patient safety initiative in Kuwait will be positively driven through careful consideration of the results of this survey looking at high and low performance on individual safety issues, focusing on questions that reflect areas that are the most important to medical and nursing staff in the country, and finally, benchmarking - looking for high performing groups.

- **PATIENT SAFETY RESEARCH**

- **Prof. Dr. Monther LETAIF / University of Monastery, TUNUSIA**

PS research has an essential role to play to reduce patient harm through his experience with healthcare facilities. It needs to be considered as a system that integrate designing, organizing and operating health systems in the most cost-effective manner and at producing the best possible outcomes in these health systems is essential to improve the wellbeing of populations and contribute to the social and economic development of countries. At the field level, researchers need to acquire appropriate knowledge and skills that enable them conducting researches. At the organizational level (coordination) institutions need necessary infrastructures, funding and leadership so that researchers can carry out their research. In the meanwhile, the overall policies, rules and norms, priorities, have a strong role to play as to facilitate the use of results and promote evidence supported decision.

Plenary Presentation:	ACCREDITATION and CERTIFICATION STANDARDS IN CONTROL AND PREVENTION OF HAI: Professional Accountability Systems (panel discussion) <ul style="list-style-type: none"> • Accreditation • ISO Certifications • Quality Awards Professional Certifications
Keynote Speakers	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 , Co-Chair, President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara TURKEY Kaya Kars , Turkish Standardization Institute, Director, Regional Office, Antalya, Turkey

- **ACCREDITATION AND DIFFERENT ACCREDITATION MODELS 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, USA

In general, certification, licensure and accreditation are all methods of evaluation and are also methods of assessing and rewarding organizations (and individuals) for quality. Accreditation is the only method however that requires a health care organization to follow a rigorous set of performance standards and be subject to a comprehensive process of self-assessment in addition to external evaluation. Both licensure and certification follow the same principle of assessment whereby an organization must demonstrate to the granting agency its capability and proof that it has met the standards prescribed by that granting agency. Accreditation is applied primarily to organizations rather than individuals, departments or units. Accreditation is a rigorous and comprehensive evaluation process through which an external accrediting body assesses the quality of the key systems and processes that make up a health care organization. Accreditation also includes an assessment of the care and service health care organizations are delivering in important areas such as preventive services and client satisfaction. Accreditation was developed in response to the need for standardized, objective information about the quality of health care organizations. Almost all accreditation programs are voluntary. Organizations seek accreditation for different reasons but most do so in an effort to increase market share and to win customer satisfaction and professional reputation. In all cases accreditation is voluntary. In this presentation the differences between accreditation, certification and licensure and different accreditation models will be discussed

- **EFQM, BALDRIDGE, CLINICAL AUDIT, SURVEYING, CLINICAL GOVERNANCE AND MINISTRY OF HEALTH PRIVATE AND FOUNDATION UNIVERSITY HOSPITALS HEALTH SERVICES QUALITY STANDARDS**
- **Prof. Dr. Seval AĞÜN,** Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Üniv.Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE

EFQM: The model was launched to the public and voluntary sector in 1999. Apparently, the EFQM model is performing its job to perfection.

The EFQM Excellence Model is a practical tool that can be used in a number of different ways:

- As a tool for *Self-Assessment*
- As a way to *Benchmark* with other organizations
- As a guide to identify areas for *Improvement*
- As the basis for a common *Vocabulary* and a way of thinking
- As a *Structure* for the organization's management system

Baldrige Health Care Criteria: Since 1995, healthcare organizations have used the Baldrige Health Care Criteria to help them address challenges such as focusing on core competencies, introducing new technologies, reducing costs, communicating and sharing information electronically, establishing new alliances with health care providers, or just maintaining market advantage

The accreditation/certification and their credibility have also been tackled by **ISQua** (The International Society for Quality in Health Care).

The clinical audits or surveying: An example of these clinical audit schemes is the *Visitatie* in the Netherlands. It has originally been developed for the selection and monitoring of special medical training. It has since been developed into a quality assessment tool. It focuses on clinical practice, professional development and service quality. Visiting teams are mostly clinical and often uni-disciplinary.

The clinical governance: Clinical governance has a broader approach compared to clinical audit. The expert is asked to audit his performance, but also demonstrate how to improve the performance and maintain it. It also emphasized the responsibilities of both clinicians and managers in the delivery of care. In this presentation all these models will be discussed and compared with each other.

ISO STANDARTLARININ SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMALARI

- **S. Kaya KARS**
- **Türk Standartları Enstitüsü,**
- **Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü**

IMPLEMENTATION OF THE PROCESS DESCRIBED IN THIS INTERNATIONAL STANDARD ISO 10002 CAN

- provide a complainant with access to an open and responsive complaints-handling process,
- enhance the ability of the organization to resolve complaints in a consistent, systematic and responsive manner, to the satisfaction of the complainant and the organization,
- enhance the ability of an organization to identify trends and eliminate causes of complaints, and improve the organization's operations,
- help an organization create a customer-focused approach to resolving complaints, and encourage personnel to improve their skills in working with customers, and
- provide a basis for continual review and analysis of the complaints-handling process, the resolution of complaints, and process improvements made

WORKSHOP I	NATIONAL HOSPITAL SURVEILLANCE PROGRAM ON HEALTH CARE ASSOCIATED INFECTIONS AND PREVENTION AND CONTROL OF INFECTIONS IN TURKEY
Moderator	Prof. Dr. Seval AĞÜN, President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara, TURKEY
Speakers	Associate Professor Dr. Mustafa ERTEK, President, Refik Saydam Hygiene Center Presidency, TURKEY Dr. Ercan BAL, Director, Division of Communicable Disease, Primary Health Care Department, Ministry of Health, TURKEY

- **NOSOCOMIAL INFECTIONS CONTROL AND PREVENTION PROGRAMME IN TURKEY**
- **Assoc. Prof. Dr. Mustafa ERTEK,**
- President, **Refik Saydam Hygiene Center, Ankara, TURKEY**

Refik Saydam National Public Health Agency and General Directorate of Curative Services have been implementing "Nosocomial infections control and prevention programme" with the cooperation of Advisory Committee of Nosocomial Hospital based on the "Regulation on Infection Control in Hospitals" (11.08.2005/25903 Official Journal) for five key areas, such as legislation, training, development of infection control guidelines, national standards, surveillance and supported activities since 2004. Our overall goal is to promote safety and quality healthcare delivery system and, our target is to control and reduce of incidence and, prevent and eliminate of nosocomial infections. **Training:** Two training programme are established for infection control doctors and infection control nurses in 2007 in order to maintain national standardisation in hospital infection control. As January 2010, there are 304 infection control doctors and 805

infection control nurses have national certificate. **National Standards:** Standards such as Hospital Climate Control, Safety Practices Guidelines for Parenteral Nutrition, Principles on Nosocomial Infections Control, MRSA Infection Control Protocol, and Laboratory Standard Operating Procedures for MRSA have been established. **Surveillance:** National nosocomial infections surveillance system was established in 2006. All hospitals routinely report their nosocomial infection surveillance data using standardized surveillance methods and definitions established based on the CDC surveillance components. An internet based surveillance network namely "National Nosocomial Infections Surveillance Network (NNISN)" set up in 2008 and all hospitals routinely began reporting their data using this network. Hospitals evaluate their own data, rates, and our Agency evaluates national aggregated data. **Supported activities:** A national hand hygiene campaign, namely 'danger is in the hands', was implemented in 2009 in order to raise awareness of the importance of hand hygiene in reducing health care-associated infections and improve hand hygiene compliance among hospital staff. Materials include my 5 moments for hand hygiene, a training CD, posters, brochures and guidelines on hand hygiene. All neonatal intensive care services are supervised by commissions, established by Provincial Health Directorates, using Standard forms between January and March, per year. All documents are available at our web page (<http://www.hastaneenfeksiyonlari.rshm.gov.tr>).

WORKSHOP II	SAFETY IN HEALTHCARE: Occupational Health Concerns: How do we protect the Health care Workers
Moderator:	Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI , Akdeniz University, School of Medicine, Antalya, TURKEY
Speakers:	Prof. Dr. Levent DOĞANCI , Director, Prevention and Control of Infections Program at Bayındır Hospitals Network Ankara, TURKEY
	Associate Prof. Dr. Zarema Obradovic , Head of Epidemiology Department, Public Health Institute Sarajevo / Ass. Professor, Faculty of Health Studies, University of Sarajevo, Medical Faculty of Tuzla, BOSNIA& HERZEGOVINA
	Assistant Prof. Dr. Mehtap TURKAY , Akdeniz University, School of Medicine, Antalya, TURKEY

- **Nosocomial infections - potential risk for hospital staff**
- **Prof Dr. Zarema Obradovic**
- Public Health Institute Sarajevo, Faculty for Health Studies University of Sarajevo

Nosocomial infections occur worldwide and affect mostly patients in hospitals, or other health care facilities, but also hospital staff.

In this work we want to show all potential risks for hospital staff to get nosocomial infections, and to present preventive measures aimed to this group. Hospital staff is at risk of acquiring infection through occupational exposure. Reservoirs of infections are patients, other hospital staff, visitors and environment. The agents of infections are transmitted: through direct contact during care, in the air droplets, via contaminated hands, clothes and objects. Sometimes infection agents can be transmitted via water or food. The infection risks are different for different staff, but the risk prevention is a concern of everyone in the facility, and has to be supported at all levels of management. The key components in prevention of nosocomial infections for hospital staff are: risk assessment and prioritisation between different staff groups, reducing person to person transmission and preventing transmission from the environment.

Every hospital and other health care facilities have to prepare a nosocomial infection prevention manual with very clear procedures.

Especially important part of nosocomial infection prevention is education for all staff members, adequate with their responsibilities.

We want to show results of our researches carried out in hospitals in Bosnia and Herzegovina

- **QUALITY ASSURANCE ASPECT OF THE HEALTH CARE WORKER'S SAFETY: HOW TO PROTECT HCWs from INFECTIONS?**
- **Prof. Dr. Levent DOĞANCI**,
- Bayındır Hastaneleri Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara, **TÜRKİYE**

Health care facilities are particularly high risk places for air-borne and blood-borne infection transmissions for everyone including from a patient to the health care workers, vice versa. There are many preventable and treatable infections in health care settings and a specific part of nosocomial infection chapters cover all of these diseases and prophylactic measures. Many of the hospitals all around the world obligatorily screen the employees for updated immunity and preemptively for the carrier stages of these infections. In case of blood borne contamination to HCW is an emergency in many clinical scenario. It may also become a nightmare in case of transmission of highly fatal disease such as hemorrhagic fevers. There are many unfortunate samples of unexpected inoculation of this deadly disease to HCWs which in many circumstances the outcomes are fatal. Most recent example is transmitting Congo-Crimean Hemorrhagic Fever (CCHF) in late July 2009 in Turkistan district of Kazakhstan's from a patient to HCWs. A deadly toll in Central Asia occurred and within a few days, the mother (index case), her newborn, two surgeons (including the senior chief vascular surgeon), a nurse and a pediatrician at the hospital were all deceased with human to human transmitted CCHF.

It is more fatal if transmission occurs from human to human via blood-borne accidents such as needle stick exposure. The disease has been found in Eastern Europe, the Balkan peninsula, Turkey, the Mediterranean basin, inner parts of China, and Central Asia. The disease usually unrecognized by physicians and diagnosis delay or misdiagnosis threatening the quality of care and have a negative impact on safety of HCWs. Similar incident also had happened in several occasion in Turkey, causing nearly 5 HCWs death in recent years. These tragic incidents involving the deaths of medical personnel are illustrative of the potential for CCHF virus infection to spread in a healthcare environment. Delay in diagnosis, delay in specific treatment may easily result with nosocomial transmission and death

EMPLOYEE SAFETY; THE APPROACH OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY; HOW CAN WE PROTECT HEALTH WORKERS

- **Assistant Prof. Dr. Mehtap TURKAY**,
- Akdeniz University, School of Medicine, Antalya, **TURKEY**

Health is an area multidisciplinary. The production of health services can not be provided by physicians solely because of its content. Health service is carried out by a team. Therefore, to evaluate of health services production process is wrong the presence of all members of the team without taking into consideration. Some aspects of health services are different from other services. These, labor and technology intensity and the different qualified of the labor force is working together respectively. Health workers are exposed to many risks in terms of structure and quality of health service. The best known of these are infection, radiation, toxic- chemical risks, physical risks, stress and violence.

To protect health workers from the above mentioned risks, occupational health units should be established primarily in hospital or health care facilities, occupational health and safety boards should be activated to create awareness about employee health in terms of administrative and managerial. Establishment of risk maps, the creation of occupational disease prevention plans and monitoring of occupational risk will ensure that risks affecting the health of health workers be controlled. In addition, occupational health education to change attitudes and behavior will support all these applications.

27 ŞUBAT 2010 – CUMARTESİ

09:00-10:00	Konferans:	SAĞLIK BAKIM KAYNAKLI ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİNDE AKREDİTASYON STANDARTLARI <ul style="list-style-type: none">○ Akreditasyon○ ISO Kalite Yönetim Sistemleri○ Kalite Ödülleri○ Özel Hizmet Kalite Standartları
	Ana Konuşmacı:	Prof. Dr. Al-ASSAF , Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD Prof. Dr. Seval AKGÜN , Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE Uzm. Kaya KARS , Türk Standartları Enstitüsü, Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü, Antalya, TÜRKİYE
10:00 – 10:30	Kahve Arası	
10:30 - 12:00	PARALEL OTURUMLAR II	
	SALON - I	TÜRKİYE ULUSAL HASTANE ENFEKSİYON KONTROL PROGRAMI VE BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ
	Oturum Başkanı	Prof. Dr. Seval AKGÜN , Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE
	Konuşmacılar	Doç.Dr. Mustafa ERTEK , Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı, TÜRKİYE Dr. Ercan BAL , T.C. , Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanı, TÜRKİYE
	SALON - II	ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ; İŞ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMI; SAĞLIK ÇALIŞANLARINI NASIL KORUYABİLİRİZ?
	Oturum Başkanı	Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI , Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANTALYA, TÜRKİYE
	Konuşmacılar	Doç. Dr. Zarema OBRADOVIĆ Sağlık Bakanlığı, Sarejova Hk Sağlığı Enstitüsü, BOSNA HERSEK Prof. Dr. Levent DOĞANCI , Bayındır Hastaneleri Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara, TÜRKİYE Yrd. Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY , Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANTALYA, TÜRKİYE
	SALON - III	Sözlü Sunumlar (Türkçe 5)
	Modaratör	Ayfer Bahtiyar , Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye
	Konuşmacılar	HASTA GÜVENLİĞİ ENDEKSİ ARACILIĞIYLA GİRESUN PROF.DR. A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNİN ÖZ DEĞERLENDİRME İLE HASTA GÜVENLİĞİNİ GELİŞTİRMESİ Başhekim Opr. Dr. Ahmet Bal, Tib. Tek. Aynur Çalış , Hem. Hatice Yılmaz, Tib. Tek. Resmîye Memiş, Tib. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye
		UYGUNSUZLUK BİLDİRİMLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ Başhekim Op. Dr. Ahmet Bal, Hem. Hatice Yılmaz , Tib. Tek. Aynur Çalış, Tib. Tek. Resmîye Memiş, Tib. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye
		HASTA DÜŞMESİNİ ÖNLEMEDE YENİ BİR YÖNTEM: ELEKTRONİK UYARI SİSTEMİ Ayfer Bahtiyar , Hilal Şekerci, Ayhan Arısan, Süleyman Özer, Gökay Şakiroğulları, Tefrik Tezcaner, Yaman Zorlutuna Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye
		TEMEL YAŞAM DESTEĞİ (MAVİ KOD) ALGISI Başhekim Opr. Dr. Ahmet Bal, Resmîye Memiş , Hastane Md. Hayrettin Kılıç, Tib. Tek. Aynur Çalış, Adnan Yıldız, Hatice Yılmaz, Süleyman Fatih Menevşe Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi/Giresun/Türkiye
		VARDİYA SİSTEMİ İLE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DİKKAT DÜZEYLERİ Peker Ayfer: Devlet Hastanesi/Bursa/Türkiye Karaöz Süreyya; Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu/ İzmit/Türkiye
	SALON IV	Hastane çamaşırlarının taşıdığı riskler Velaaddin Kılıç Kimya Mühendisi, JohnsonDiversey Teknik Müşteri Hizmetleri ve Eğitim Müdürü
		STERİL ALAN HAVALANDIRMA SİSTEMİ (HVAC) VALİDASYONU PROSEDÜRLERİ Ali BOYLU Makina Mühendisi, EGE NİSAN TEMİZ ODA HİJ.HAVA SİST.TEST VE DOĞR.HİZM.LTD. ŞTİ.
12:15 – 13:00	Kongre Kapanışı	Prof. Dr. Al-ASSAF , Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD Prof.Dr. Seval AKGÜN , Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE

ANA KONUŞMACILAR – CV

Prof.Dr. A.F
AL-ASSAF



Kongre Eş Başkanı

- Prof. Dr. A. F. Al-ASSAF
- Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı,
- Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD

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

Amerikan Hava Kuvvetleri, USAID, Amerikan Uluslar Arası Gelişme Dairesi, Amerika Hastane Şirketleri, pek çok 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 yayınlamış, ulusal ve uluslararası pek çok organizasyonda ve gruplara yönelik 200'ün üzerinde konuşma yapmış, seminer vermiş ve workshop yönetmiştir..

of.Dr. H. Seval AĞÜN



Kongre Başkanı

- Prof. Dr. Seval Akgün
- Kalite Koordinatörü, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları
- Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi / Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Misafir Profesör Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu

Halk Sağlığı Profesörü olan Dr. Seval Akgün, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Oklahoma Üniversitesi Halk Sağlığı Okulunda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. Epidemiyoloji, veri yönetimi, sağlık hizmetlerinde ve eğitimde kalite ve akreditasyon, hasta güvenliği, hastalık yükü, toplum beslenmesi gibi pek çok alanda 20 yıldan fazla deneyime sahip olan Dr. Akgün 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 Üniversitesine bağlı tüm sağlık kuruluşları ve eğitim kurumları 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. Tıbbi hizmetlerde sürekli kalite iyileştirme, 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 Orta Doğu ve Akdeniz ülkelerinde (Suudi Arabistan, Suriye, Kuveyt, Ürdün), Orta Asya Cumhuriyetlerinde (Azerbaycan, Özbekistan, Kazakistan) ve Avrupada, Avrupa Birliği, Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF ve Dünya Bankası destekli sağlık reformları ve alternatif hizmet sunum modellerinin değerlendirilmesi, performans değerlendirme, hasta çıktılarının değerlendirilmesi, göçmen sağlığı, hastalık yükü ve benzeri birçok projede proje yöneticisi ve/veya danışman olarak görev yapmıştır. Hastane denetçisi olarak ta görev yapan Dr. Akgün uluslar arası alanda pek çok hastanenin kalite hizmet standartlarını ve akreditasyon sistemlerini değerlendirmiştir.

Dr. Akgün aynı zamanda Hindistan, Azerbaycan, Suudi Arabistan, Ürdün, Kuveyt, Almanya ve bazı diğer ülkelerde sağlık profesyonellerine yönelik sistem geliştirme, sürekli kalite iyileştirme prensip-model ve teknikleri, sağlık hizmetlerinde akreditasyon, halk sağlığı, epidemiyoloji, araştırma yöntemleri, biyoistatistik ve toplum beslenmesi konularında eğitim vermektedir. Dr. Akgün'ün tamamladığı projelerden bazıları; Azerbaycan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ülke genelinde kalite sistemi oluşturulması daha sonraki aşama da Azerbaycan Sağlık Reformu çerçevesinde Sağlık Bakanlığı kuruluşlarına ruhsatlandırma ve akreditasyon sistemi kurulmasıdır. Türkiye ulusal hastalık yükü çalışması ve Orta Avrupa ve Orta Asya ülkelerinde Hepatit C'nin epidemiyolojik ve ekonomik yükünün hesaplanması projeleri ulusal ve uluslar arası gerçekleştirdiği bazı diğer projelere örnektir.

Prof. Dr. Seval Akgün, bu özelliklerinin yanı sıra şu deneyimlere de sahiptir: Niceliksel araştırma tasarımı, 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 SKI modellerinin sağlık ve eğitim kurumlarında kurulması ve yerleştirilmesi; EFQM modülü ve JCI akreditasyon standartları konusunda uzman, ISO 22000 Gıda güvenliği yönetimi sistemi, OHSAS 18001 İş sağlığı ve güvenliği, Sağlıkta Akreditasyon sistemi değerlendirmeleri, Hasta ve çalışan güvenliği, iç ve dış müşteri memnuniyet araştırmaları metodolojisi, sağlık personeli için problem çözme teknikleri, İzleme ve değerlendirme uzmanı. Prof. Dr. Akgün'ün yayınlanmış 6 kitabı ve 250 den fazla ulusal ve uluslar arası makalesi mevcuttur.

Prof. Dr. Erdal AKALIN,
Türk İç Hastalıkları
Uzmanlar Derneği Başkanı,
TÜRKİYE



- Prof. Dr. Erdal AKALIN,
- Türk İç Hastalıkları Uzmanlar Derneği Başkanı, TÜRKİYE

Prof. Dr. H. Erdal Akalin 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 Fakültesinde Enfeksiyon Hastalıkları anabilim Dalını kurmuş ve bölüm başkanlığını yürütmüştür. 8 uluslar arası ve 5 ulusal bilimsel derneğin üyesidir. Bugüne kadar yayınlanmış 250'nin üzerinde bilimsel makale ve 490'ın 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.

Prof.Dr. Martin RUSNAK



- Professor Martin Rusnak, MD, PhD
- Viyana, Uluslararası Nörotravma Araştırma Derneği Mütevelli Heyeti Başkanı

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 başkanı olan Prof. Rusnak'ın deneyim sahibi olduğu bazı alanlar; 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 iyileştirme 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, çıktıların değerlendirilmesi ve sürekli kalite yönetimi olarak sıralanabilir.

WORKSHOP KONUŞMACILAR - CV

Prof.Dr. Zarema Obradovic



- Prof.Dr. Zarema Obradovic
- Bosna Sağlık Bakanlığı
- Epidemiyoloji bölüm başkanı,

Halk Sağlığı Enstitüsü, Sarajevo / Profesör, Sağlık Çalışmaları fakültesi, Sarejova Üniversitesi, Tuzla Tıp Fakültesi, B&H

Eğitim: 1974- 1978. - lise : "Gymnasium 25 oktobar" Stolac,B&H

1978- 1983. Tıp fakültesi, Sarejova Üniversitesi.

1987- 1990 uzmanlık –Epidemiyoloji, Tıp Fakültesi, Sarajevo Üniversitesi

1990- 1992 mezuniyet sonrası – tıbbi ekoloji, Tıp Fakültesi, Sarajevo Üniversitesi

Prof. Zarema'nın 117 adet bilimsel yayını vardır.

Uluslararası çalışmalar: Tıp fakültesi misafir öğretim üyesi, Bükreş, Romanya. / doktora tezi external değerlendirmeci, Penjap Üniversitesi, Lahore, Pakistan

Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA,

Bayındır Hastaneleri Tıbbi Direktörü, Ankara, TÜRKİYE



- Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA,
- Bayındır Hastaneleri Tıbbi Direktörü, Ankara, TÜRKİYE

1977 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1977-1983 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamladı. 1983'de Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'ne başaşıstan olarak atandı. 1990 yılında Kalp ve Damar Cerrahi Klinik Şefi, 1991 yılında Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Doçenti unvanını aldı. 1992 de, o zaman ki adı Bayındır Tıp Merkezi olan, Bayındır Hastanesi'nin kuruluşuna katıldı. 1995-1999 arasında Bayındır Hastanesi Tıbbi Hizmetler Direktörü ve Başhekim'i olarak çalıştı. 2002-2004 yılları arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Klinik Şefi olarak görevlendirildi. 2004 yılında Bayındır Hastaneleri Tıbbi Direktörü, 2006 yılında Bayındır Hastaneleri Kalite Koordinatörü olarak atandı.

Halen Bayındır Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Bölüm Başkanlığı, Bayındır Sağlık Grubu Tıbbi Hizmetler Direktörlüğü ve Kalite Koordinatörlüğü görevini yürütmektedir.

Doç. Dr. Eleni PATROZOU, Atina, YUNANİSTAN



- Doç. Dr. Eleni PATROZOU, Tıbbi Direktör,
- Koruyucu Hekimlik Enstitüsü, Çevre ve İş Sağlığı, Hygeia Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı,
- Yunanistan Hastalıkları Kontrol Merkezi, Danışman, Atina, YUNANİSTAN

Dr. Eleni Patrozou, Providence'de Brown Üniversitesi, Warren Albert Tıp Fakültesinde öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır. Dr. Eleni Tıp diplomasını 2000 yılında Atina Üniversitesinden almıştır. İç Hastalıkları uzmanlık derecesini Rhode Island, Pawtucket, Memorial Hastanesinden almış daha sonra Rhode Island, Miriam Hastanesinde Enfeksiyon Hastalıkları uzmanı olmaya hak kazanmıştır. Dr. Eleni hem iç hastalıklarında hem de enfeksiyon hastalıkları uzmanlığında American board sertifikasyonuna sahiptir. Dr. Eleni halen Hygeia Hastanesinde enfeksiyon hastalıkları konsültanı olarak görev yapmaktadır, aynı zamanda Yunan Hastalıkları Kontrol Merkezinde de danışmandır. İlgili alanları enfeksiyon kontrolü, erişkin bağışıklama programları ve HIV olan Dr. Eleni aynı zamanda Avrupa Birliği tarafından finanse edilmekte olan 9 farklı ülkeden 11 üyenin ve DSÖ, IOM ve Avrupa, Asya ve Amerika da pek çok farklı enstitüsünde eşlik ettiği PROMOVAX adlı 3 yıllık bir programın proje direktörüdür.

Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA,

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimisi, TÜRKİYE

- Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA,
- Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimisi, TÜRKİYE

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 Enfeksiyonları ve Enfeksiyon 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 enfeksiyonları 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-.....)

Yayımlar: 23 uluslararası makale, çok sayıda ulusal makale ve kitap bölümü

Dr. Dina MOURODI, M.S. Baharahlı Hastanesi, Mekke, SUUDİ ARABİSTAN



- Dr. Dina MOURODI, M.S.
- Baharahlı Hastanesi, Mekke, SUUDİ ARABİSTAN

Dina Baroudi, Anestezi Uzmanlığını Hannover'dan almış olup, Amerikan Kalite Derneği tarafından hastane akreditasyonu konusunda sertifikaya sahiptir. Halen Mekke M.S. Basarahlı Hastanesinde Anesteziyoloji departmanı, Kalite ve Hasta Güvenliği bölümü sorumlusu olan Dr. Dina, hasta güvenliği uygulamalarına aktif olarak katılmaktadır. 2003 yılından beri Amerikan Kalite Derneği ve ISQua üyesi olan Dr. Dina ulusal ve uluslararası alanda anestezi ve hasta güvenliği konusunda pek çok çalışmaya bizzat katılmıştır. Pek çok yayını arasında özellikle ağrı yönetimi ve anestezi güvenliği ile ilgili olanları Amerika Anestezi Derneği tarafından da kabul görmüştür. Evli ve 2 çocuk sahibi olan Dr. Dina'nın kendi adını taşıyan bir de torunu vardır.

DR. Madalina Lucic, MD

• **Dr. Madalina Lucic, MD**

Madalina Lucic tıp doktoru olup, Merk'te Orta Avrupa Bölgeleri özel bakımlardan sorumlu marketing bölüm başkanidir. Dr. Lucic Tıp ve Eczacılık eğitimini Romanya Bükreşte Carol Davila Üniversitesinde yapmıştır. Hepatitler özel ilgi alanını oluşturmakta olup, hastaların tedavi olanaklarını arttırabilmek, tarama programlarını güçlendirmek, hepatit klinik rehberlerinde karaciğer biopsileri yerine non-invaziv teknikleri tanıtabilmek amacıyla pek çok araştırmaya katılmıştır. Dr. Lucic'in özellikle de dijestif mobilite ve hepatology konularındaki araştırmalar özel ilgi alanını oluşturmaktadır. Aynı zamanda Bükreş, Romanya Psikoloji ve Sosyal Bilimler Üniversitesinden de ikinci bir üniversite derecesine sahiptir.

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI,
Anadolu Sağlık Grubu, Tıbbi
Direktör, TÜRKİYE



• **Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI,**
• **Anadolu Sağlık Grubu, Tıbbi Direktör, TÜRKİYE**

1974-1981 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yüksek öğrenimini tamamlayarak, aynı yıl Hacettepe Üniversitesi Genel Cerrahi anabilim dalında asistanlığa başladı. 1986 yılında Genel Cerrahi Uzmanlığı'nı aldı. 1989'da Hacettepe Üniversitesi Genel Cerrahi anabilim dalında öğretim üyesi olarak göreve başladı. 1979-1992 yılları arasında değişik zamanlarda İsviçre, ABD ve Kanada'da çalışma ve araştırmalar yaptı. 1989'da Genel Cerrahi Doçenti, 1996'da Genel Cerrahi Profesörü oldu. 1996-2000 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimi olarak görev aldı. 2003-2004 yılları arasında Sağlık Kurumları Yöneticiliği'nde Yüksek Lisans yapan Dr. Çakmakçı, 2007 yılına kadar Acıbadem Sağlık Grubu'nda Tıbbi Direktör ve Acıbadem Hastanesi Genel Cerrahi Bölüm Sorumlusu olarak görev yaptı. Yerli ve yabancı dergilerde yayınlanmış 100'ün üzerinde bilimsel yayını, yurt içi ve yurt dışı çok sayıda demeklerde üyeliğin yanı sıra, hastane içi yöneticilik ve bilimsel kurullarda yöneticilik ve üyelik görevleri bulunmaktadır. Özel ilgi alanları arasında, cerrahi enfeksiyonlar, onkolojik cerrahi, tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitimin yanı sıra, sağlık sistemleri politikaları ve sağlık yöneticiliği bulunmakta, Sağlıkta kalite ve hasta güvenliği konusu önemli bir yer tutmaktadır. Prof. Dr. Metin Çakmakçı, Halen Anadolu Sağlık Merkezi'nde Tıbbi Direktör ve Yönetim Kurulu Üyesi olarak görev yapıyor. İngilizce ve Almanca bilmektedir. Evli ve bir çocuk babasıdır.

Dr. Fida KHAN, Mouwasat
SUUDİ ARABİSTAN



• **Dr. Fida KHAN, Mouwasat Hastaneler Zinciri, Enfeksiyon Bölüm Başkanı**
• **Suudi Arabistan Ulusal Akreditasyon Konseyi, Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü ve Önlenmesi, Danışman,**
• **SUUDİ ARABİSTAN**

Dr. Fida Muhammed Khan Khyber, Peşavar, Pakistan Tıp Fakültesinden M.B.S.S derecesini aldıktan sonra Islamabad da Pakistan Tıp Koleji'ne katılmış, Tropikal Hastalıkları konusundaki derecesini ise Dublin Royal College of Physicians and Surgeons' tan almıştır. Bir sürede orada Prof. Herbert DuPont ile enterik hastalıklar üzerine çalışan Dr. Fida daha sonra Suudi Arabistana gelmiş ve Mouwasat Hastaneler zincirinde enfeksiyon hastalıkları uzmanı olarak çalışmaya başlamıştır. Sağlık Yönetiminde Amerikadan alınmış doktora derecesi olan Dr. Fida Amerika İnfeksiyon Hastalıkları sertifikasyonuna da sahiptir. 1 yıl kadar Kyber Üniversitesi Tıp Fakültesinde kaynak kişi ve ana eğitmen olarak çalışan Dr. Fida aynı zamanda Pakistan Yüksek öğretim komisyonunda da danışmanlık yapmaktadır. JCI akreditasyonunda Sağlık Bakım Kaynaklı enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi bölüm liderliğini pek çok kez yapan ve Mouwasat hastaneler zincirindeki pek çok hastanenin JCI ile akredite olmasını sağlayan Dr. Fida'nın enfeksiyon kontrol programları ve epidemiyolojisi konusunda pak çok yayını ve dersi bulunmaktadır. Halen Suudi Arabistan Mouwasat Hastaneler Zincirinde Enfeksiyon Blüm Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Dr. Badriya AL-ALİ, Hamad
Doha, KATAR

• **Dr. Badriya AL-ALİ,**
• **Hamad Tıp Merkezi, Direktör, Akreditasyon ve Uygulama Departmanı, Doha, KATAR**

Dr. Bahriya Al-Ali halen Hamad Tıp Kompleksinde Kalite Departmanı Genel Direktörü olarak görev yapmaktadır. 1983 yılında Hamad Tıp Merkezinde işe başlayan Dr. Bahriya bugüne kadar Akreditasyon bölüm direktörlüğü, kalite bölüm başkanı, hemşirelik hizmetleri direktör yardımcılığı ve personel gelişiminde klinik eğitmen gibi pek çok görevi başarıyla yürütmüştür. Bu görevleri sırasında;

- Katar Üniversitesi ve Hemşirelik Koleji için Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte müfredatın hazırlanması
- Kalite iyileştirme için GCC toplantılarının düzenlenmesi
- JCI danışmanlar kurulu üyeliği
- Klinik Kalite İyileştirme Komite üyeliği
- Hamad Tıp Merkezi, Politika ve Prosedürlerin geliştirilmesi komitesi
- Hamad Tıp Merkezi kalite günlerinde konuşmacı

Dr. Bahriya Alexandra üniversitesinden hastane yönetimi konusunda yüksek lisans ve doktora derecesine sahip olup Ürdün Üniversitesinde hemşirelik diploması almıştır. Dr. Bahriyanın aynı zamanda hizmet içi eğitim konusunda da diplomaları vardır. Akreditasyon bölüm sorumlusu olarak Dr. Bahriyanın en önemli aktivitesi Hamad Tıp Merkezinde yer alan hastaneleri 2006 yılında JCI ile akredite etmek, 2009 yılında da yeniden akreditasyonu gerçekleştirmektir.

Prof. Dr. Mondher LETAIF,
MD, MPH,
Monastir Üniversite
Hastanesi, TUNUS



• **Prof. Dr. Mondher LETAIF, MD, MPH,**
• **Halk Sağlığı Profesörü, Monastir Üniversite Hastanesi, TUNUS**

Tunusta Monastir Üniversite Hastanesi'nde halk sağlığı profesörü olan Dr. Mondher aynı zamanda Tunus'ta sağlık hizmetlerinde kalite araştırma bölümünün de direktörlüğünü yapmaktadır. Monastir Tıp Fakültesinde sağlık hizmetlerinde kalite ve epidemiyoloji konusunda dersler veren Dr. Mondher Tunusta mezuniyet sonrası eğitimin kalitesinden sorumlu kişi olup DSÖ/ EMRO bölgesi hasta güvenliği uzmanı ve hasta güvenliği konusunda DSÖ'ye danışmanlık yapmaktadır. Dr. Letaief'in, Tunus'ta Sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliği yönylem araştırmaları koordinasyonunu ve Yemende de Avrupa Komisyonu adına üreme sağlığı ve nüfus politika programlarında danışmanlık görevi vardır. Dr. Letaief, DSÖ World Alliance üyesi, hasta güvenliği araştırmaları değerlendirme komisyon üyesi, ISQua 2009-2010 konferansı değerlendiricileri arasındadır. Dr. Mondher aynı zamanda JCI Kuzey Avrupa ve Orta Doğu danışmanlar konseyi ve JCI Uluslararası Editörler Danışma Kurulu üyeliklerini de sürdürmektedir.

Prof. Dr. Jaafar HEIKEL,
Inisan Group, FAS



- **Prof. Dr. Jaafar HEIKEL,**
- **Inisan Group, FAS**

Prof. Jaafar Heikel, 46 yaşında toplum sağlığı uzmanıdır. Tıp Doktoru olan Dr. Heikel, enfeksiyon hastalıkları konusunda uzmanlık, toplum sağlığında yüksek lisans, epidemiyolojide doktora ve MBA derecelerine sahiptir. MBA diplomasını Montreal ve Sherbrooke Üniversitesinden, Liderlik konusundaki yüksek lisans derecesini ise Londra Revans üniversitesinden almıştır. Ayrıca Dr. Heikel;

- ISO 9001 ve ISO 22000 konularında IRCA dan sertifikalı
 - Sağlık yönetimi projelerinde uzman bir kuruluş olan INISAN grubunun CEO'su
 - Kazablanka ve Marakeş üniversitesi Tıp Fakültesinde profesör
 - Sağlık Yönetimi Ulusal Enstitüsünde profesör
 - JCI Ortadoğu ve Kuzey Afrika danışmanlar konseyi üyesidir.
- 18 yıllık profesyonel ve operasyonel düzeyde deneyime sahip olan Dr. Heikel'in aynı zamanda;
- Dünya Sağlık Örgütünde danışman, Kuzey Afrika, Ortadoğu, Sub Saharaiian ve Güney Avrupa ülkelerinde yer alan sağlık projeleri ile bağlantılı çalışan uluslararası kuruluşlar konusunda deneyimli
 - Stratejik ve operasyonel planlama ve yönetim konusunda, istatistik ve bilgi işlem bilimleri dahil olmak üzere değişik eğitimlere sahip
 - 3 yıllık uluslararası proje yönetimi konusunda deneyimli
 - Kazablankada 5 yıllık bölgesel düzeyde sağlık organizasyonları yönetiminde direktör olarak deneyim
 - Sağlık kuruluşları yönetiminde İngiliz ve Fransız şirketlerde CEO olarak 6 yıllık deneyime sahiptir.

Prof. Dr. Ata Nevzat YALÇIN,
Akdeniz Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, TÜRKİYE

- **Prof. Dr. Ata Nevzat YALÇIN,**
- **Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi,**
- **Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, TÜRKİYE**

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 profesörü ve Sağlık Yönetimi Fakültesi yönetim kurulu başkanıdır. 1980lerin başından bu yana klinikte IT (bilim teknolojileri) uygulamaları ve medikal informatik (veri toplanması, analizi, sağlık enformasyon sistemlerinde trendler) konularında aktif kullanıcı ve program geliştirici olarak çalışmaktadır.

Prof. Dr. Levent DOĞANCI
Bayındır Hastaneleri ,Ankara,
TÜRKİYE



- **Prof. Dr. Levent DOĞANCI,**
- **Bayındır Hastaneleri Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara, TÜRKİYE**

Doğumu: 21 Mart 1957
Üniversite: Ankara Üniversitesi
Uzmanlık alanı: Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Uzmanlık eğitimi aldığı kurum: Gülhane Askeri Tıp Akademisi (1984-1988)
Görev ve unvanları: NATO/SHAPE (Tıp Doktoru); GATA (Mikrobiyoloji ve Klinik Mik. Anabilim Dalı Başkanı, YBK Üyesi, Prof.Dz.Tabip Kd.Alb); OMÜ Tıp Fakültesi (Enfeksiyon Hastalıkları Öğretim üyesi, Prof. Dr.), Bayındır Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları.
İlgilendiği konular: Tropikal Hastalıklar, Hemorajik Ateşler, Hepatit B, Kemikliği Transplantasyon Enfeksiyonları, Paraziter Hastalıklar, Seyahat Kliniği)
Uluslararası dergilerde yayınlanmış makale sayısı: 72, Hakemlik yaptığı dergi sayısı (Ulusal/Uluslar arası): 6
Yazdığı kitap ve kitap bölümleri sayısı (Ulusal/Uluslar arası): 7

Manal Bouhaimed MBChB,
PhD, FRCS(Edin)



- **Manal Bouhaimed MBChB, PhD, FRCS(Edin)**
- Oftalmolojist & vitreoretina uzmanı, Cerrahi ve Halk Sağlığı Departmanı Yrd. Doçenti,
- Kuveyt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Merkezi Etik eğitimi koordinatörü

Kuveyt Üniversitesi Halk Sağlığı Yüksek Lisans (MPH) programının hayata geçirilmesi için görev yapan yönetim kurulunun başkanı olarak görev yapan Manal Bouhaimed aynı zamanda UNESCO adına Körfez Ülkeleri Birliği'nde etik komiteleri ve uzmanlarının veri tabanının oluşturulması için danışmanlık yapmaktadır. Mezuniyet öncesi araştırma kurulunun koordinatörlük görevini de icra eden Manal Bouhaimed, IRB Sağlık Bilimleri Merkezi ve Kuveyt Ulusal Araştırma Etiği Kurulu üyesidir. Ayrıca Manal Bouhaimed Kuveyt Üniversitesi'nin Tıp Fakültesi, Dişçilik Fakültesi ve Eczacılık Fakültesi'nin eğitim etiği koordinatörlüğünü de yapmaktadır.

Dr. Amin NİMER
Suudi Arabistan

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

DR.Eman Ahmed Darwish
Mouwasat Hospital
Ürdün

- **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 Hastaneler Grubunda performans iyileştirici departman sorumlusu
- Sağlık kuruluşları denetçisi-olarak çalışmaktadır

AISHA A. AZIZ AL-ZEYARA, Ph. D



- **AISHA A. AZIZ AL-ZEYARA, Ph D**
- **Kalite Bölümü Yöneticisi, Sağlık Yüksek Konseyi, Katar**

Katar Sağlık Bakanlığı Yüksek Sağlık Konseyi'nde Kalite Bölümü Yöneticisi olarak çalışan Al-Zeyara, Ürdün Üniversitesi'nde Hemşirelik Okulundan mezun olduktan sonra Araştırma Eğitimi ve Sağlık Yönetimi alanlarında İngiltere'nin Portsmouth Üniversitesi'nde Yüksek Lisans ve Doktora eğitimini tamamlamıştır. Al-Zeyara'nın katıldığı birçok ulusal ve uluslararası konferans, seminer ve çalıştaydan bazıları: 2008 Kalite Günü- Katar; 2004 "İnsan Kaynakları Kanada Eğitim Merkezi"- Kahire, Mısır; 2003 "Kanıt Dayalı Uygulama" Çalıştayı- Cenevre; 2000 Üçüncü Uluslararası DSÖ'nün İşbirliği Yaptığı Hemşire ve Ebe Merkezleri Global Ağı Konferansı-Manchester, Birleşik Krallık; 1998 "Bugünkü Hemşirelik (26.-28.) Eğilimler ve Sağlık Hizmetleri" Kral Faysal Hastanesi ve Araştırma Merkezi, Riyad, Suudi Arabistan; 1997 Kalite Güvencesi Kursu, Alleghany Hastanesi, Pittsburg, Pennsylvania, A.B.D.; 1996 "2. GCC Hemşirelik Konferansı, Maskat, Umman; 1993 "GCC'de Hemşireliği Geliştirme Stratejileri" Birinci Seminer, Abu-dabi, B.A.E.

Dr. Zainab Jabur, MD, MPH
Cambridge Hastanesi,
Harvard Tıp Fakültesi,
Cambridge, Massachusetts.



- **Dr. Zainab Jabur, MD, MPH**
- Cambridge Hastanesi, Harvard Tıp Fakültesi, Cambridge, Massachusetts.

Dr. Zainab Jabur, Masachuset, Harvard Tıp Fakültesi, Cambridge Hastanesinde psikiyatri bölümünde uzman ve öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır. Dr. Zainab, Amerika Psikiyatrist ve Nöroloji Boardında diplomat olup psikosomatik tıp konusunda üst ihtisasa sahiptir. Dr. Jabur'un, psikosomatik tıbbın yanısıra psikiyatride konsültasyonlar ve acil psikiyatri alanında da üst ihtisasa vardır. Şu anda Harvard Tıp Fakültesi Cambridge hastanesinde psikiyatri ünitesinde yetişkin hastalardan sorumlu olduğu gibi aynı zamanda tıp öğrencileri ve asistanların eğitimlerini de koordine etmektedir. Bunlara ek olarak Dr. Jabur Harvard Halk Sağlığı Okulunda halk sağlığı alanında yüksek lisans yapmış ve özellikle uluslararası sağlık konusunda çalışmalarını sürdürmüştür. Dünya Sağlık Örgütü Cenevre ofisinde Ruh Sağlığı araştırma ekibi ile birlikte WHO AIMS projesini yürütmüş ve ülkelerin ruh sağlığı alanındaki sistemlerinin değerlendirilmesinde yardımcı olmuştur.



Dr. Alishaq M.

- **Dr. Moza Alishaq,**

Hemşirelik Biliminde doktora, hasta güvenliği ve insan hataları konusunda Amerika'dan sertifikalı, Amerika Birleşik Devletlerinden Hemşirelik Yönetimi konusunda sertifikalı sahibi, Kuveyt'ten enfeksiyon hastalıkları konusunda diplomalıdır, Dr. Moza master derecesini Arkansas üniversitesinden almıştır. Halen Hamad tıp kompleksinde enfeksiyon hastalıkları koordinatörü olarak görev yapmaktadır. Pek çok bilimsel toplantıda bilimsel komitelerde üye olarak görev yapmış olup halen Orta Doğu Enfeksiyon Kontrolü, Tıbbi atık kontrolü komisyonu üyesi, genel sterilizasyon bölümü üyesi, kalite standartlarına yönelik politika ve prosedürlerin hazırlanmasından sorumlu komite üyesidir.

Uzm. S. Kaya KARS



- **Uzm. S. Kaya KARS**
- **T.S.E , Antalya Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü**

1968 yılında Ankara'da doğdu. İlk öğrenimini Ankara Bahçelievler İlkokulunda, orta öğrenimini 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.

**Doç.Dr. Mustafa ERTEK ,
Refik Saydam Hıfzıssıhha
Merkezi Başkanı, TÜRKİYE**

- **Doç.Dr. Mustafa ERTEK ,**
- **Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı, TÜRKİYE**

Doç.Dr. Mustafa Ertek 1985 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1998 yılında aynı üniversitede Enfeksiyon Hastalıkları uzmanı, 2005 yılında Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalında doçent olan Dr. Ertek 2006 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığına atandı. Halen bu görevi sürdürmekte olan Doç. Dr. Ertek'in 12'si ISI indeksli dergilerde 48'i de değişik dergilerde yayınlanmış makaleleri mevcuttur.

Dr. Ercan BAL,
T.C. , Sağlık Bakanlığı,
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı
Hastalıklar Daire Başkanı,
TÜRKİYE

- **Dr. Ercan BAL,**
- T.C. Sağlık Bakanlığı,
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanı, TÜRKİYE

**Prof.Dr.Mustafa Kemal
BALCI**
Akdeniz Üniversitesi Tıp
Fakültesi Dekanı, Antalya



- **Prof.Dr.Mustafa Kemal BALCI**
- **Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı**

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
Haleni; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Öğretim Üyesi
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Yrd. Doç. Dr.
Mehtap TÜRKAY, Akdeniz
Üniversitesi Tıp Fakültesi,
ANTALYA, TÜRKİYE



- Yrd. Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY,
- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANTALYA, TÜRKİYE

Mehtap Türkay, 1970 yılında Manisa'da doğdu. 1995 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Dr. Türkay, 1999 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında uzmanlık eğitimine başladı. 2004 yılında halk sağlığı uzmanı, 2007 yılında yardımcı doçent unvanını aldı. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi olan Dr. Türkay, Temmuz 2008 tarihinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İşyeri Sağlık Birimi Koordinatörlüğü görevini üstlendi.

Demet HAYALİ YILDIRIM
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü,
Türkiye



- Demet HAYALİ YILDIRIM
- İl Performans ve Kalite Koordinatörü
- İzmir İl Sağlık Müdür Yardımcısı, TÜRKİYE

1985 yılında 9 Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesini, 1995 yılında Eskişehir Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesinden mezun oldu. İzmir Sağlık Müdürlüğü İdari ve Mali İşler Şubesinde uzun yıllar görev yaptı. İdari Mali İşler Şube Müdürlüğü, Çeşme Devlet Hastanesi Müdürlüğü ve İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Müdür yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2002 yılında İl Sağlık Müdür yardımcısı olarak atandı. Bu tarihten itibaren İzmir'deki Hastanelerin Kalite Çalışmalarında, Eğitim ve Danışmanlık hizmeti vermektedir. Kalite Yönetim Sistemleri, Sağlıkta Performans ve Kalite, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Yönetim Sistemleri, Hasta Kayıtları Dosyalama ve Arşiv konuları araştırma ve ilgi alanlarıdır.

**PROF. DR. MAMOUN
ELSHEIKH ABDEL RAHIM
ELSHEIKH**
Hamad Medical Corporation,
Doha, Qatar

- PROF. DR. MAMOUN ELSHEIKH ABDEL RAHIM ELSHEIKH,
- KATAR

Prof. Dr. Mamoun Elsheikh Abdel Rahim Elsheikh, Hamad Tıp Merkezi Enfeksiyon Kontrol Programları Genel Direktör yardımcısı ve enfeksiyon kontrol komitesi başkanıdır. Daha önce Mikrobiyoloji ve Virolojist olarak enfeksiyon kontrol komitesi başkanlığı ve danışmanlık yapan Dr. Elsheikh, Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirliği ve Almanya da pek çok üniversitede profesör olarak görev yapmıştır. Prof. Elsheikh'in dereceleri;

- Tıbbi Mikrobiyolojide Özel eğitim sertifikası, Almanya, 1991
- Hannover Tıp Fakültesinde Nefrolojide Enfeksiyon Hastalıkları, uzmanlık, Tıp Doktoru, 1988
- Genel Tıp doktoru diploması, Bükreş Üniversitesi, Romanya
- İleri Afet Yönetimi kursu, Hamad Tıp Merkezi, Doha, Katar, 2006
- Orta düzey yaşam desteği kursu, Hamad Tıp Merkezi, Doha, Katar, 2006-2009
- Yeterli düzey Afet Yönetimi kursu

KONFERANS SUNUM ÖZETLERİ

AÇILIŞ KONUŞMALAR	Prof. Dr. Al-ASSAF , Kongre Başkanı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD Doç. Dr. Mustafa ERTEK , Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanı, TÜRKİYE Tahir BÜYÜKHELVAÇIĞİL , Türk Standartları Enstitüsü, Başkanı, TÜRKİYE Prof. Dr. Seval AKGÜN , Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE
Konferans	KÜRESEL HASTA GÜVENLİĞİNDE ZORLU VE FIRSATLARLA DOLU BİR KAVRAM “SAĞLIK BAKIM KAYNAKLI ENFEKSİYONLAR” Prof. Dr. Seval AKGÜN , Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE
Moderatör	
Konuşmacı	Prof. Dr. Erdal AKALIN , Türk İç Hastalıkları Uzmanlar Derneği Başkanı, TÜRKİYE

- **Sağlık Hizmetine Bağlı İnfeksiyonlar**
- **Prof. Dr. Erdal AKALIN**,
- **Türk İç Hastalıkları Uzmanlar Derneği Başkanı, TÜRKİYE**

Enfeksiyon kontrol alanında çok önemli gelişmeler olmaktadır. Bunların arasında en önemlileri şu şekilde sıralanabilir: Surveyans, Risk faktörleri ve enfeksiyon-organizma ilişkisinin tanımlanması, nosokomial patojenlerin tiplendirilmesinde moleküler tekniklerin kullanımı, izolasyon tekniklerinin tanımlanması ve uygulanması, bilgi teknolojilerinin kullanımının yaygınlaşması ve en önemlisi enfeksiyon kontrol programlarının KALİTE İYİLEŞTİRME programlarının bir parçası olarak kabul edilmesi. Bu çerçevede enfeksiyon kontrol programlarının ana sorumlulukları sorunların belirlenmesi, veri toplama ve analizi, politika ve uygulamalarda değişiklik yaparak değişimi sağlama, sürekli veri toplayarak başarımın izlenmesi olarak yeniden tanımlanmıştır. İyi uygulanan bir enfeksiyon kontrol programı, hastanede yatış süresini kısaltır, morbidite ve mortaliteyi azaltır, maliyeti düşürür, ilaç ve sarf malzemelerinin uygun kullanımını en üst düzeye çıkarır ve hasta memnuniyetini artırır. Bu süreçlerin ve sonuçların tümü “kalite iyileştirme” kavramının parçalarıdır.

Enfeksiyon kontrolü hasta güvenliği konuları arasında çok önemli bir yer tutmaktadır. Tüm dünyada %5-15 oranında görülmekte olan sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonlar (health-care associated infections) bugün tıbbi hatalar arasında kabul edilmektedir. Bunların en az üçte birinin önlenilebilir olması konunun önemini arttırmaktadır. Hastane enfeksiyonları açısından hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaların ek risklere açık hale getiren hataların yapılması şeklinde tanımlanabilir. Enfeksiyon kontrol programları hasta güvenliği alanında belirgin iyileşmelere neden olabilirler. Etkili olabilecekleri konular arasında hasta güvenliği değerlendirme yöntemleri ve araştırmaları, maliyet-etkinlik ve hasta güvenliği, hasta güvenliği ve sağlık kaynaklarının kullanımında iyileştirmeler yer alabilir.

SALON - I	HASTA GÜVENLİĞİ PERSPEKTİFİNDE SAĞLIK BAKIM KAYNAKLI ENFEKSİYON KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ ÜLKE VE SAĞLIK KURULUŞLARI DÜZEYİNDE HASTA GÜVENLİĞİ PROGRAMLARI KURULMASINDA İZLENECEK YOLLAR
Oturum Başkanı	Prof. Dr. Seval AKGÜN , Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE
Konuşmacılar	Prof. Dr. Al-ASSAF , Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA , Bayındır Hastaneleri Tıbbi Direktörü, Ankara, TÜRKİYE Prof. Dr. Martin RUSNAK , Dekan, Trnava Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, SLOVAKYA , INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/ AVUSTURYA

- **Prof. Dr. Seval AKGÜN**, Kongre Eş-Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı,
- **Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE**

Son yıllarda sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini arttırmaktadır. Günümüzün hasta bakım içeriği son derece karmaşıktır. Bilimsel tıbbın gelişmesi, mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının geliştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarının verdikleri hizmetlerin kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yöneltmiştir.

Hastalarda ciddi derecede hasara neden olan tıbbi hataların büyük çoğunluğu hastanelerden bildirilmektedir. Özellikle teknolojiye 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 problem son derece büyük olmasına rağmen konu ile ilgili farkındalık, istenmeyen olayların epidemiyolojik yönden incelenmesi, olası nedenlerin analizi ile çözüm yollarının belirlenmesine yönelik çalışmalar maalesef son derece kısıtlıdır. Mevcut uygulamalarda ise herhangi bir standardizasyonu söz konusu değildir. Uygulamalar ülkeden ülkeye değişim göstermektedir.

Sağlık hizmeti sunan her türlü organizasyon aslında son derece karmaşık yapılanmaları olan ve çok değişik profesyonelleri, pek çok farklı ve karmaşık süreçlerle sunan organizasyonlardır. Bu karmaşık ve uğraştığı alan direkt olarak insan sağlığı olan bu kuruluşlar bazen insan gücü ve alt yapı açısından çok da şanslı olmayabilirler. Dolayısıyla bu kadar kritik işlevi ve rolü olan bu kurumlarda gerek hizmet veren sağlık personelinin eğitim eksikliği, beceri yetersizliği ya da alt yapı ya da süreçlerdeki bazı yetersizlikler nedeniyle sıklıkla tıbbi hataların görülme olasılığı söz konusudur. Bu hatalar hastalarda morbidite ve mortalite artışlarına neden oldukları gibi aynı zamanda finansal açıdan da maliyet artışlarına yol açmaktadır. Tıbbi hataların tam olarak zamanında saptanması, nedenlerinin ortaya çıkarılması çözüm önerilerinin belirlenmesi için son derece önem taşımaktadır. Tüm bu hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan saptanmalıdır. Bu da uygun raporlama ve konu ile ilgili bilginin kapsamlı elektronik raporlama sistemlerinin kullanılması ile olasıdır. Raporlamanın anonim, hemen deşifre edilemeyen,

cezalandırıcı yerine kişilerin hata bildirimini teşvik edici, hata bildirimini yapan sağlık personelini koruyucu bir yapıda olması tercih edilir. H2005 yılında yayınlanan Hasta Güvenliği ve Kalite İyileştirme Aksiyon Planı bu doğrultuda atılmış önemli bir adımdır. Zorunlu tıbbi hata bildiriminden çok gönüllü bazda hata bildirimine odaklanmak ana stratejilerden olmalıdır. Ayrıca ulusal bazda veri bankaları yaratmak ve bunların analizlerini yapmak, trendlerini oluşturmak hasta güvenliği programlarını ve çıktılarını önemli derecede iyileştirecektir.

Bu amaçla bu sunumda hasta güvenliğinin önemi uluslar arası, ulusal ve kuruluş düzeyinde hasta güvenliğinin sağlanmasında temel ilkeler tartışılacaktır.

- **Prof. Dr. Al-ASSAF,**
- Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – **ABD**

Günümüzde hasta güvenliğine ilgi artmasına rağmen, hala problemlerle ilgili farkında olmama mevcuttur. Bildirim eksiklikleri, tanımlama ve ölçüm de kullanılan yetersiz düzenlemeler ve yöntemler, yetersiz ters olay raporları, zayıf bilgi sistemi, hasta güvenliğinin önemini anlamaya engel olmaktadır. Birçok hastanın sağlık problemleri örneğin acı, sakatlık veya psikolojik travması artar veya çalışan, bir hatadan sonra depresyon, suçluluk veya utanma deneyimine sahip olabilir. Sağlık bakım sisteminde ters olayların sonucu çok büyüktür. Hasta güvenliğinin önemi beş yıl önce yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır. Problemin yaygın olmasına rağmen, problem sadece neredeyse tüm sağlık bakım disiplinleri ve aktörleri içermektedir, böylelikle çok aşamalı karşılaştırmalı yaklaşım gerektirmektedir. Problemin çözümü için, çevre güvenliği ve risk yönetim, enfeksiyon kontrolü içermesi, ilaç kullanımında güvenlik, klinik uygulamalar ve ekipman kullanımında güvenlik gibi konuların performansının geliştirilmesi gereklidir. Ek olarak problemin büyük olmasına rağmen, ters olayların epidemiyolojini anlama ve bilme, bu olayların sıklığı, nedenleri, sonuçları ve hasta üzerindeki etkileri ve hasta üzerindeki etkileri için etkili metotlar sınırlıdır veya en iyi uygulamalar kültürden kültüre, ülkeden ülkeye değişmektedir.

Kaliteli yönetim, güvenliğin en temel prensibi ve kritik parçasıdır. Hasta güvenliği sağlık bakımının en önemli sorunu olmaktadır. Sağlık bakımında ters olayların oranı sık sık ölçülmektedir.

• **HASTA GÜVENLİĞİ**

- **Doç. Dr. Yaman Zorlutuna**
- Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı, Tıbbi Direktör, Kalite Koordinatörü
- Bayındır Sağlık Grubu, Ankara, Türkiye

Konunun önemi 1999 yılında Institute of Medicine tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmadan sonra çok daha iyi anlaşılır duruma gelmiştir. Bu araştırmanın sonucuna göre; Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık kurumlarındaki tıbbi hatalar ve ihmaller nedeniyle kaybedilen hasta sayısı yılda 100 000 civarındadır. Bu rakam, aynı süre içinde trafik kazaları, meme kanseri ve A.I.D.S. nedeniyle ölen hastaların hemen hemen toplamına eşittir.

Bu inanılmazı güç tablonun olumlu yönde değiştirilmesi kaçınılmaz bir gerçek olarak karşımızda durmaktadır. Yurdumuzdaki rakamlar tam olarak bilinmemekle birlikte, benzer önleyici tedbirlerin bizim için de geçerli olduğu muhakkaktır.

Uluslar arası saygın bir akreditasyon kurumu olan Joint Commission International sağlık kurumlarında yapılan hatalara bağlı olumsuzlukların engellenmesi için 6 temel alanda etkili önlemler alınmasını önermektedir.

Öncelikli ve en önemli olan husus planlanan tedavinin yanlış hastaya uygulanmasının önüne geçilmesidir. Bunun yolu hastanın kimlik tesbitinin doğru yapılmasıdır. Bu amaçla hastaneler hastalarını kabul aşamasında mutlaka bir kol bandı ile kimliklerini görünür ve tesbit edilir duruma getirmelidir. Kol bandındaki bu kimlik bilgileri olası bir karışıklığı engellemek için mutlaka en az 2 parametre içermelidir. Hastalar hiç bir zaman oda veya yatak numaraları ile tanımlanmamalıdır.

Bir diğer konu da hastanelerde çalışanlar arasındaki doğru ve etkili iletişimdir. Okunaksız yazılar, geçersiz kısaltmalar ve telefonla verilen tedavi istekleri önemli hata potansiyeline sahiptir. Kurumlar iletişimden kaynaklanan bu olumsuzlukları engelleyecek mekanizmaları mutlaka kurmalıdırlar.

Bazı ilaçların küçük dozları bile ölümcül sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle, bu ilaçların saklanması, taşınması ve uygulanması güvenilir kontrol sistemlerine göre yapılmalıdır.

Günümüzde dramatik sona neden olabilen önemli bir hata da yanlış hastanın veya yanlış organın ameliyat edilmesidir. Hastaneler bunun önüne geçmek amacıyla mutlaka, birden fazla aşaması olan ve güvenilir kontrol sistemleri kurmalıdır.

Sağlık kurumlarında tedavi esnasında ortaya çıkan ve hastane enfeksiyonu olarak da adlandırılan risk yurdumuzda zaman zaman hastanelerin kapanmasına kadar varabilen boyutlarda tehlikeye neden olmaktadır. Hastane enfeksiyonlarıyla mücadelede en önemli silah el yıkama alışkanlığının yaygın olarak sağlanmasıdır.

Bilindiği gibi hastaneler yaşlı, düşkün veya hareket kısıtlılığı olan hastaların yoğunlukla buldukları ortamlardır. Küçük bir ihmal bu hastaların kolaylıkla düşmelerine ve ciddi yaralanmalarına neden olabilmektedir. Hastaneler bu olumsuzlukların önüne geçmek için her türlü yapısal ve sistemle ilgili tedbirleri almak zorundadır.

SALON - II	ENFEKSİYON KONTROL PROGRAMLARI, EL HİJYENİ VE MRSA
Oturum Başkanı	Prof. Dr. .Mamoun Elsheikh Abdel Rahim ELSHEIKH, Hamad Tıp Merkezi Enfeksiyon Kontrolü/ Kalite Bölümü, Doha, KATAR
Konuşmacılar	Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimisi, TÜRKİYE Prof. Dr. Zarema OBRADOVIĆ Sağlık Bakanlığı, Sarejova Halk Sağlığı Enstitüsü, BOSNA HERSEK

- **NAZOKOMİYAL ENFEKSİYONLARI SÜRVEYANSI VE HASTA GÜVENLİĞİ**
- **Prof. Dr. Zarema OBRADOVIĆ**
- Sağlık Bakanlığı, Sarejova Halk Sağlığı Enstitüsü

Giderek artan ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşılaşılan Nazokomiyal enfeksiyonlar morbidity ve mortality'de önemli bir faktördür. Her yıl 2 milyon'dan fazla kişi nazokomiyal enfeksiyona bağlı hastalıklar nedeniyle tedavi görmekte ve tıbbi tedavi masrafı olarak 4.5 milyar dolar harcamaktadır. Nazokomiyal enfeksiyonlar hasta güvenliği açısından çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle bu konuda yapılan süveyans çalışmaları önlem alınması için önemlidir. Kişileri enfeksiyon hastalıklarından korumaya yönelik çıkarılmış FBIH 29/05 nolu yasaya göre, nosokomiyal enfeksiyonlar sağlık profesyonellerinin bakımları sırasında ortaya çıkan enfeksiyonlardır. Bizim bu sunumdaki amacımız etkili bir süveyans sisteminin getirdikleri, kısıtlılıkları ama daha çok bakımın iyileşmesindeki rolünü tartışmak üzerine olacaktır.

SALON - I	HIV VE HCV ENFEKSİYONLARI, ENFEKSİYON KONTROLÜ VE KORUNMA STRATEJİLERİ
Oturum Başkanı	Madalina LUCIC, Merck, Luzern, İSVİÇRE
Konuşmacılar	Prof. Dr. Seval AĞÜN, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Ün. Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE Dr. Guldem OKEM, Sağlık Ekonomisti, CEPS, Brüksel, BELÇİKA

- **Hepatit C Enfeksiyon Yükü, Hepatit C Enfeksiyonun 16 Orta Doğu ve Orta Asyalarında Epidemiyolojik ve Ekonomik Açından Değerlendirilmesi**
- **Prof. Dr. Seval AĞÜN, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Ün. Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE**
- **Madalina LUCIC, Merck, Luzern, İSVİÇRE**

Hepatit C enfeksiyonu önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bugün dünyada Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre dünya popülasyonunun % 3'üne denk gelen 180 milyon insanın Hepatit C (HCV) ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Enfekte olanların % 85'i kronik hepatite dönecektir. Bu kronikleşen vakalar arasında % 20-30'unun gelecek 20 yıl içerisinde siroza dönerken % 1-5 ininde hepatocellüler kansere dönüştüğü görülmektedir. HCV aynı zamanda karaciğer transplantasyonlarının da ana nedenleri arasındadır. Bu arada kronik hepatite dönen hasta gruplarının yaşam kaliteleri azalmakta ve ortaya çıkan komplikasyonlar da ülkelerin sağlık bütçeleri üzerinde ciddi yükler oluşturmaktadır.

Bu çalışma 16 Orta Avrupa ve Orta Asya ülkeleri arasında kantitatif ve kalitatif veri toplama yöntemleri kullanarak epidemiyolojik ve ekonomik açıdan HCV'nin bu ülkelere 2008-2015 yılları arasındaki hastalık yükünü orta çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Bu ülkeler Azerbaycan, Belarus, Bulgaristan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Kazakistan, Latviya, Litvanya, Polonya, Romanya, Rusya, Sırbistan, Slovakya ve Ukrayna'dır.

Epidemiyolojik ve ekonomik analiz için kapsamlı bir ikincil veri değerlendirilmesi yapılmış, veri eksikliklerini kapatmak amacıyla da her ülkede politika belirleyiciler, konunun uzmanı akademisyenler ve sahada uygulamada olan doktor gruplarıyla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Her ülkede 2015 yılına kadar trendler belirlendikten sonra hastalık diyagramları modeli ile kısa ve uzun vadeli maliyetler hesaplanmıştır.

Araştırma sonucunda bu ülkelerde 2000 yılında 6.1 milyon insanın HCV ile enfekte olduğu bulunmuştur ve bu rakam 2015 yılında % 13 lük bir artışla 6.9 milyona ulaşacaktır. Uyguladığımız hastalık modeliyle 2008-2015 yılları arasında HCV tedavi maliyetlerini hesapladığımızda bu oranın en yüksek Bulgaristan, en düşük Azerbaycan da olduğu saptanmıştır. Bu tedavi maliyetleri HCV erken dönemde tedavi edilme maliyetinin yanı sıra eğer erken dönemde tedavi edilmeyip, komplikasyonlara yol açtığında hesaplanmış ve 2008-2015 yılları arasında bu komplikasyonların tedavisinin 16 ülke için erken dönemde ilaç tedavi maliyetine göre 3-94 kat daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Erken dönemde tedavi edilmediğinde HCV komplikasyon maliyetleri milyar eurolara yükselerek ülkelerin sağlık harcamalarında ciddi boyutlara ulaşmaktadır. Bu sunumda yapılan bu kapsamlı çalışma sonuçları paylaşılmaktadır.

SALON - II	CIHAZ BAĞLANTILI ENFEKSİYONLAR VE BUNLARIN KONTROL VE ÖNLENMESİNDE YENİ YOLLAR
Oturum Başkanı	Prof. Dr. Erdal AKALIN, Türk İç Hastalıkları Uzmanlar Derneği Başkanı, TÜRKİYE
Konuşmacılar	Doç. Dr. Eleni PATROZOU, Tıbbi Direktör, Koruyucu Hekimlik Enstitüsü, Çevre ve İş Sağlığı, Hygeia Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, Yunanistan Hastalıkları Kontrol Merkezi, Danışman, Atina, YUNANİSTAN
	Dr. Fida KHAN, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC, Mouwasat Hastaneler Zinciri, Enfeksiyon Bölüm Başkanı, Suudi Arabistan Ulusal Akreditasyon Konseyi, Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü ve Önlenmesi, Danışman, SUUDİ ARABİSTAN
	Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimisi, TÜRKİYE

- **HASTANE ENFEKSİYONLARINDAKİ RİSKİ AZALTARAK HASTA BAKIMININ VE GÜVENLİĞİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ**
- **CIHAZ BAĞLANTILI ENFEKSİYONLAR VE CIHAZ BAĞLANTILI ENFEKSİYONLARDAN KORUNMADA YENİ YAKLAŞIMLAR**

- **Doç. Dr. Eleni PATROZOU,**
- Tıbbi Direktör, Koruyucu Hekimlik Enstitüsü, Çevre ve İş Sağlığı, Hygeia Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı,
- Yunanistan Hastalıkları Kontrol Merkezi, Danışman, Atina, **YUNANİSTAN**

Intravasküler kateterler, mekanik ventilatörler ve diğer organ içi kateterler günümüz modern tıp uygulamalarında ve yoğun bakım ünitelerinde genellikle tek kullanımlık aletlerdir. Her ne kadar bu aletlerin kullanımı zorunlu olsa da kullanımlarından doğan lokal bölge enfeksiyonları, sepsis, tromboflebit, endokardit ve diğer metastatik enfeksiyonlar gibi yan etkileri söz konusudur. Dolayısıyla buna bağlı morbidite ve mortalite artışları görülmektedir. Bu durumdaki hastalar genellikle uzun hastanede kalmakta, uzun süreli antibiyotik kullanımı zorunlu hale gelmekte ve bazen cerrahi müdahalelere kadar iş uzayabilmektedir ve tüm bu nedenler hastaların yaşam kalitesini direkt olarak etkileyen nedenlerdir. Bu aynı zamanda sağlık sistemlerinde maliyet artışlarına da neden olmaktadır. Bu tür vakaların kesin tanıları tam tanımlanmadığı ve ciddiyetlerini derecelendiren bir konsensusa varılamadığı için tanıları da kolay olmamaktadır. Aynı zamanda bu konuda iyi düzenlenmiş, büyük çaplı hem araştırmaya hem de yönetimine yönelik çalışmalarla ihtiyaç vardır. Bu sunumda ayrıntılarıyla bu konular tartışılacaktır.

- **YENİ YAKLAŞIMLAR; YOĞUN BAKIMLARDA CIHAZ BAĞLANTILI ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİNDE VENTİLASYON PNEMONİLERİNDE BAKIM DESTEĞİ, ETKİLİ BİR ARAÇ**

- **Dr. Fida KHAN, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC,**
- Mouwasat Hastaneler Zinciri, Enfeksiyon Bölüm Başkanı
- Suudi Arabistan Ulusal Akreditasyon Konseyi,
- Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü ve Önlenmesi, Danışman, **SUUDİ ARABİSTAN**

AMAÇ: Bu araştırmanın amacı Mouwasat hastanelerinde kritik bakım alan hastalarda ventilasyon pnemoni (VAP) prevalansını düşürmek için VAP bakım desteği programının etkinliğini izlemektir.

YÖNTEM: Bu amaçla 2009 yılında yoğun bakımlara Ocak-Aralık aylarında gelen tüm hastalar izlenmiş VAP gelişmeye müsait hastalara bu uygulama gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakımı İyileştirme Enstitüsü (IHI) VAP bakım desteği yılın ilk çeyreğinden itibaren ventilasyon pnemonisi gelişen hastalara uygulanmış ancak 3. çeyrekte ortaya çıkan MRDO salgını ile bu uygulama daha ciddi olarak gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda bu dönemde yoğun bakımlara kabul kriterleri ve tarama programları da en etkin şekilde uygulanmış olup, transfer edilen hastalar öncelikle kültürleri temiz çıkışıya kadar izolasyon odalarında izlenmiştir. IHI ye göre destek daha çok bakım sürecini iyileştiren hasta çıktıları üzerine de etkili küçük, basit, doğru kanıta dayalı bir uygulamadır.

SONUÇLAR: Sonuç olarak bu dönemde Mouwasat Dammam hastanesi yoğun bakım ünitesinde 544 hasta yatarak tedavi olmuş, 201 hasta ventile edilmiştir. 2009 yılında 27 VAP vakası görülmüş, VAP her bir çeyrekte hesaplanmış ve VAP prevalansı sırasıyla her 100 ventilasyon gününde % 1,3, % 1,2, % 1,9 ve %1.0 olarak saptanmıştır. VAP desteği etkin bir şekilde uygulanırsa VAP prevalansında düşme olduğu görülmektedir ancak bu uygulamanın yoğun bakımlara kabulde MRDO taraması, izolasyon önlemleri, standart önlemler, el hijyeni ve antibiyotik politikaları ile birbirini tamamlayıcı bir bütün olarak gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

SALON I - KONFERANS	<u>ANTİBİYOTİKLERİN AKILCIL KULLANIMI İÇİN KANITA DAYALI REHBERLERİN GELİŞTİRİLMESİ</u>
Ana Konuşmacı	Prof. Dr. Martin RUSNAK, Tmava Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, Slovakya, INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/ AVUSTURYA

- **ANTİBİYOTİKLERİN DÜZENLİ KULLANILMASINDA KANITA DAYALI REHBERLERİN GELİŞTİRİLMESİ**
- **Prof. Dr. Martin RUSNAK, Tmava Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, **Slovakya**,
INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/ **AVUSTURYA****

Avrupa'da gerek bilimsel alanda gerekse politika alanında enfeksiyon hastalıkları her geçen gün ciddi bir tehlike olmaya devam etmektedir. Son dönemdeki influenzanın yayılımı enfeksiyon hastalıklarının küresel düzeyde yayılımına iyi bir örnektir. Bu bağlamda antimikrobialer sosyal ilaçlardır çünkü her hastanın bireysel kullanımı rezistant organizmaları kuruluş, çevre ve toplum düzeyinde yayabilir. Bu nedenle dünya çapında geniş spektrumlu antimikrobiyal tedavilerin yanlış uygulanması enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde ve ülkelerin sağlık harcamalarında tüm dünyada önemli bir sorundur. Aynı zamanda 2001 Amerika şarbon olayından sonra enfeksiyon hastalıklarının önemli bir bioterorizm aracı olduğu da açıktır. Uzmanlar bu konuda hem konunun uzmanlarının hem de halkı eğitmek için yoğun çaba göstermektedirler. Kanıta dayalı rehberlerin uygulanmasında uyum ciddi bir sorundur ve antibiyotiklerin yayımını etkileyen pek çok faktör mevcuttur. Profesyonel gruplar arasında yaygın kanı ilaç şirketlerinin üzerlerinde bir baskı oluşturduğu, hastaların inanışları gibi bazı faktörlerin onların antibiyotik reçetelendirmelerini etkilediği üzerinedir. Rehberler açısından rehber geliştirilmesi, eğitim ve halkın bilinçlendirilmesi önemli alınması gereken çabalardan bazılarıdır. Bu hem sürveyans için hem de antimikrobiyal rezistansın önlenmesi açısından son derece önemlidir.

Bu sunumda Hırvatistan örneği üzerinden bu konudaki yoğun çabalar, süregelen projeler sahadaki uygulamalar ve literatür bilgileri tartışılacaktır.

SALON - I	<u>CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ</u>
Oturum Başkanı	Prof. Dr. Martin RUSNAK, Dekan, Tmava Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, Slovakya, INT.Nerotravma Araştırma Org. Direktörü/ AVUSTURYA
Konuşmacılar	Doç. Dr. Eleni PATROZOU, Tıbbi Direktör, Koruyucu Hekimlik Enstitüsü, Çevre ve İş Sağlığı, Hygeia Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, Yunanistan Hastalıkları Kontrol Merkezi, Danışman, Atina, YUNANİSTAN Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI, Anadolu Sağlık Grubu, Tıbbi Direktör, TÜRKİYE Dr. Dina MOURODI, Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları M.S. Baharahil Hastanesi, Mekke, SUUDİ ARABİSTAN

- **YUNANİSTANDA BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK KURULUŞTA ANTİMİKROBİYAL PROFİLAKSİ İÇİN GELİŞTİRİLMİŞ REHBERLERE UYUM**
- **Doç. Dr. Eleni PATROZOU,**
- Tıbbi Direktör, Koruyucu Hekimlik Enstitüsü, Çevre ve İş Sağlığı, Hygeia Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı,
- Yunanistan Hastalıkları Kontrol Merkezi, Danışman, Atina, **YUNANİSTAN**

Amaç: Cerrahların cerrahi antimikrobiyal profilaksi için geliştirilen rehberlere uyumunu ortaya çıkarmak

Yöntem: Enfeksiyon kontrol üyeleri 1-14-07-2009 ve 30/11-14/12 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş tüm cerrahi vakaları gözden geçirmişlerdir. Cerrahi süresince cerrahi tipi, ameliyat günü, antibiyotik tedavisine başlama günü, antibiyotik tercihi ve verilen doz kayıt altına alınmıştır. Bu değerlendirme sonucu cerrahi öncesi profilaksinin 3 kriteri karşılaması sonucu uyum var olarak kabul edilmiştir. Bu kriterler;

- Haziran 2009 tarihinde gönderilen mektupta belirtilen antibiyotiklerle uyum, adı geçen antibiyotiklerin kullanımı
- Antibiyotik profilaksisine ameliyat gerçekleştirilen gün başlanması
- Girişim sonucu 24 saat içinde antibiotik profilaksisinin sonlandırılması

Sonuçlar: 579 cerrahi vaka değerlendirilmiştir. Birinci dönem 276, 2.dönem 303 değerlendirilmiş olup. 42 vaka değerlendirme dışı bırakılmıştır. İlk dönemde uyum yüzdesi % 23.4 iken bu oran 2. dönemde % 29.9'a yükselmiştir. Antibiyotik dozunu 4 kereden az alan hasta yüzdesi % 32.4 den % 40.2 ye yükselmiştir. Antibiyotik tedavi yoğunluğu değişmemiştir ancak DDD değerleri 7 altında olma durumu müdahalelerden sonra istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Sonuç olarak Yunanistanda 3. basamak tersiyer bakım veren bir hastanede ameliyat öncesi perioperatif antibiotic profilaksis yoğunluğu supoptimal düzeydedir. Uygulanacak pek çok müdahale hiç değilse kısa dönemde rehberlere uyumu arttıracaktır.

- **YOĞUN BAKIMLARDA ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİNDE BAKIM DESTEĞİ KONSEPTİ**
- **Dr. Dina MOURODI, Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları**
- **M.S. Baharahil Hastanesi, Mekke, SUUDİ ARABİSTAN**

Bu sunumun amacı bakım desteği konsepti ile yoğun bakımlarda ventilasyon pnemonilerini ve katater enfeksiyonlarını azaltmaktır. Yoğun bakımlarda ventilasyon pnemonileri ve katater enfeksiyonları mortalite ve morbiditeyi arttıran, nosokomial enfeksiyonlar arasında en sık gördüğümüz enfeksiyonlardır. Bakım desteği konsepti etkinliği kanıtlanmış bir uygulamadır ve bu uygulamanın amacı klinik rehberler ve pratik uygulamalar arasında köprü oluşturmaktır.

Bu uygulamanın etkin bir biçimde uygulanması ile yoğun bakımlarda ventilasyon pnemonilerinde ve santral venöz katater enfeksiyonları ortadan kaldırılmış ayrıca bu konsept iyi uygulamaların değerlendirilmesinde de bir kalite indikatörü olarak kullanılmaktadır.

Bakım desteği konsepti yoğun bakımlar ünitelerinde nosokomial enfeksiyonların önlenmesinde yeni bir oluşumdur ve morbidite ve mortalitenin düşürülmesinde de etkili bir yöntemdir.

SALON - II	<u>SAĞLIKTA YENİLİKÇİ YAKLAŞIMLAR, HASTA-ODAKLI BAKIM, SAĞLIK BAKIM KAYNAKLI ENFEKSİYONLARIN MALİYETİ</u>
Oturum Başkanı	Prof. Dr. Al-ASSAF, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD
Konuşmacılar	Prof. Dr. Jaafar HEIKEL, Inisan Group, FAS
	Prof. Dr. Ata Nevzat YALÇIN, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, TÜRKİYE
	Demet Hayali YILDIRIM, İzmir Sağlık Müdürlüğü, TÜRKİYE

SAĞLIKTA YENİLİKÇİ YAKLAŞIMLAR, HASTA-ODAKLI BAKIM, SAĞLIK BAKIM KAYNAKLI ENFEKSİYONLARIN MALİYETİ

Oturum Başkanı **Prof. Dr. Al-ASSAF, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD**

Konuşmacılar **Prof. Dr. Jaafar HEIKEL, Inisan Group, FAS**

Prof. Dr. Ata Nevzat YALÇIN, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, TÜRKİYE

Demet HAYALİ YILDIRIM, İzmir Sağlık Müdürlüğü, TÜRKİYE

- **HASTA GÜVENLİĞİ, BAKIM PERFORMANSI, DESTEK HİZMETLER VE BU ALANLARIN HASTA MEMNUNİYETİ İLE BAĞLANTILARI; FASTAN BİR PİLOT ÇALIŞMA SONUÇLARI**
- **Prof. Dr. Jaafar HEIKEL, Inisan Group, FAS**

Bu sunumda yatarak tedavi gören hastaların memnuniyeti ile hasta güvenliği boyutları arasındaki ilişki irdelenecektir. Fas' ta MSOP aktivitelere ulaşmış özel hastanelerde bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Değişik boyutları ortaya çıkarabilmek için 12 değişik ceklist kullanılmış ve 226 hasta ve yakını ile yüz yüze görüşme yöntemi ile görüşülmüştür. Görüşmeler teşhisten hemen sonra hastanın hasta kabul, yataklı servisler ve taburculuk işlemleri, destek hizmetler, odanın genel görünümü ve maliyetle ilgili dört boyutdan memnuniyetini değerlendirmiştir.

Sonuçlarda her boyutta konformite endeksleri hesaplanmıştır. Bu sağlık kuruluşlarında kalitede gerekli olan kriterlere ulaşımı göstermektedir.

Hasta güvenliği bilimsel boyutu hasta memnuniyetini etkileyen bir faktör olarak saptanmamıştır. Destek hizmetler, bilgi paylaşımı ve bakımın maliyeti dikkate alınması gereken ana noktalar olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak pek çok ülkede hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde kalitede yeterli öneme sahip değildir dolayısıyla sağlık ihtiyaçları piramidinde de olması gereken yerde değildir, hastaların algılamalarında da gereken önemin verilmediği bu araştırma sonucunda ortaya çıkmıştır.

• **SAĞLIKTA YENİLİKÇİ YAKLAŞIMLAR**

- **Demet HAYALİ YILDIRIM,**
- **İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**
- **II Performans Ve Kalite Koordinatörü**

Ekonomik ve toplumsal fayda yaratmak için ürünlerde, hizmetlerde ve iş yapış yöntemlerinde değişiklik, farklılık ve yenilik yapma sürecidir.

Değişime olan istek, yeniliğe açıklık ve girişimcilik ruhuyla özdeşleşen bir kültürün ürünüdür.

1911, Schumpeter: "inovasyon, ekonomik kalkınmanın itici gücüdür..." "Girişimciler, inovasyoncu rolleriyle pazarda dengeyi bozar, ekonomide sürekli dinamizm yaratır..."

2. Dünya savaşından sonra Japonya ve onu takip eden Asya ülkeleri

20 yıl öncesinin İrlanda ve Finlandiyası...

100 yıl önce günümüzün hangi sağlık teknolojileri biliniyordu?

30 yıl önce günümüzün hangi sağlık teknolojileri biliniyordu?

20 yıl önce günümüzdeki hasta memnuniyetinden ne kadar söz ediliyordu?

20 yıl sonra nasıl bir hasta memnuniyetinden bahsediyor olacağız?

Sağlık Bakanlığımızın Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında;

Hasta hakları Yönetmeliği

Hasta ve çalışan güvenliği tebliği

Hizmet Kalite Standartları

Bütün bunlar, sağlıkta yenilikçi yaklaşımı zorunlu kılmıştır.

Bir başlık altında toplayacak olursak,

Hasta Odaklı
Sağlık Hizmetinin Kalitesi - Standartlar
Sağlık Hizmetlerinin Sunumu - Yöntemler
Güvenlik Stratejik Planlama

Hasta Odaklı Bakıma Yönelik Yenilikler

Hastanın hizmete ulaşması esnası uygulamalar
Hizmetin sunumuna yönelik uygulamalar
Hastaların sürece katılımına yönelik uygulamalar olarak ayrımlanabilir.

İlaç Güvenliği

İlaç-ilaç,ilaç-besin etkileşimlerinin belirlenerek ilan edilmesi
Yüksek riskli ilaçların listelenmesi ve işaretlenmesi
Miadı yakın ilaçların etiketlenmesi

KIRMIZI Uyarı Etiketleri

Yüksek Riskli İlaçların (Konsantr elektrolit çözeltileri, İntravenöz Antikoagülanlar, İnsülin, Antineoplastik ajanlar, Opioidler, Narkotikler vb.) üzerine KIRMIZI uyarı etiketi yapıştırılmalıdır.

HASTA DÜŞMELERİ

Hastaların düşme risklerinin tespiti ve işaretlenmesi önem taşımaktadır.

HASTA GÜVENLİK SİSTEMLERİ

MAVİ KOD SİSTEMİ : (Solunumsal ve Kardiyak Acillerde müdahale)
PEMBE KOD SİSTEMİ : (Bebek ve Çocuk kaçırımlarına yönelik tedbir)
SİYAH KOD SİSTEMİ : (Çalışan ve hastaların güvenliğine yönelik tedbir)

Özetle;Koşullara göre hazırlanmış stratejik planların ve müdahalelerin geliştirilmesi, performans, kalite ve kaynak kullanımının iyileştirilmesi için muhtelif paydaşları harekete geçirmek ve onlara yol gösterici olmak üzere koşullar oluşturulmasında önemli bir rol üstlenmektedir.

SALON - I	MRSA VE VRE TARAMASI, MRSA POLİTİKALARI
Oturum Başkanı	Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA, Bratislava Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim Bölüm Başkanı, SLOVAKYA
Konuşmacılar	Prof. Dr. Levent DOĞANCI, Bayındır Hastaneleri Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara, TÜRKİYE Prof. Dr. Jaafar HEIKEL, Inisan Group, FAS Dr. Fida KHAN, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC Mouwasat Hastaneler Zinciri, Enfeksiyon Bölüm Başkanı, Suudi Arabistan Ulusal Akreditasyon Konseyi, Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü ve Önlenmesi, Danışman, SUUDİ ARABİSTAN

MRSA VE VRE TARAMASI, MRSA POLİTİKALARI

Oturum Başkanı **Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA, Bratislava Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim Bölüm Başkanı, SLOVAKYA**

Konuşmacılar **Prof. Dr. Levent DOĞANCI, Bayındır Hastaneleri Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara, TÜRKİYE**
Prof. Dr. Jaafar HEIKEL, Inisan Group, FAS
Dr. Fida KHAN, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC Mouwasat Hastaneler Zinciri, Enfeksiyon Bölüm Başkanı Suudi Arabistan Ulusal Akreditasyon Konseyi, Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü ve Önlenmesi, Danışman, SUUDİ ARABİSTAN

- **MRSA ve VRE'nin HASTA BAKIM KALİTESİ ile olan İLİŞKİSİ**
- **Dr Levent DOĞANCI**
- **BAYINDIR HASTANELERİ ANKARA TÜRKİYE**

Bakteriyel nozokomiyal enfeksiyonlar arasında **MRSA** ile **VRE**, tüm dünyada hastaların can güvenliği üzerinde önemli olumsuz etkiler yaratabilen iki dominant ve indikatif özellikte gram pozitif koküstür. **Hasta bakım kalitesi**, hastanelerde en iyi sonucun alınabilmesi için doğru şeyin doğru şekilde ve doğru zamanda doğru insana uygulanmasını gerektirir. Sözkonusu mikroorganizmalar konusundaki artan deneyim, bulaşma yollarının daha iyi tanınmasını, hızlı şekilde tanı konulmasını, önceden tedbir alma ve izolasyon yöntemlerinin ve tedavi modalitelerinin geliştirilmesini sağlamakta yol gösterici olacaktır. Bulaşma vakalarının çoğunun kalabalık akut bakım merkezlerinde ve yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşiyor olmasına rağmen, aslında hemen hemen tüm sağlık kuruluşlarında sözkonusu organizmaların etkileri görülebilmektedir. Değişik ortamlarda değişik tedbirlere gerek duyulmasına rağmen, önleme tekniklerinin popülasyona ve kuruma özgü şekilde belirlenmesi mümkündür.

Proaktif Enfeksiyon Kontrolü: MRSA ve VRE :hastaların can güvenliğini daha iyi bir şekilde güvence altına almak ve hasta bakım kalitesini yükseltmek için tüm sağlık kuruluşlarının MRSA ve VRE'ye karşı tedbirler geliştirmeleri ve tüm hastaları en ekonomik şekilde bu bakterilerle ilgili olarak taramadan geçirecek şekilde planlar hazırlamaları gerekmektedir. Bu konuda sıklıkla karşılaşılan sorun, tarama programlarının uygulanma süresidir. Klasik mikrobiyolojik yöntemlerin uygulanması, özellikle çok yoğun faaliyeti olan tersiye merkezlerde günler almakta ve bundan dolayı hastanın kabulünde meydana gelecek gecikmeler gerek hastanın sağlığı açısından, gerekse ekonomik açıdan zarara yolaçabilecektir. Bu konuda getirilebilecek çözümlerden biri, yeni geliştirilen ve umut veren bir yöntem olan PCR (polimeraz zincirleme reaksiyonu) test teknolojisidir. Bu hızlı ve moleküler temele dayanan testin ancak saatlerle ifade edilebilecek bir süre içerisinde gerçekleştirilebilmesidir. Oysa, standart bir kültürün analizi günler almaktadır. Bakterinin bulaştığı hastaların katı bariyer tedbirleri altında etkili bir karantinaya tabi tutulması da çözülmesi gereken bir başka sorundur. MRSA'nın bir sağlık merkezinden diğerine geçmesini önlemek için işbirliği sağlamaya yönelik iletişim de çok önemlidir. Yaygın bir MRSA pandemisi durumunda, yapılacak net uygulamalara ve ulusal, hatta uluslararası boyutta iletişim kanallarının işletilmesine gerek vardır. Bu konuda delillere dayanan tıbbi uygulamalar büyük avantaj sağlayacaktır. MRSA ve VRE tarama ve izolasyon çalışmalarında enfeksiyon kontrol ekibi, delillere dayanan kaynaklardan büyük ölçüde yararlanacaktır.

Düşük sayıda MRSA ve VRE vakalarının görüldüğü ufak çaptaki sağlık kuruluşlarında, her zaman için tüm hastalara evrensel bariyer tedbirleri uygulanıyor olabileceği için, tıbbi bakım masraflarının azaltılması amacı ile farklı ve daha esnek önleyici tedbirler uygulanabilir. Bunu yapmak mantıksal ve ekonomik olacaktır; zira tarama prosedürlerinin büyük bölümü, aslında hasta bakım kalitesine bir katkı sağlamaksızın sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

Fazla sayıda hastanın başvurduğu hastanelerde, kontrol tedbirlerinin uygulanması açısından, etkili bir VRE tarama stratejisinin uygulanması gereklidir. VRE'nin karmaşık yapısı MRSA'dan farklı olduğundan, bir kez bir sağlık kuruluşu enfekte olduktan sonra, onu bu son derece dayanıklı mikroorganizmadan tamamen arındırmak çok güçtür. Bugüne dek alınan tedbirler, rektal temizlik uygulanmasından, el hijyenine önem verilmesinden ve temas konusunda sıkı tedbirler alınmasından ibaret kalmıştır. Öte yandan, tüm doktor ve cerrahların geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanımının sınırlandırılması ile ilgili önerileri uygulanması gerekmektedir. Bir diğer profilaktik yöntem de, alkol bazlı el dezenfektanlarının hastane içerisinde kolayca erişilebilecek şekilde kullanılması, ve hasta bakımından sorumlu tüm personelin hasta ile ilgilenmeden önce bu dezenfektanları kullanmaları konusunda eğitime tabi tutulmalarıdır. Doğrudan temasın engellenmesine ilişkin evrensel kurallara uyulması ve bu kapsamda temiz, steril olmayan eldivenlerin ve tek kullanımlık gömleklerin kullanılması sağlanmalıdır. Tüm hastaların kendi yataklarının yanında kendilerine ait kişisel gündelik kullanım araçları olmalıdır. VRE'nin başlıca bulaşma yolu, kontamine eller ve tıbbi aletlerdir.

- **FASTA NOSOCOMIAL ENFEKSİYON PREVELANSI VE KONTROLÜ İÇİN ÜLKE DÜZEYİNDE POLİTİKALAR**
- **Prof. Dr. Jaafar HEIKEL**, Inisan Group, **FAS**

Bu sunumun amacı Fas'ta hali hazırda uygulanmakta olan nosokomial enfeksiyonların özelliklerini ve kontrol programlarını tartışmaktır.

Fas'ta nosokomial enfeksiyonların insidans, prevelans hızları ve risk faktörleri epidemiyolojik amaçlı toplanan veriler yardımıyla analiz edilmiştir. Fas'ta yataklı kliniklerde nosokomial enfeksiyon hızı % 6.7 iken yoğun bakımlarda % 17.9 civarında seyretmektedir. İdrar yolu enfeksiyonları en sık görülen nosokomial enfeksiyon iken bunu cerrahi alan enfeksiyonu ve septisemi izlemektedir. Enfeksiyonların % 49'u yoğun bakım ünitelerinde % 23.4'ü cerrahi departmanlarında, % 18.6'sı dâhili vakalarda, % 10'uda yanık vakalarında görülmektedir.

MRSA ülkede özellikle askeri hastanelerde olmak üzere en sık görülen ajanlardandır ve vakaların % 23.5 ile % 93.2 arasında değişen aralıklarda MRSA vakası olduğu görülmektedir. VREE yapılan her iki araştırma da da saptanamamıştır.

Ulusal bazdaki program UHC veri tabanıdır ve 3 boyutu kapsamaktadır. Norm ve prosedürlerin geliştirilmesi, hastanelerde hijyen şartlarının iyileştirilmesi için yasanın çıkarılması ve etkin bir surveyans sistemine ulaşılması bu üç boyutu tanımlamaktadır. İlk değerlendirmeler sağlık personelinin eğitiminde sorunların olduğunu göstermektedir. (doktorlarda % 13, hemşirelerde % 38). Ayrıca vakaların % 75'inde bir aksiyon planı mevcut değildir ve uygulamada olan protokol de vakaların sadece % 50'sinde uygulanmaktadır.

Sonuç olarak öncelikle sağlık kuruluşlarında nosokomial enfeksiyon insidansı ve ajanların saptanması için etkin bir surveyans sistemi ülke bazında ivedilikle kurulmalıdır. Biz değişik hastane gruplarına adapte edilebilecek 4 standardın politika düzeyinde uygulanmasını öneriyoruz.

- **MDROLARIN ORTAYA ÇIKARILMASINDA PROAKTİF BİR YAKLAŞIM YOĞUN BAKIMLARA KABULDE MRSA VE MRDO TARAMA PROGRAMLARI**

- **Dr. Fida KHAN**, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC Mouwasat Hastaneler Zinciri, Enfeksiyon Bölüm Başkanı
- Suudi Arabistan Ulusal Akreditasyon Konseyi, Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü ve Önlenmesi, Danışman, **SUUDİ ARABİSTAN**
- **Dr. Sameh Salem Taha**, Mouwasat hastaneler Zinciri Yoğun Bakım üniteleri Sorumlusu

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı yoğun bakım ünitelerinde hasta kabulü sırasında potansiyel olarak infakta ya da kolonize olmuş hastaları ortaya çıkarmak ve izolasyonunu sağlamaktır.

YÖNTEM: Mouwasat Yoğun bakım ünitesine Ocak-Aralık 2009 yılında yatmış 544 hasta değerlendirilmiştir. Bu hasta grubunun 200'ünün enfekte ya da koloni olmuş hasta grupları olduğu saptanmıştır ve MRSA ve MDRO açısından taramadan geçirilmiştir. Bu taramada Yoğun bakımlara kabul ve MRSA ve MDRO tarama protokolleri göz önüne alınmıştır. Enfekte olmuş hastalar başka sağlık kuruluşlarından transfer olma durumları, cihaz bağlantılı olmaları, cerrahi alan enfeksiyonu olma durumu ya da yaşlı hasta gruplarında olma durumlarına göre gruplandırılmıştır. Bu dönemde 344 hasta tarama programından geçirilmeden yoğun bakım ünitesine kabul edilmiştir. Bu gruplardan burun kültürü, deri lezyonu ya da cerrahi yarası varsa kültürler alınmış ve mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilerek MDRO açısından konvansiyonel yöntemlerle araştırma yapılmıştır. MDRO açısından taranan hasta grubunda % 30 unda MRSA saptanmış, % 19.5'i MDR acinebacter calceticus açısından pozitif bulunmuştur. Böyle bir taramada bu son derece ciddi rakamlı MDRO vakasıdır ve eğer herhangi bir tarama programı uygulaması idi bunları gözden kaçıracağımız aşikardır.

Sonuç olarak MDRO taramaları MRSA ve MDR-Acinebacterlerin ortaya çıkarılmasında çok etkili yöntemlerdir. MRSA pozitifliği ve taşıyıcılık prevelanslarının yüksekliği göz önüne alındığında risklerin yayılması açısından bu programların rutine konulması ve universal düzeyde uygulanması önerilerimiz arasındadır.

SALON - II	ULUSLAR ARASI HASTA GÜVENLİĞİ HEDEFLERİ UNIVERSAL GÜVENLİ CERRAHİ REHBERLERİNİN UYGULANMASI
Oturum Başkanı	Dr. Badriya AL-ALİ , Hamad Tıp Merkezi, Direktör, Akreditasyon ve Uygulama Departmanı, Doha, KATAR
Konuşmacılar	Prof. Dr. Mondher LETAIF , MD, MPH, Halk Sağlığı Profesörü, Monastir Üniversite Hastanesi, TUNUS Dr. Dina MOURODI , Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları M.S.Baharahil Hastanesi , Mekke SUUDİ ARABİSTAN

- **TUNUSTA DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ GÜVENLİ CERRAHİ LİSTELERİN UYGULANMASI**
- **Prof. Dr. Mondher LETAIF**, MD, MPH,
- Halk Sağlığı Profesörü, Monastir Üniversite Hastanesi, TUNUS

EMRO/AFRO istenmeyen olaylar araştırmasına katılım ile bu bölgede hasta güvenliği farklı bir boyuta gelmiştir. Bu sahada aslında şu ana kadar pek çok kazanımlar söz konusudur. Bunlardan bazıları; ulusal hasta güvenliği komitelerinin oluşturulması, ulusal hasta güvenliği araştırma gruplarının aktif hale geçmesi gibi farklı pek çok uygulamadır.

Bu arada istenmeyen olaylar araştırması sonuçları, hasta güvenliğinin aynı zamanda eğitim için iyi bir araç olabileceği gerçeği ile sağlık sistemlerinde paydaşlar arasında farkında lığı yaratma ve yandaş oluşturma açısından da etkili olmuştur. Bu araştırma sonuçları cerrahide istenmeyen olayların oldukça önemli

boyutlarda olduğunu ve DSÖ'nün geliştirdiği ve önerdiği ceklisterin uygulanması ile bu olayların ciddi şekilde azalabileceğini bizlere göstermiştir. Bu uygulamada biz üç ana adım izledik

- Liderliğin sağlanması ve ceklisterin uygulanması
- Bir ameliyathanede ceklisterin test edilmesi
- Etkinliği değerlendirildikten sonra tüm cerrahi alanlarda bu aracın kullanımının sağlanması

Bu sunum bu uygulamanın bir izlem ve kalite indikatörü olarak seçilmesi ile desteklenmiştir ve diğer cerrahi gruplar tarafından elde edilen kazanımlarla genişletilmesine odaklanmıştır.

• GÜVENLİ CERRAHİ LİSTELERİN UYGULANMASINDA KAZANIMLAR VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

- **Dr. Dina MOURODI**, Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları M.S.Baharahil Hastanesi , Mekke ,SUUDİ ARABİSTAN

Bu çalışmanın amacı Suudi Arabistan Baharahil hastanesi ameliyathanelerinde modifiye edilmiş DSÖ güvenli cerrahi ceklisterin hasta güvenliği uygulamaları çerçevesinde uygulanması ve uygulama sırasında karşılaşılan güçlüklerin ortaya çıkarılmasıdır. Biz bu güvenli ceklisteri 460 değişik elektif ya da acil ameliyat uygulanmış hasta üzerinde uyguladık. Antibiyotik verilme zamanı en önemli yapılan uygulamaya ters ihlaldı. Bu uygulama sonucu mortalite de ciddi düşmeler oldu ayrıca bu araç personel arasında hasta güvenliğinin farkına varılmasında önemli bir rol oynadı. Her ne kadar cerrahlar arasında takım çalışması yaklaşımına bir rezistans olsa da istenmeyen olayların azaltılmasında uygun bir yöntemdi. Sonuç olarak güvenli cerrahi ceklisterin hasta güvenliğinin sağlanmasında çok etkin bir araç olduğu ancak uygulamalarda sağlık kuruluşunun bakımdaki kompleksliğine bağlı bir düzenlemenin gerekli olduğu, bu listenin universal protocol ya da time-out gibi başka bir araçla yerinin doldurulamayacağı ve cerrahi uygulamalarda destekleyici bir araç olduğu saptanmıştır.

SALON I - I	<u>SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE HASTALARIN KONU HAKKINDA GÜÇLENDİRİLMESİ.</u>
Oturum Başkanı	Dr. Amin NİMER, CEO, Mouwasat Hastaneler Grubu, Dammam, SUUDİ ARABİSTAN
Konusmacılar	Dr. Eman DARWİSH, Mouwasat Hastaneler grubu, Performans Departmanı Başkanı – Damam
	Dr. Dina MOURODI, Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları M.S.Baharahil Hastanesi , Mekke ,SUUDİ ARABİSTAN
	Dr. Badriya AL-ALİ, Hamad Tıp Merkezi , Direktör, Akreditasyon ve Uygulama Departmanı, Doha, KATAR Dr. Aisha AL-ZEYARA, Kalite Bölüm Başkanı, Sağlık Bakanlığı, Kalite Üst Komisyonu, Doha, KATAR Prof. Dr. .Mamoun Elsheikh Abdel Rahim ELSHEIKH, Hamad Tıp Merkezi Enfeksiyon Kontrolü/ Kalite Bölümü, Doha, KATAR

• HASTANE AĞRI YÖNETİMİ PROGRAMI

- **Dr. Eman DARWİSH,**
- Mouwasat Hastaneler Grubu, Performans Bölüm Başkanı – Damam

Amaç: Ağrı değerlendirmesi ve ağrı yönetimi sağlık profesyonelleri ve toplum arasında pek de dikkate alınmayan bir konudur. Nitekim farkındalık çok yüksek olmadığı içinde hastanelerimizde konuyla ilgili çok az aktivite gerçekleştirilmektedir. JCI akreditasyon programı bu konuya öncelik vermekte ve sağlık kuruluşlarında etkili bir ağrı yönetim programının olmasını istemektedir. Hasta bakımına hastanın bizzat dâhil edilmesinin bakım üzerine olumlu etkileri söz konusudur ancak çalışan personelin konu üzerine bilgi ve becerilerinin artması hastaların kendi tedavi süreçlerine katılımı daha da arttırmaktadır.

Yöntem: Mouwasat Damam hastanesinde Temmuz-Ağustos ayları arasında büyük bir cerrahi ameliyat geçiren tüm hastaların ağrı programı konusundaki memnuniyet durumları ve çalışanların konu hakkındaki bilgi ve becerilerini ortaya çıkarmak için bir çalışma gerçekleştirilmiştir

Sonuç olarak; sağlık kuruluşları her hastayı ayrı bir birey olarak değerlendirmek onların hakları, değerleri ve inanışlarını dikkate alarak hizmet sunmak durumundadır. Bu nedenle

- Hastaların psikolojik durumları ve ihtiyaçları dikkate alınarak hizmet sunulmalı, güvenli açık bir iletişim sağlanmalıdır.

- Geliştirilmiş geçerli ağrı değerlendirmesi araçları ile gerekli ağrı tedavisi uygulanmalı ve hastanın hastanede kalışı süresince ağrıyla ilgili en doğal hakları karşılanmaya çalışılmalıdır.

- Ayrıca ağrı yönetimi programının eğitiminin hem hastalar hem çalışanlar hem hasta yakınları arasında güçlendirilmesi sağlanmalıdır.

• ANESTEZİDE HASTA MEMNUNİYETİNİ ÖLÇMEDE KULLANILAN MODİFİYE EDİLMİŞ IOWA ANESTEZİ MEMNUNİYET SKALASI

-
- Baroudi, D; Nofal, W; Ahmad, N
- **Dr. Dina MOURODI**, Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları M.S.Baharahil Hastanesi , Mekke ,SUUDİ ARABİSTAN

Amaç: Modifiye Edilmiş Iowa Anestezi Memnuniyet Skalası'nı kullanarak Suudi Arabistan da yer alan 2 hastanenin anestezi hizmetlerinden memnuniyeti ölçmek ve etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: 13 sorudan oluşan bir skala yardımıyla hastaya verilen eğitimin yeterliliği, hastanın karar verme sürecine dahil edilmesi, hasta-hemşire ilişkisi, anesteziyolog ile kurulan ilişkinin kalitesi, hasta korkularının, anksiyetesinin ve post anestezi bakımının yönetimi ölçülmüştür. Uyumluluğu değerlendirmek için alfa cronbach katsayısı kullanılmıştır.

Bulgular: Cronbach katsayısı= 0.7 olarak saptanmıştır ve tüm perspektiflerde Cronbach katsayısı yüksektir. Yüksek eğitim düzeyine sahip kadın hastalar, ASA class 1 ve II düzeyinde saptanan hastaların erkek, büyük cerrahi girişim geçirmiş hastalar ya da post operatif komplikasyonu olan diğer gruplara göre daha az

memnun oldukları saptanmıştır. Problemlili olan alanlar hastanın karar sürecine katılımının az olduğu durumlar, kusma, bulantı gibi anestezi sonrası komplikasyonların görüldüğü hasta gruplarıdır.

Sonuç: Bu skalanın Arapça konuşan hastalarda anestezi hizmetlerinden duyulan memnuniyeti saptamada geçerli bir araç olduğu saptanmıştır.

- **HAMAD TIP MERKEZİNDE JCI AKREDİTASYON SİSTEMİNİN ETKİLERİ**

- **Dr. Badriya AL-ALİ**, Hamad Tıp Merkezi, Direktör, Akreditasyon ve Uygulama Departmanı, Doha, **KATAR**
- **Dr. Aisha AL-ZEYARA**, Kalite Bölüm Başkanı, Sağlık Bakanlığı, Kalite Üst Komisyonu, Doha, **KATAR**

Amaç: Nisan 2009 da Katar'da sağlıkta üst komisyon kurulmuş olup bu yüce komisyon Katarda bulunan birinci basamak sağlık kuruluşları ve halk sağlığı hizmetlerinin sağlık kuruluşlarının planlanması, izlenmesi ve denetlenmesinden sorumludur.

Hamad Tıp Merkezi bünyesinde 5 hastane Eylül 2009 da JCI akreditasyon sistemi ile yeniden akredite edilmiştir. Hamad Tıp Merkezi Orta Doğu bölgesinde uzun dönemdir JCI modelini adapte etmiş tek kuruluştur. Bu başarıyı kalite yönetimi departmanı önderliğinde Hamad Tıp Merkezi misyon ve vizyonlarını karşılayan tüm çalışanları sisteme dahil eden ve etkin liderlik anlayışı ile gerçekleştirmiştir.

Bunun sonucu olarak ta hasta güvenliğinin sağlanması, hasta ve çalışan memnuniyetinin artışı, hastane yönetiminde sistemin iyileştirilmesi, organizasyonel yapılanmanın güçlendirilmesi, liderlik süreçler daha iyi yönetilmesi gibi JCI uygulamalarına bağlı pek çok alanda iyileşmeler sağlanmıştır. Aynı zamanda uluslar arası hasta güvenliği hedeflerinin uygulanması organizasyonda hasta güvenliği ve kalite kültürünün oluşmasında temel taşlardan birisi olmuştur. Buna bağlı olarak ta bizden hizmet alan hasta sayımızda artış olmuş çalışanlarımızda sundukları hizmetten daha memnun hale gelmişlerdir.

- **ESKİ BİNALARDA AIRBORNE İZOLASYON ODALARI OLUŞTURMAK**

- **Prof. Dr. Mamoun Elsheikh Abdel Rahim ELSHEIKH**, Hamad Tıp Merkezi Enfeksiyon Kontrolü/ Kalite Bölümü, Doha, **KATAR**

Amaç: Eski binalarda izolasyon odaları oluşturulmasında izlenen yollar. Sağlık kuruluşlarında negatif basınçlı izolasyon odalarının oluşturulması ülkeler arası halk sağlığını geliştirebilmek için gerekli olan zorunluluklardandır ancak böyle bir oda oluşturulabilmesi ve bunun idamesi için gerekli kaynak bulmakta başlı başına bir sorundur. Tüm bunlara karşın Hamad Tıp Merkezi enfeksiyonların önlenmesi ve kontrol programı çerçevesinde basit ve maliyet etkin bir model oluşturulmuş böylelikle kuruluşun istenilen JCI standartlarını karşılaması sağlanmıştır.

Yöntem: Aslında uygulama eski binanın yeniden yapılandırılmasıdır ancak biz bunun yerine iki mobil Hepa filter cihazı, pencere ve kapı kenarlarının izolasyonu, kapılar altında <1/2 inçten az bir farkın oluşturulması yoluyla 40 dan fazla odayı yeniledik. Elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmaktadır;

- ACH> 6/h
- Diferensiyel basınç= 2.5 pascal
- Sigara izleme testi- hasta odalarının içinden bile görülebilecek şekilde
- HEPA filterlar yardımıyla dışarı çıkarma

Aynı zaman da gerekli olan tüm izleme araçları ve protokollerde geliştirilmiştir. Biz halen tüm bu uygulamaların etkinliğini değerlendirmekteyiz. Bu sunumda bu modelin hem havayoluyla geçen enfeksiyonların geçişini ne oranda azaldığını hem de maliyetten kazanımları tartışacağız

SALON - II	<u>HASTA GÜVENLİĞİ ARAŞTIRMALARI</u>
Oturum Başkanı	Prof. Dr. Mondher LETAIF, MD, MPH, Halk Sağlığı Profesörü, Monastir Üniversite Hastanesi, TUNUS
Konuşmacılar	Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA, Bratislava Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim Bölüm Başkanı, SLOVAKYA
	Doç. Dr. Manal BOUHAIMED, Halk Sağlığı ve Göz AD, Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tıbbi Etik Ders Koordinatörü, Kuveyt Üniversitesi. KUVEYT
	Prof. Dr. Mondher LETAIF, MD, MPH, Halk Sağlığı Profesörü, Monastir Üniversite Hastanesi, TUNUS

- **SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE EĞİTİMİNDE YENİLİKLER, SLOVAKYA TIP FAKÜLTESİNDE UZAKTAN EĞİTİM UYGULAMALARI**

- **Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA,**
- Bratislava Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim Bölüm Başkanı, **SLOVAKYA**

Eğitime yüksek talep son dönemlerde uzaktan eğitim uygulamalarını gündeme getirmiştir. Bu sunumda Slovakya Tıp Fakültesinde Avrupa Sosyal Fonan alınan finansal destek ile Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Güvenliği konusunda tıp fakültesinde gerçekleştirilen uzaktan eğitim uygulamaları sonuçları paylaşılacaktır.

Uzaktan eğitimde hedef grup, halk sağlığı, hemşirelik ve sağlık yönetimi yüksek lisans öğrencileridir. Bu projenin amacı aynı zamanda bu eğitimleri veren öğretim üyelerinin de kapasitesini iyileştirmek ve standardizasyona yönelik hazırlanan rehberleri test etmektir.

Uygulamada genel strateji olan IBM 4 eş öğrenme modeli ve kognitif objelerde Bloom Taxonomy modeli ayrıntılarıyla katılımcılarla paylaşılacaktır. Sunulacak kurs modeli uzaktan eğitim odaklı olduğu kadar aynı zamanda sınıf eğitimlerine de dayanmaktadır. Bu kombinasyonun 100 halk sağlığı öğrencisi üzerindeki değerlendirmeleri, öğrenci geri bildirimleri panel sırasında katılımcılarla paylaşılacaktır.

- **HASTA GÜVENLİĞİ ARAŞTIRMALARI**
- **Prof. Dr. Mondher LETAIF_MD, MPH,**
- Halk Sağlığı Profesörü, Monastir Üniversite Hastanesi, TUNUS

Sağlık kuruluşlarında hastalara minimum zarar verilmesinin sağlanmasında hasta güvenliği araştırmalarının rolü büyüktür. Bu araştırmaların araştırma desigınları dikkatle planlanmalı, araştırmaların gerçekleştirilmesinin sağlık sistemleri üzerine yük getirmeyecek şekilde maliyet, etkin kişilerin bireysel düzeyde sağlıklarını ve iyilik hallerini iyileştirecek ve ülkelerinde sosyal ve ekonomik durumları dikkate alacak şekilde planlanması sağlanmalıdır. Sahada araştırmacıların bu araştırmaları yapabilmeleri için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir. Organizasyon düzeyinde ise kurumların altyapı, bütçe ve liderlik açısından gerekli özelliklere sahip olmaları gerekir ki, araştırmacılar bu araştırmaları gerçekleştirebilsinler. Bu arada genel politikalar, kurallar ve normlar, öncelikler sonuçların kullanımında ve kanıt dayalı kararların alınmasında çok önemli role sahiptir.

- **KUVEYTTTE SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMALARI**
- **Doç. Dr. Manal BOUHAIMED,** Halk Sağlığı ve Göz AD, Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tıbbi Etik Ders Koordinatörü, Kuveyt Üniversitesi. **KUVEYT**

Giriş: Kuveyt' de liderler sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği ve kaliteyi iyileştirebilmek ve koordinasyonu güçlendirmek amacıyla alternatif yolları araştırmaktadırlar. Bu amaca ulaşabilmek için hastanelerde hasta güvenliği kültürünün varlığını saptamak ilk adımlardan birisidir.

Yöntem: Dünyada hasta güvenliği kültürünün mevcut olup olmadığını ölçmeye yönelik pek çok farklı ölçüm yöntemleri mevcuttur. Biz bu araştırmada Modifiye edilmiş Stanford aracını kullandık ve gerekli izinler alındıktan sonra Kuveyt Sağlık Bakanlığına bağlı pek çok farklı sağlık kuruluşunda ve çalışanlar üzerinde bu araştırmayı gerçekleştirdik. Araştırma dört alanı içermekte idi; 1-Organizasyonda ve bölümde güvenliğin değerlendirilmesi 2-geri bildirimlerden korkunun gözlemlenmesi 3-güvenliğin algılanması 4-liderlik. Verilen cevaplar 5'li skala ile değerlendirilmiş, 1 kuvvetle katılmıyorum darken 3 nötr, 5 kuvvetle katılıyorum olarak skorlanmıştı.

Sonuçlar yukarıda belirtilen dörtlü geniş alanların değerlendirilmesi şeklinde olacaktır. Kuveyt' de ulusal düzeyde uygulanmakta olan hasta güvenliği uygulaması bu çalışmanın sonuçları göz önüne alınarak yeniden değerlendirilecek, tıp ve hemşirelik birimlerinde en önemli olan alanlar saptanacak, gruplar arası karşılaştırmalar yapılacak ve ona göre stratejiler belirlenecektir.

Konferans:	SAĞLIK BAKIM KAYNAKLI ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİNDE AKREDİTASYON STANDARTLARI <ul style="list-style-type: none"> ○ Akreditasyon ○ ISO Kalite Yönetim Sistemleri ○ Kalite Ödülleri ○ Özel Hizmet Kalite Standartları
Ana Konuşmacı	Prof. Dr. Al-ASSAF, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD Prof. Dr. Seval AKGÜN, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Ün.Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE Uzm. Kaya KARS, Türk Standartları Enstitüsü, Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü, Antalya, TÜRKİYE

- **AKREDİTASYON VE DÜNYADA UYUGULAMADA OLAN DEĞİŞİK MODELLER**
- **Prof. Dr. Al-ASSAF,** Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı,
- Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – **ABD**

Genel olarak, sertifikasyon, ruhsatlandırma ve akreditasyonun her üçü de değerlendirme ve aynı zamanda organizasyonları (ve kişileri) kalite için ödüllendirme ve inceleme yöntemidir. Bununla birlikte akreditasyon bir sağlık kuruluşunu ağır bir dizi performans standardını izlemesini ve eksternal değerlendirmeye ek olarak kendisini ayrıntılı bir öz değerlendirme sürecine konu etmesini gerektiren tek yöntemdir. Hem ruhsatlandırma, hem de sertifikasyon aynı değerlendirme prensiplerine sahiptir.

Akreditasyon birincil olarak bireylerden, bölümlerden ya da ünitelerden çok organizasyonlar için uygulanmaktadır. Akreditasyon, kendisi aracılığıyla eksternal akredite edici bir yapının bir sağlık organizasyonunu oluşturan anahtar sistemlerin ve süreçlerin kalitesini değerlendiren zorlu ve kapsamlı bir inceleme işlemidir. Akreditasyon, sağlık kuruluşları hakkında standardize, objektif bilgi gereksinimi sonucunda geliştirilmiştir. Hemen hemen tüm akreditasyon programları isteğe bağlıdır. Kuruluşlar değişik nedenlerle akreditasyon aramaktadırlar. Ancak çoğunluk pazar paylarını arttırmak, müşteri memnuniyeti kazanmak ve profesyonel saygınlık edinmek için bunu yapmaktadırlar. Ancak her durumda akreditasyon isteğe bağlıdır. Bu sunumda akreditasyon ve akreditasyon, ruhsatlandırma arasındaki farklılıklar ve akreditasyon modelleri tartışılacaktır

- **AVRUPA MÜKEMMELİK MODELİ, BALDRIDGE, KLİNİK AUDİT, KLİNİK YÖNETİŞİM VE ÖZEL VE VAKIF HASTANELERİ HİZMET KALİTE STANDARTLARI**
- **Prof. Dr. Seval AKGÜN,**
- Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı,
- Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, **TÜRKİYE**

Avrupa Mükemmellik Modeli; Bu model 1999 yılında topluma ve gönüllü sektör üzerinde denenmiş iş mükemmelliğini hedefleyen bir kalite ödülüdür. Bu model pratik bir araç olup pek çok farklı yerde ve sektörde kullanımı söz konusudur.

- Bir öz-değerlendirme yöntemidir
- Diğer kuruluşlarla kıyaslamaya olanak verir.
- İyileştirici alanların belirlenmesinde bir rehberdir
- Ortak dili konuşmayı ve düşünmeyi sağlayan bir araçtır

- Organizasyon yönetim sistemlerinde temel oluşturur.

Baldrige Sağlık Bakım Kriterleri: 1995 yılından beri sağlık organizasyonları Baldrige Sağlık Bakım kriterlerini ana becerilerin iyileştirilmesi, yeni teknolojilerin tanıtılması, maliyetlerin düşürülmesi, bilgi paylaşımı, etkin iletişiminin sağlanması, sağlık sunucularının yeni ortaklıklar kurulmasının sağlanması ve market gücünün yükseltilmesi için kullanılmaktadır.

Bir diğer uygulamada olan akreditasyon modeli ise ISQuanın kullandığı akreditasyon ve sertifikasyon modelidir.

Klinik audit ve hastane denetlemesi; Buna bir örnek Hollanda' da ki "visitat" yöntemidir. Bu öncelikle tıp eğitimini izleme amacıyla geliştirilmiş daha sonra kalite değerlendirme aracı olarak kullanılmıştır. Bu klinik uygulamalara, profesyonel gelişime ve hizmet kalitesine odaklıdır. Denetleyen ekipler genellikle klinisyen ve disiplinler arasıdır.

Klinik Yönetişim: Klinik yönetim klinik auditin daha genişletilmiş bir yaklaşımıdır. Uzmanlar performans değerlendirmesinin yanı sıra aynı zamanda performans ve sürekliliğin sağlanmasında da etkili bir yöntemdir. Aynı zamanda hem klinisyenlerin hem de yöneticilerin sorumluluklarına da odaklanmaktadır. Bu sunumda tüm bu modeller ve bu yaklaşımlar arasındaki farklılıklar tartışılacaktır.

- **ISO STANDARTLARININ SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMALARI**
- **S. Kaya KARS**
- **Türk Standartları Enstitüsü,**
- **Personel ve Sistem Belgelendirme Müdürü**

ISO 10002 MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE ŞİKAYET YÖNETİM SİSTEMİ STANDARDI

ISO 10002 şikâyetleri ele alma işinin aşağıdaki yönlerini açıklar:

- a) Geri bildirim(şikâyetler dahil) açık olan müşteri odaklı bir ortamın oluşturulmasıyla müşteri memnuniyetinin artırılması, alınan her bir şikâyetin çözüme ulaştırılması ve ürünlerinin ve müşteri hizmetinin iyileştirilmesi için kuruluşun kabiliyetinin artırılması,
- b) Personel eğitimi dâhil olmak üzere kaynakların yeterli miktarda alınması ve kullanıma sokulmasıyla üst yönetimin prosese katılması ve taahhüdü,
- c) Şikâyetçilerin ihtiyaçlarının ve beklentilerinin tanınması ve ele alınması,
- d) Şikâyetçilere açık, etkili ve kullanımı kolay şikâyetler prosesi sağlanması,
- e) Ürün ve müşteri hizmet kalitesini iyileştirmek için şikâyetlerin analizi ve değerlendirilmesi,
- f) Şikâyetleri ele alma prosesinin tetkik edilmesi,
- g) Şikâyetleri ele alma prosesinin etkililiğinin ve verimliliğinin gözden geçirilmesi.

SALON - I	<u>TÜRKİYE ULUSAL HASTANE ENFEKSİYON KONTROL PROGRAMI VE BULAĞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ</u>
Oturum Başkanı	Prof. Dr. Seval AKGÜN, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Üniv.Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE
Konuşmacılar	Doç.Dr. Mustafa ERTEK , Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı, TÜRKİYE Dr. Ercan BAL, T.C. , Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanı, TÜRKİYE

- **TÜRKİYE'DE HASTANE ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ PROGRAMI**
- **Doç.Dr. Mustafa ERTEK ,**
- **Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı, TÜRKİYE**

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2004 yılından bu yana "Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu" işbirliğinde "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği" (11.08.2005/25903 Resmî Gazete) çerçevesinde beş ana alanda; mevzuat, eğitim, enfeksiyon kontrol rehberlerinin/ulusal standartların geliştirilmesi, sürveyans ve destekleyici faaliyetlerde "Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Kontrolü Programı"nı yürütmektedir. Amacımız kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunmak, hedefimiz hastane enfeksiyonlarını kontrol altına almak, insidansı düşürmek, önlemek ve elimine etmektir. **Eğitim:** Hastane enfeksiyonlarının kontrolünde ulusal standardizasyonu sağlamak amacıyla 2007 yılında enfeksiyon kontrol hekimliği ve enfeksiyon kontrol hemşireliği için iki eğitim programı geliştirilmiştir. Ocak 2010 itibarı ile 304 enfeksiyon kontrol hekimi ile 805 enfeksiyon kontrol hemşiresi Ulusal sertifika sahibi olmuştur. **Ulusal standartlar:** "Hastanelerde Havalandırma ve Kontrolü", "Parenteral Beslenme İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi", "Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolünde İlkeler", MRSA Kontrol Protokolü, MRSA Laboratuvar Standart Uygulama Prosedürleri gibi standartlar hazırlanmıştır. **Sürveyans:** Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans sistemi 2006 yılında geliştirilmiştir. Tüm hastaneler CDC sürveyans bileşenleri temelinde geliştirilmiş standart sürveyans yöntemlerini ve tanımlamaları kullanarak hastane enfeksiyonları sürveyans verilerini rutin olarak bildirmektedir. 2008 yılında internet tabanlı "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA)" kurulmuştur ve tüm hastaneler bu ağ üzerinden veri bildirimine başlamışlardır. Hastaneler kendi verilerini, hızlarını değerlendirmekte, Başkanlığımız Ulusal toplu verileri değerlendirmektedir. **Destekleyici faaliyetler:** Hastane çalışanlarında sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonları azaltmada el hijyeninin önemine ait farkındalığı artırmak ve el hijyenine uyumu iyileştirmek amacıyla 2009 yılında Ulusal "Tehlike Elleri" kampanyası uygulanmıştır. El hijyeninde 5 adım, eğitim CD'si, el hijyeni kılavuzu, poster ve afişler hazırlanmıştır. Tüm yenidoğan yoğun bakım üniteleri İl Sağlık Müdürlükleri tarafından oluşturulan komisyonlar tarafından her yıl Ocak-Mart aylarında denetlenmektedir. Dokümanlara web sayfasından (<http://www.hastaneenfeksiyonlari.rshm.gov.tr>) ulaşılmaktadır.

SALON - II	<u>ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ; İŞ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMI; SAĞLIK ÇALIŞANLARINI NASIL KORUYABİLİRİZ?</u>
Oturum Başkanı	Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANTALYA, TÜRKİYE

Konuşmacılar	Doç. Dr. Zarema OBRADOVIĆ Sağlık Bakanlığı, Sarejova Hlk Sağlığı Enstitüsü, BOSNA HERSEK Prof. Dr. Levent DOęANCI , Bayındır Hastaneleri Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara, TÜRKİYE Yrd. Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY , Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi, ANTALYA, TÜRKİYE
--------------	--

- **HASTANE PERSONELİ İÇİN POTANSİYEL TEHLİKE; NOSOCOMIAL ENFEKSİYONLAR**

- **Prof. Dr. Zarema OBRADOVIĆ**
- Sağlık Bakanlığı, Sarejova Halk Sağlığı Enstitüsü, **BOSNA HERSEK**

Nosokomiyal enfeksiyonlar dünya çapında önemli bir sorundur ve hastaları olduğu kadar hastane çalışanlarını da etkilemektedir. Hastane çalışanları işyerine bağlı maruziyetlerden risk altındadır. Çalışanlara enfeksiyon geçişini sağlayan rezervuarlar, hastalar, diğer sağlık çalışanları ve çevresel etmenlerdir. Bulaşda enfeksiyon ajanları ise bakım sırasında direkt kontakt, kontamine olmuş ellerden bulaş, damlacık yoluyla ya da kontamine olmuş giysilerden ve diğer objelerden olabilir. Bazen enfeksiyonların su ya da besin yoluyla da bulaşması söz konusudur. Bu riskler farklı bölümlerde çalışan sağlık profesyonelleri için farklılık gösterir ama risk önlemede esas etkili bir yöntemdir ve tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğu yadsınamaz bir gerçektir.

Tüm hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarının bir nosokomiyal enfeksiyonlardan korunma rehberi hazırlamaları zorunludur ve tüm personelle bu bilgiler paylaşılmalıdır.

Bu panelde Bosna Hersek' te pek çok hastanede sürdürölmekte olan bu çalışmalardan örnekler sunulacaktır.

- **SAğLIK ÇALIŞANLARININ CAN GÜVENLİğİ İLE İLGİLİ KALİTE TEMİNATI: SAğLIKÇILAR ENFEKSİYONLARDAN NE ŞEKİLDE KORUNABİLİRLER?**

- **Prof. Dr. Levent DOğANCI**,
- Bayındır Hastaneleri Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara, **TÜRKİYE**

Sağlık kuruluşları, gerek hastalardan sağlık çalışanlarına gerekse sağlık çalışanlarından hastalara havadan ve kan yolu ile enfeksiyon bulaşması konusunda özellikle büyük risk taşıyan yerlerdir. Aslında sağlık kuruluşlarının ortamında birçok enfeksiyonun önlenmesi ve tedavisi mümkündür ve nozokomiyal enfeksiyon komitelerinin özel bir birimi, tüm bu tür hastalıklarla ve profilaktik tedbirlerle ilgilenmektedir. Dünyanın birçok hastanesinde sağlık çalışanları, güncel bağışıklık durumlarının belirlenmesi ve sözkonusu enfeksiyonlar açısından gereken önleyici tedbirlerin alınabilmesi için zorunlu taramalardan geçirilmektedir. Birçok klinik senaryoda, sağlık çalışanlarına kan yolu ile enfeksiyon bulaşması acil bir durum olarak kabul edilir. Hemorajik ateş gibi yüksek ölçüde fatal bir hastalığın bulaşması ise adeta bir kabustur. Bu tür ölümcül hastalıkların beklenmeyen bir zamanda sağlık çalışanlarına bulaşması ve çoğunlukla ölüme sonuçlanması ile ilgili örnekler çok fazladır. Bu konudaki en yakın zamanda yaşanan bir örnek, 2009 Temmuz ayı sonlarında Kazakistan'ın Türkistan bölgesinde bir hastadan sağlık çalışanlarına Kongo-Kırım Kanamalı Ateşinin (KKKA) bulaşmasıdır. Birkaç gün içerisinde Orta Asya'da birçok sağlık çalışanı tek bir olay içinde hayatını kaybetmiştir. Bunlar arasında sözkonusu hastanedeki bir anne (indeks vaka), yeni doğmuş bebeği, iki cerrah (bir tanesi vasküler alandaki baş operatör olmak üzere), bir hemşire ve bir pediatri uzmanı da yer almış, bu kişilerin tümü insandan insana bulaşan KKKA hastalığına kurban gitmişlerdir.

İnsandan insana bulaşma, kan ve vücut sıvılarıyla geçişe neden olan iğne batması gibi kazalar sonucunda olduğu takdirde bu hastalıkta daha da ölümcüldür. Sözkonusu hastalık, Doğu Avrupa'da, Balkan Yarımadasında, Anadolu'da, Akdeniz havzasında, Çin'in iç kısımlarında ve Orta Asya'da epidemik olarak görölmektedir. Genellikle doktorlar tarafından hastalığa tanı konulamamakta ve tanıdaki gecikme ya da yanlış tanı nedeni ile sağlık çalışanlarının güvenlikleri ve hastalara gösterecekleri tıbbi bakımın kalitesi risk altına girmektedir. Sağlık personelinin ölümlü ile sonuçlanan bu trajik olaylar, KKKA virüs enfeksiyonunun bir sağlık kuruluşunun ortamında yayılma potansiyelini gözler önüne sermektedir. Tanıdaki ve uygulanacak özel tedavinin başlatılmasındaki gecikmeler, kolaylıkla nozokomiyal bulaşmaya ya da ölüme yolaçabilmektedir.

- **ÇALIŞAN GÜVENLİğİ; İŞ SAğLIğI VE İŞ GÜVENLİğİ YAKLAŞIMI: SAğLIK ÇALIŞANLARINI NASIL KORUYABİLİRİZ?**

- **Yrd. Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY**,
- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi, ANTALYA, **TÜRKİYE**

Sağlık, multisektörel ve multidisipliner bir alandır. Sağlık hizmeti üretimi ise, içeriği nedeniyle salt hekimler tarafından sunulamaz. Bu hizmet bir ekip hizmetidir. Bu nedenle, sağlık hizmeti üretim sürecini ekibin bütün üyelerinin varlığını göz önüne almadan değerlendirmek yanlıştır. Sağlık hizmetini diğer hizmetlerden ayıran farklar, emek ve teknoloji yoğunluğu ile farklı nitelikteki emek gücünün bir arada çalışmasıdır. Hizmetin yapısı ve niteliği açısından sağlık çalışanları, çalışma ortamında birçok riske maruz kalmaktadır. Bunların en çok bilinenleri; enfeksiyon, radyasyon, toksik- kimyasal riskler, fiziksel riskler, stres ve şiddettir.

Sağlık çalışanlarını yukarıda adı geçen risklerden koruyabilmek için öncelikle sağlık kurumlarında işyeri sağlık birimleri kurulmalı, iş sağlığı ve güvenliği kurulları aktif hale getirilerek idari ve yönetsel açıdan, çalışan sağlığı konusunda farkındalık oluşturulmalıdır. İşyeri risk haritalarının, mesleki hastalıklardan korunma planının oluşturulması, mesleki risklerin izlenmesi sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen risklerin kontrol altına alınmasını sağlayacaktır. Ayrıca çalışanların, çalışma ilişkileri ve sosyoekonomik yaşam içinde tükenen sağlığı hakkında bilgi tutum ve davranış değişikliği kazanmalarının sağlanması açısından iş sağlığı eğitimleri tüm bu uygulamaları destekleyecektir.

Kongre Kapanışı	Prof. Dr. Al-ASSAF , Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Oklahoma Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu Dekan Yardımcısı – ABD
	Prof.Dr. Seval AKGÜN , Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Başkent Üniv.Hastaneleri ve Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, TÜRKİYE

SÖZLÜ BİLDİRİLER

İNGİLİZCE -1-

- **SUUDİ ARABİSTAN KONSEYİ AKREDİTASYON STANDART UYGULAMALARININ RİYADH, KİNG SAUD TIP KOMPLEKSİNDE HASTA HAKLARI VE HASTA GÜVENLİĞİ ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ**
- Dr. Saifaldeen I. K. Shodari, MD, DGO.MPH.FAIHQ.PSO, SUUDİ ARABİSTAN

Bu sunumda Suudi Arabistan Standartları olan CBAHI standartlarının uygulamaya başlanması ile Suudi Arabistan sağlık kuruluşlarında görülen dramatik değişiklikler tartışılacaktır. CBAHI standartları sağlık kuruluşlarına pek çok yeniliğin gelmesini sağlamış, sağlık kuruluşlarının kuvvetli olduğu alanları ve iyileştirmeye açık alanlarını ortaya çıkarmış ve şu anki mevcut durumlarının standartlar seti ile karşılaştırılmasına olanak tanımıştır. Ülkeye kazandırdığı en önemli yararlarından birisi sağlık kuruluşlarında hizmet sunumu sırasında yeni yaklaşımlar kazandırması hizmet alıcıların taleplerinin karşılanabilmesi için onların en temel hakkı olan kaliteli hizmet alma haklarını yerine getirilmeye çalışılmasıdır.

Amaç: Akreditasyon sürecinin hasta hakları ve güvenliği açısından etkinliğini göstermek

Sonuç: Akreditasyon süreci hasta hakları ve güvenliğinin önemini ve uygulamasının zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır.

- **TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞ MÜKEMMELİĞİ MODELİ, MUSKAT, OMAN SULTANLIĞI DENEYİMLERİ**
- **Dr. Ahmed Al Khonji**
- **Oman Sultanlığı, Genel Sağlık Hizmetleri Başkanı, Muskat, Oman Sultanlığı**

İş Mükemmeliği modeli temel sağlık hizmetlerinde yeni uygulanmaya başlanmış bir yöntemdir. Bu model temel sağlık hizmetlerinde klinik ve sosyal yönetim uygulamalarını güçlendirecek organizasyonel anlamda gelişimi sağlayacak dolayısıyla topluma sunulan sağlık hizmetlerinde sürekli iyileştirme sağlayacak bir modeldir.

Temel Sağlık Hizmetleri Oman Sultanlığı Sağlık Bakanlığında en çok gelişen alanlardan birisidir. Bu çalışmada Muskatın değişik vilayetlerinde yer alan küçük sağlık merkezleri hariç pratisyen hekim kliniği, uzmanlar kliniği, ana çocuk sağlığı kliniği gibi değişik klinikler arasında 23 sağlık merkezi seçilmiştir. İş Mükemmeliği modeli bölgedeki bu kuruluşlar arasında yıl içerisinde yoğunluklarına göre değişik aktiviteler üzerine odaklanacak daha sonra puanlama yapılarak bu kriterlerin % 90'ından fazlasını karşılayanlara İş Mükemmeliği sertifikası verilecektir.

- **KATAR, HAMAD TIP KOMPLEKSİNDE HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ**
- AL-Ishaq M.A-
- Hamad Tıp Kompleksi (HMC), Doha, KATAR

Hasta bakımında hasta güvenliğini sağlamak için kuruluştaki bir hasta güvenliği atmosferinin yaratılmasına, normlara, hataların izlenmesine ve şu anki ve potansiyel hataların önlenmesi için proaktif stratejilerin varlığına ihtiyaç vardır.

Amaç: AHRQ'nun modifiye edilmiş versiyonu kullanılarak hasta güvenliği konusunda hemşirelerin değerlendirilmesi araştırılmıştır. 800 soru formu rastgele seçilen 8 temel klinik alanda hizmet sunan hemşirelere dağıtılmış ve cevaplama yüzdesi % 57 olarak belirlenmiştir.

Sonuçlar: Sonuçlar Amerika ve orijinal AHRQ sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, kuvvetli ve iyileştirmeye açık alanlar bu araştırma sonuçlarına çok yakındır. Takım çalışması en yüksek skor alan alanlardandır. Gene de pek çok alanda altgrup sonuçları Amerika sonuçlarının altında saptanmıştır. Örneğin hata bildirimlerine cezalandırıcı olmayan bir yanıt olması iyileştirilmesi gereken alanlardan birisidir. Amerika ile sonuçların farklılığı orada 1999 yılında yayınlanan rapor doğrultusunda süregelen pek çok aktiviteye bağlı olabilir.

Sonuç olarak; bu araştırma Hamad Tıp merkezinde temel baseline bir çalışmadır ve soru formunun Orta Doğudaki diğer ülkelere adaptasyonu ile gelecekte yaygın kullanımı söz konusu olabilir.

- **YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PSEUDOMONAS AERUGINOSA SALGINI İNCELEMESİ**
- Dr:AL-KHOWAITER -ALAJMI .J , Al Ishaq.,M Dr:Elsheikh.M.
- Enfeksiyon Hastalıkları Kontrolü ve Önlenmesi Bölüm Başkanı, Hamad Tıp Kompleksi , Doha, KATAR

Amaç: Yeni Doğan Yoğun Bakım (YYB) Pseudomonas Enfeksiyonu (PSA) salgınının tanımlanması, olası faktörlerin tartışılması ve gerekli önerilerin sıralanması
Yöntem: Yeni Doğan Yoğun Bakım 71 yataklı, 39 yatağı ara bakım veren, 32 yatağı YYB 1 ve 2. düzeyde hizmet veren bir ünedir. Ekim-Kasım 2008 döneminde bu ünite PSA salgını ortaya çıkmıştır. Musluklardan, el antiseptiğinden, ultrasondan, echo gel ve tüplerin içerisinden alınan çevresel analizlerde üreme saptanmıştır.

Sonuçlar: 11 bebekte PSA saptanmıştır. PSAların 9'u konjunktivada, 1 septisemi vakası, 1 ventilasyon pnömonisi, 1 torasentez sıvısında, 1 gastro bölümünde, 2side peritoneal sıvıda saptanmıştır. Çevresel analizler sonucunda da; 16 muslukta 7sinde, 5inde çeşme borularında PSA saptanmıştır. Diğer çevresel taramalarda kültürlerde PSA üremesi söz konusu değildir.

Sonuç: Bu çalışma çeşmelerden alınan kültürde üreyen PSA ile YYB bebeklerdeki enfeksiyon prevalansı arasındaki ilişkiyi göstermiştir.

İNGİLİZCE -2-

- **ACİL DE HASTA GÜVENLİĞİ VE İŞ AKIŞINI İYİLEŞTİRMEK AMACIYLA KULLANILAN HEMŞİRE CHECKLİSTLERİNİN POZİTİF ETKİLERİ**
- **Prof. Dr. HAOUET Karim,**
- Acil Departman Sorumlusu, Charles Nicole Hastanesi, Boulevard 9 avril, 1006, Tunis, TUNUS

Amaç: Acilde hasta güvenliğinin sağlanması ve kalabalıklığın önlenmesi amacıyla geliştirilen hemşire ceklistlerinin sonuçlarını değerlendirmek amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: 3 ay boyunca acil sorumlu hemşiresi tarafından ceklistler doldurulmuştur. Ceklistte yer alan ana olaylar ünitenin genel durumu, uzman hekimin mevcudiyeti, radyolojik muayeneler, kalabalıklık ve hastaların agresifliği gibi olaylardır.

Sonuç: İlk periyoda toplam acil ünitesine toplam 16 479 hasta başvurmuş bunlardan 200 üne bu soru formu doldurulmuştur. Daha önce yapılan 100 ceklist sonuçlarının diğer 100 sonuç ile karşılaştırılmasında protokollere daha fazla uyum olduğu, elektrik kesintilerinin azaldığı, hastaların radyolojik muayenelerinin daha kısa sürede gerçekleştirildiği, uzman hekimin varlığı ve acil önünde hasta bekleme sürelerinin daha az sayıya indiği saptanmıştır. Sonuç olarak böyle bir ceklistin sisteme sokulması ile hasta güvenliği uygulamalarında pozitif bir iyileşmenin olduğu ve acil servise yoğun başvuruların daha etkin bir şekilde yönetildiği görülmüştür.

- **"FİZİKSEL SINIRLANDIRMA VE TECRİT", RUH SAĞLIĞI UYGULAMALARINDA HASTA GÜVENLİĞİ**
- **Dr. Zainab Jabur, MD, MPH**
- Cambridge Hastanesi, **Harvard Tıp Fakültesi, Cambridge, Massachusetts, Amerika Birleşik Devletleri**

Geçmişte, fiziksel açıdan sınırlandırma ve tecrit acil servislerde, katlarda ya da ruh sağlığı hastanelerinde psikiatrik hastaların tedavisinde ruh sağlığı problemi olan hastaların kontrol edilmesi amacıyla yaygın kullanımı olan bir tedavi şeklidir. Son 20 yıllık dönemde araştırmacılar ve klinisyenler tarafından bu uygulamalar ciddi anlamda inceleme altına alınmış, bu uygulamaların ölüm, fiziksel yaralanmalar, ciddi travmalar gibi pek çok ciddi fiziksel ve psikolojik sonuçları olduğu tespit edilmiştir. Bu yöntemlere karşın pek çok etkili ve daha ucuz alternatif yöntemler geliştirilmiş, bu yöntemlerin daha güvenli sonuçlara sahip olduğu kanıtlanmış dolayısıyla fiziksel açıdan sınırlandırma ve tecrit kullanımını azaltacağı gösterilmiştir. Bunlara ek olarak, dünya çapında hasta ve insan haklarını korumak amacıyla tecritin yanlış kullanımını azaltmak amacıyla sıkı düzenlemeler geliştirilmiştir.

- **AMERİKA VA İYİ KALİTELİ, GÜVENLİ VE MALİYET-ETKİN BİR HİZMET Mİ SUNUYOR?**
- **William B Weeks, MD, MBA,**
- Profesyonel Eğitim Ofisi, Sağlık Politikaları ve Klinik Uygulamalar Dartmouth Enstitüsü, Lübnan

Amaç: Bu araştırmada Amerikada 6 milyondan fazla ordu mensubunun hizmet aldığı veterian hastanelerinde (VA) kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulup sunulmadığını araştırmaya yöneliktir.

Yöntem: 2001-2007 yılları arasında Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi verilerinden kişi başına VA sağlık harcama verileri analizde kullanılmıştır. Ayrıca Tıbbi Harcama Panel Araştırma sonuçlarından VA hastalarının sağlık harcamaları elde edilmiştir. Bu sonuçlarla VA hastanelerindeki mortalite hızları özel hastane mortalite hızları ile karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar: VA sağlık harcamalarının özel sektör sağlık harcamalarına göre % 33 daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır. (% 95 güven aralığı % 19-52 arası) yatan hastalardaki bu maliyet farklılığı % 56 daha fazladır. VA hastaneleri ayakta bakım kalitesi hizmet sunmakta bu da Medicare sisteminin bakım ölçeklerinden daha yüksek hızlarla kendini göstermektedir ancak yatan hasta grubunda durum bu şekilde değildir. Hatta cerrahi bakımdaki sonuçlar özel sektör sonuçlarına göre oldukça kötüdür. Eğer cerrahi bakım alan hastalar VA hastaneleri yerine özel hastaneleri tercih edecek olsa ölüm oranları % 23 daha düşük olacak ve her yıl 73-345 ölüm engellenebileceği gibi, daha düşük maliyetlerle hasta bakma olanağı elde edilecektir.

Sonuç: VA hastaneleri maliyeti özel hastanelere göre oldukça yüksektir. VA en çok görülen cerrahi uzmanlara piyasaya göre % 25 daha az maaş ödemek zorundadır dolayısıyla bu koşullarda kaliteli insan gücüne sahip özel hastanelere yarışabilmesi mümkün olamamaktadır. Bu nedenlerle kötü sonuçlar, yüksek maliyetler ve kaliteli insan gücünü çalıştırabilmesi son derece kısıtlı olan VA hastanelerinin yataklı servisleri özel hastanelere devretmesi en mantıklı yoldur.

- **RUMAILLAH HASTANESİNDE CERRAHİ HİZMETLERİN İYİLEŞTİRİLMESİ TEŞVİKİ PROJESİ**
- **Nazila Afghani,**
- Hemşirelik Hizmetleri Direktör Yardımcısı, Rumailah Hastanesi, Hamad Tıp Merkezi, Doha Katar

Hamad Tıp Merkezinde 2 yıllık süre içerisinde 9247 elektif cerrahi vakası taranmıştır. İlk bulgular ameliyatların % 20 oranında iptal edildiğine yöneliktir. Ameliyathane kullanımında 3 ana alanda iyileştirmeye açık alan saptanmıştır. Hasta ve yakınlarının eğitimi ve pre-operatif ve destek hizmetlerde etkin bir sistemin kurulması en önemli nedenlerdendir.

Geriyeye yönelik olarak tüm cerrahi vakalara önce ve sonra ameliyat öncesi tarama klinik programının (PASS) uygulanması ile hasta kabulündeki klinik yol değişmiş, ameliyathane koordinasyonunda iyileşme sağlanmıştır. Bu uygulama sonucu, her iki dönem sırasında ameliyat iptalleri belirlenmiş, istatistiksel analiz için ki-square testi uygulanmıştır. Ameliyat iptal nedenleri değerlendirildiğinde 6 aylık süre içerisinde PASS uygulaması ile ameliyat iptallerinin % 14den % 3 e düştüğü görülmüştür. Ameliyathane kullanım kapasitesi % 72 den % 90'a çıkmış ve cerrahi bölümlerde yatak kullanım oranlarında % 50.5 den % 88.2'ye yükselmiştir. Bundan sonraki basamak ameliyat iptallerindeki tıbbi nedenlerin ayrıntılandırılması ve tüm cerrahi hasta gruplarında hasta kabul ve taburcu işlemlerinin yeniden design edilmesidir.

- **RUMAILLAH HASTANESİNDE İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ, HAMAD TIP MERKEZİ, DOHA KATAR**
- **Ruby Socorro D.Santander,**
- Hemşirelik Hizmetleri Direktör Yardımcısı, Rumailah Hastanesi, Hamad Tıp Merkezi, Doha Katar

TÜRKÇE SÖZLÜ BİLDİRİLER -1--

- HASTANELERDE KÂR ARAÇ MIDIR, AMAÇ MIDIR?

• KILINÇ A.Selçuk'

- İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye,

ÖZET : Hastaneler insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulmuş olan sağlık işletmeleridir. Bir taraftan hizmet üretir ve pazarlar, diğer taraftan ise her örgüt gibi kendi varlığını idame ettirmek zorundadır. Bu durum kârın amaç mı, yoksa araç mı olduğu tartışmasını beraberinde getirmektedir. Kâr amacı her ne kadar kamu ve özel sektör için farklı algılansa da, etkin mali yönetim hem örgütün yaşamasını garanti eder, hem de varlık nedeni olan sosyal faydayı gerçekler.

Anahtar Kelimeler: hastane, işletme, kâr, amaç, araç

- GİRESUN AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİNDE HASTA GÜVENLİĞİ ÇALIŞMALARI YÖNÜNDEN, ÇALIŞAN MEMNUNİYET ANKETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

• YILMAZ, Hülya ,

- Giresun Ağız Ve Dış Sağlığı Merkezi / Giresun / Türkiye

AMAÇ:2008 yılı Nisan ayında resmi olarak kurulan Giresun Ağız ve Dış Sağlığı Merkezinde, kuruluşundan bu yana yapılan hasta güvenliği çalışmalarının ve hasta güvenliği yaklaşımının, çalışanlar tarafından algı / farkındalık düzeylerinin 2008- 2009 yıllarında yapılan Çalışan Memnuniyet Anketleri üzerinden değerlendirilmesi ve bu anlamda yapılan iyileştirme çalışmalarının paylaşılmasıdır.

YÖNTEM:Hasta güvenliği konularında yapılan çalışmaların varlığı ve algılanması, yönetimin hasta ve çalışan güvenliği konusunda sergilediği yaklaşımların değerlendirilmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi ekinde bulunan Çalışan Memnuniyet Anketinin, 7,8,10,11 numaralı soruları ve bu sorulara verilen cevapların 2008 ve 2009 yılları oranları değerlendirilmiştir.

BULGULAR :7. soru; Size çalıştığınız birim ile ilgili olmak üzere, son 6 ay içinde Hasta ve çalışan güvenliği (hasta kayıt ve kimlik bilgilerinin kayıt altında olması, hastaya doğru tedavi uygulanması, hasta düşme ve yaralanmasını önleme, hastane enfeksiyonlarını önleme, mahremiyet, vb.) konularında eğitim verildi mi? önermesine, Evet cevabı verenlerin sayısı, 2009 yılında bir önceki yıla oranla % 6 azalmış olmasına rağmen, kısmen cevabı verenlerin 2009 yılında %12 artmış olması ve hayır cevabı verenlerin ise %6 oranında azaldığı görülmektedir.

8. soru; Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında yeterli eğitim aldınız mı? Önermesine, evet tamamen diyenlerin sayısında bir önceki yıla oranla %21arttığı, evet kısmen diyenlerin ise %28 oranında azaldığı, yine hayır cevabı verenlerin ise % 8 azaldığı görülmektedir.

10. soru; Hastane yönetimi, hasta ve çalışan güvenliği konusunda yeterli olacak şekilde düzeltici ve önleyici faaliyetler yapıyor mu? Önermesine, evet tamamen diyenlerin sayısında bir önceki yıla oranla % 9 artış olduğu, evet kısmen diyenlerde ise %9 oranında azalma olduğu, Hayır cevabı verenlerde ise %2 oranında artış olduğu görülmüştür.

11. soru; Hastane yönetimi tarafından, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıkların bildirilmesinde nasıl bir yaklaşım sergilenmektedir? Önermesine ise , "Sorunun çözümü için söz konusu alan ile ilgili personel ile birlikte çözümler üretilmektedir ve gerekli önlemler alınmaktadır" cevabı verenlerin 2008 yılına oranla 2009 yılında %11 arttığı, "Sorunlar için çözümler üretilmekte ve gerekli önlemler alınmaktadır ancak yeterli düzeyde değildir." Cevabı verenlerin % 3 oranında azaldığı, "Sorunlar görmezden gelinmektedir" cevabı verenlerde ise 2008 yılına oranla % 4'lük bir iyileşme sağlanmıştır.

SONUÇ:Tüm önermelerde genel olarak 2008 yılına oranla 2009 yılında, iyileştirme yönünden bir artış sağlandığı, ancak Hasta Güvenliği sağlamaya yönelik eğitimlerin, yeterli algı ve farkındalık yaratmadığı tespit edilmiştir. 2010 yılı Eğitim planlamasında Hasta ve Çalışan güvenliği konularına daha çok yer verilmesi sağlanmalıdır. Hasta ve Çalışan Güvenliği ihlallerinin raporlanması konusunda verilen eğitimlerin yeterli görüldüğü ve çalışanların bu konuda yeterli oranda düzeltici ve önleyici faaliyet yapıldığına olan inancı artmıştır. Hastane yönetimi tarafından, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıkların bildirilmesinde sergilenen yaklaşımın algılanmasında ise personel ile birlikte çözümlerin üretildiği ve gerekli önlemlerin alındığını düşünenlerin oranında ki artış ise yapılan çalışmaların, eğitimlerin ve yöneticilerin hasta güvenliği konusundaki olumlu tavırlarının etkili olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR:

1. Sağlık Bakanlığı, 01/09/2008 tarihli Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi
2. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, Çalışan Memnuniyeti Anketi Uygulama Usul Ve Esasları, Ek; 8

- KOCAELİ'DE YAŞAYANLARIN SAĞLIK SİSTEMİNİ ALGILAMA VE KULLANMA DÜZEYİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

• Toker-Kaya,Fikriye

- KOÜ – Kocaeli Üniversitesi

Amaç : Bu araştırma ile ulaşılmak istenen toplumun sağlık sistemini algılama ve kullanma düzeyinin tespiti ve analizidir.

Yöntem : Bunun için Kocaeli ili örneklem olarak seçilip 18 yaş üstü toplam 524 kişi ve 110 hekim ile görüşülmüş sonuçlar SPSS 10.0 ile analiz edilmiştir.

Bulgular : Araştırmaya katılanların % 70'i tedavi için hekimi tercih etmekte ancak hekime gitmek için acele etmedikleri, kendiliğinden iyileşmeyi bekleme oranının % 30 olduğu görülmektedir. *Eczaneden ilaç alma, hocaya gitme, kocakarı ilacı deneme* gibi yöntemler düşük orandadır.(Hocaya gitme %0.4, kocakarı ilacı deneme %0.4). % 70 i hastalanmaksızın genel kontrol amaçlı hiç hekime gitmediğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hekimler, hastalarının kendilerine % 30.9'u tedavi edilebilir düzeyde, % 41.2'si ise çok gecikmiş olarak geldiklerini beyan etmişlerdir.

Hastalandığında nereye gideceğini bilemeyenlerin oranı % 25, sorunlarını yeterince aktarmadığını ifade edenler % 29.4, kültürel nedenlerle anlatmakta zorlananlar % 3, sıkılgan bir yapısı olduğu için sorunlarını aktarmadığına inananların oranı % 17, dini inançları nedeniyle karşı cinsten olan hekime gitmediğini ifade edenlerin oranı % 1,5.tür. Hekimini seçerken konusunda uzman olmasına dikkat edenlerin oranı % 39 dur.

Bu araştırmada göze çarpan ilginç bir olay da, % 17.8'inin hekimlerin kendisini iyileştirebileceğine inanmıyor olmasıdır.

Sağlık sistemi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade edenlerin oranı % 27.9 olup genel olarak sağlık hizmetlerinden memnun olanlar % 14.tür. Araştırmaya katılanların % 41,7 ülkenin sağlık sisteminden memnuniyetsiz olup kendilerini güvende hissedemeyenlerin oranı ise % 59' dur.

Sonuç : Bu araştırmada elde edilen verilere göre sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışlarını birinci sırada sağlık hizmetlerinin sunulduğu sistemin belirlediği, kültür ve inançların daha sonraki sıralarda yer aldığını ve hastalandığında öncelikle sağlık ekibini tercih ettiğini söylemek mümkündür.

- "Sağlıkta Risk Değerlendirme"
- **Ramazan USTA**
- Türk Standartları Enstitüsü, Kalite, Çevre, İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri, Baş Denetçisi ve Eğitmeni

ÖZET :

Küreselleşen dünyada sağlık hizmetlerine sunulan her yeni madde, her yeni makine, her yeni metot, araç ve gereç, ortaya çıkan her yeni tedavi yöntemi, hasta, hasta yakını, çalışanlar, çalışma ortamı ve çevre sağlığı için tehditler oluşturabilmektedir.

Bu tehditlerin önlenmesi ve fırsatlara dönüştürülmesi için; hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları, buldukları ortamlarda oluşan veya oluşabilecek tehlikelerden, sağlıklarına zarar verecek koşullardan korunmak ve daha iyi ortamlarda bulduklarından emin olmak için kendi güvenliklerinin, buldukları ortam güvenliğinin ve verilen hizmet güvenliğinin sağlandığından emin olmaları gerekmektedir.

Çalışanlara, idarecilere ve hastalara bu güveni verebilecek ve haklarını aramada yardımcı olabilecek, potansiyel tehlikeleri önceden tespit edip kısa zamanda giderilmesini sağlayacak, kişinin hastalığı sürecinde mevcut sağlığının korunmasını ve tıbbi cihaz ve teknolojilerinin güvenli kullanımını sağlayabilecek, tıbbi cihaz kazalarını önleyebilecek, acil durum ve kazalarda çalışanların bilinçli hareket etmelerini sağlayacak, meslek hastalıklarını azaltacak, kişisel koruyucuların kullanımını ve çalışma ortam ve koşullarının düzeltilmesini sağlayacak, riskleri ve fırsatları sistematik ve verimli biçimde yönetilmesine ve risklerin ortadan kaldırılmasına öncülük edebilecek bir sisteme ihtiyaç vardır.

Birçok yerde başarıyla uygulanan Risk Değerlendirme sistemi ve bu sistemin bir üst basamağı olan İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Yönetim Sistemi, sağlık çalışanlarının, idarecilerin, hastaların, hasta yakınlarının, geçici işçilerin, alt yüklenici çalışanlarının, ziyaretçilerin ve ortamdaki diğer kişilerin sağlığına ve güvenliğine etki eden faktörler ve koşulların iyileştirilmesini öngörmektedir.

Dolayısıyla daha iyi bir sağlık ortamı için hasta ve sağlık çalışanlarını mevcut ve muhtemel risklerden koruma, bu risklerin değerlendirilmesi ve yönetilmesi, risklerin ortadan kaldırılması ve risk değerlendirme yöntemleri ulusal bir sorun olmaktan öte uluslararası boyutta önem arz eden, tüm tarafların sağlık ve yaşam şartlarını etkileyen sorunlardır.

Risk değerlendirme ve İSG yönetim sistemi ise, bu sorunları ortadan kaldırmak ve çalışma koşullarını iyileştirmek için önerilen bir araçtır. Bu araç, sağlık çalışanlarının, idarecilerin, hastaların, hasta yakınlarının, geçici işçilerin, alt yüklenici çalışanlarının ortaya çıkarılmasına, hasta ve sağlık hizmeti genelinde beklenti ve kararların rasyonelle edilmesine de büyük katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Risk Değerlendirme, Hasta Hakları, İSG

- **SAĞLIK BAKANLIĞI ÖZEL HASTANELER HİZMET KALİTE STANDARTLARI İLE JCI AKREDİTASYON STANDARTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**
- **ÇAKMAK, Güler**
- **Kalite ve Hasta İlişkiler Direktörü, Medical Park Hastaneler Grubu, İstanbul / TÜRKİYE**

AMAÇ: Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde Sağlık Bakanlığı Kalite Performans Daire Başkanlığı'nın hazırlamış ve yayınlamış olduğu Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları ile JCI Akreditasyon Standartları'nın karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEM: Kaynak taraması yöntemi kullanılarak rehberler arasında karşılaştırma yapılmıştır.

BULGULAR: "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nda Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu ve Sunumu başlığı altında sağlık hizmetlerinde ruhsatlandırma ile organizasyonel yapısını oluşturan kurumların, kaliteli hizmet sunumu (hizmet süreci ve hizmet sonuçlarının ölçülmesi) konusunda yetersiz kaldıkları iletilmektedir.

Ülkemizde özel hastanelerin kaliteli hizmet sunumu konusunda JCI Akreditasyon Standartları doğrultusunda yürütmekte olduğu hasta ve çalışan güvenliği kontrolüne yönelik bir yol izlemekte oldukları görülmektedir. Bu uluslararası kabul görmüş olan JCI Standartlarının temel alınarak ülkemiz yasal mevzuatlarına uyum çerçevesinde kamu ve özel hastaneler için oluşturulan hizmet kalite standartlarının meydana getirildiği görülmektedir.

Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları 11 bölüm başlığı altında ortalama 581 standarttan oluşturulmuştur. JCI Standartları ise ana 2 bölüme ayrılmış ve ortalama 1400 standarttan oluşmaktadır.

Bu karşılaştırmada, sonuç olarak ülkemizin sağlık hizmeti sunumunun uluslararası akredite standartlardan ülke şartlarına göre revize edilerek, kamu hastaneleri Hizmet Kalite Standartları Rehberi ve Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları Rehberi üzerinden yapılacak olması, ülkemizin genelinde ortak standartlarla yürümek, uluslararası ve ülkemizin kaliteli sağlık hizmetinin temel hedefleri olan güvenli, etkili, hakkaniyetli, hasta merkezli, israftan kaçınılan ve zamanında verilen, hizmet koşullarının sağlanması esasına dayalı "Sağlıkta Reform" niteliğinde önemli bir çalışma olarak yerini alacağı görülmektedir.

SONUÇ: Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları ortalama 581 standarttan JCI Standartları ise ana ortalama 1400 standarttan oluşmaktadır. Her iki standart beklentisine uyumu karşılaştırdığımızda hasta ve çalışan güvenliği temelinde Sağlık Bakanlığı Standartlarının JCI Akreditasyon Standartları olan Hasta Odaklı ve Organizasyonel Odaklı Standartlar içerisinde olduğu görülmektedir.

TÜRKÇE SÖZLÜ BİLDİRİLER -2-

- **HEMŞİRELERİN İLAÇ UYGULAMA HATALARINA İLİŞKİN ALGILARI VE RAPORLAMA KÜLTÜRÜ**
- **SEREN Şeyda***, **GÜL Gülnur****, **BOL Pınar****, **GERÇEKER Başak****, **BİÇER Elif****
- Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
- ** Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans Öğrencisi, İzmir, Türkiye

ÖZET

Amaç: Hemşirelik fonksiyonlarının önemli bir kısmını ilaç uygulamaları oluşturmaktadır. Hasta güvenliği kapsamında ilaç uygulamalarının ve bu konudaki uygunsuz durumlara ilişkin stratejilerin geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışma, hemşirelerin ilaç uygulamalarındaki hatalarına ilişkin algılarının belirlenmesi ve raporlama kültürü açısından değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı türde yapılan bu araştırma iki kamu ve bir üniversite hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini araştırmayı katılmayı kabul eden 332 hemşire oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan 34 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. İlk bölümde hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren altı soru, ikinci bölümde hemşirelerin ilaç uygulama hataları ile hata bildirimine ilişkin algılarını kapsayan 25 soru ve son bölümde ilaç uygulama hatası örneği içeren durumlardan (üç soru) yararlanılmıştır. Anket formu, araştırmacılar tarafından literatür incelemesi sonucunda geliştirilmiştir. Form, beşli Likert tipinde ve çoktan seçmeli soru formatında oluşturulmuştur. Veriler tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmada hemşirelerin %33.7'si kurumlarında ilaç uygulama hatalarını raporlandırılabilecekleri bir sistemin olmadığını ve %34.3'ü ilaç hatasıyla karşılaşmalarında hata bildirim formunun doldurulması ve izlenecek yol hakkında bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %57.5'i ilaç hatalarının hata bildirim formu aracılığıyla bildirilmesi gereğine inanmakta, ancak %37.3'ü ilaç uygulama hatalarını bildirmektedirler. Hemşirelerin ilaç hatalarını raporlandırmama nedenleri arasında en fazla (%53.9) hata raporlama formunun bulunmaması ve ikinci olarak kurumda ilaç uygulama hatalarının açıkça tanımlanmamış olması yer almaktadır. Hemşirelerin %61.7'si son anda fark ettikleri hatalarının olduğunu ve %67.2'si bildirim yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşirelere ilaç hatalarına ilişkin kısa durumlar verildiğinde, hata olarak sayılabilecek durumlardan birini %57.5 oranında ilaç hatası olarak tanımlamamışlardır.

Sonuç: Araştırmanın sonuçları, hemşirelerin ilaç uygulama hatalarının bildirimini yapılmasının öneminin farkında oldukları, ancak kurumdaki işleyişin ve kurum kültürünün yapılacak bildirim olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. İlaç uygulamalarında yapılan bazı hataların, hata olarak düşünülmemesi nedeniyle bildirim yapılmadığı çarpıcı bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuçlar, kurumsal politikaların ve prosedürlerin belirlenmesinde, kurum kültürünün tüm çalışanlar tarafından aynı biçimde algılanmasında ve raporlama kültürünün yerleştirilmesinde yöneticilere yol göstermektedir.

Anahtar kelimeler: İlaç Uygulamaları, İlaç Hataları, Hata Bildirimi, Raporlama Kültürü

- **İLAÇ YÖNETİM SİSTEMİNİN YENİDEN DÜZENLENMESİNİN İLAÇ UYGULAMA HATALARININ AZALTILMASI ÜZERİNE ETKİLERİ**
- Mehmet Özgür ÖZHAN, Mehmet Anıl SÜZER, **Ayça BOZOKLU**, Şule SARIKOYUNCU EMRE, Elvan ULUDAĞ, Ceyda ÖZHAN, Nedim ÇEKMEN, Mehmet Burak EŞKİN
- TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi, Ankara, TÜRKİYE

AMAÇLAR : Hastanelerdeki ilaç uygulama hataları mortalite ve morbiditenin yanı sıra birincil tedavinin aksamaması, ayrı tedavi gerektirmesi, yatış süresinin uzamasıyla beraber maliyet artışına neden olmaktadır. Biz çalışmamızda yeni bir ilaç yönetim sistemi kurulmasının hastanemizdeki ilaç uygulama hataları üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM : Hastane müdürü, kalite koordinatörü, eczacı ve hemşirelik hizmetleri müdüründen oluşan bir ekip tarafından geçmiş 3 aydaki denetimler, olay bildirim formları, stok yönetimi ve hasta şikâyetlerinden edinilen veriler incelendi. Buna göre hatalı ilaç uygulama olay sayısı 27 idi (ortalama 9 olay/ay ve hasta başına %1,1). 1 hasta yoğun bakım ünitesinde tedavi edilirken, diğerlerinde tedaviye ihtiyaç duyulmamıştı. Bu hataların nedenlerinin sağlık çalışanları ve hastaların bilgi yetersizliği, servislerde ihtiyaç dışı ilaç bulundurulması, eczacı, hemşire ve hekim arasındaki iletişim problemleri ve fiziki koşullarının yetersizliği olduğu belirlendi. Sonrasında ilk olarak yoğun bakım, ameliyathane ve acil servis dışında servislerde acil ilaçlar haricindeki ilaçlar toplanarak yüksek riskli ilaçlar başta olmak üzere tüm ilaçların eczanede depolanması sağlandı. Servislerde ayrı ilaç gözleri oluşturulurken eczanede yeni bir etiketleme ve raflama sistemi düzenlendi.

Yeni bir ilaç uygulama akış şeması oluşturuldu ve buna göre hastanın servise kabulünde getirdiği ilaçlar kaydedilerek teslim alındı. Sorumlu doktor ilaç uygulama talimatı (order) verdikten sonra servis hemşiresi ilaç talimatını hemşire talimatnamesine ve ilaç yönetim programına kaydederek eczacıya ilettili. Eczacının kontrol ettiği talimata göre ilaçlar etiketlenerek ayrı poşetlerde servise iletildi ve serviste hastaya ait göze yerleştirildikten sonra uygulama talimatına göre hastalara uygulandı. Ayrıca hemşireler ve hastalara bu konuda eğitim verildi.

BULGULAR : 2 ay sonra yapılan değerlendirmede yanlış ilaç olay bildirim sayısı toplam 10'du. Bunların 7'si birinci ayda, 3'ü ikinci ayda gerçekleşmişti (ortalama 5 olay/ay ve hasta başına % 0,64) ve sonuçta yanlış ilaç uygulama oranı %35 azalmıştı.

SONUÇLAR: Biz tıbbi hataya bağlı ölümlerin yaklaşık % 3-7'ni oluşturan ilaç uygulama hatalarının ilaç uygulama yönetiminde yapılan yeniden yapılandırılmalar ve hasta ve personelin eğitilmesiyle ileri derecede azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

- **PYXIS İLAÇ YÖNETİM SİSTEMİNİN HASTA GÜVENLİĞİ YÖNÜNDEN İRDELENMESİ**
- **Gönül Yıldırım***, **Gülten Akıncı***, **Çiğdem Toprak****, **Sevgi Erdal*****, **Yeşim Çetinkaya Şardan******
- *Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşire müdürlüğü
- ** Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Hemşire müdürlüğü
- *** Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Hemşire müdürlüğü
- ****Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimisi

Dünyadaki gelişmiş merkezler, ilaç ve malzeme kullanımı konusunda yaşanan pek çok ciddi **güvenlik** sorunu nedeniyle klasik ilaç yönetimi yerine birim doz ilaç sistemini tercih ediyor. Hastaneye yatış sonrasında hastaların neredeyse tamamına ilaç uygulanmaktadır. İlaç uygulamalarında ilaç adı, dozu, verilmiş yolu, görünüş benzerliği vb. nedenler ile hatalar tespit edilmiştir.

Amaç: Pyxis ilaç yönetim sistemi ile ilacın sekiz doğru ilkesine göre ve hemşirenin günlük mesleki uygulamaları dışında yapmak zorunda kaldığı iş yükünü azaltarak (son kullanım tarihi geçmiş ilaçları, servislerde biriken ilaçlar, kayıt dışı kullanılan ilaçlar, uygunsuz depolanan ilaçlar vb.) **güvenli ve hasta odaklı bakım hizmeti** vermesini sağlamaktır.

Yöntem: Pyxis ilaç yönetim sisteminin hemşireler tarafından nasıl algılandığı ve hemşireliğe katkılarını saptamak amacı ile Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan 1074 hemşireden 103'üne 33 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Anket uygulanacak hemşireler hastanelerimizde eski ve yeni sistemi kullanan hemşirelerden seçilmiştir.

Bulgular:

soru	N=1074
İlaç isteminin elle yazılımı nedeni ile ilacın dozunu yanlış okuma	% 54
İlaç isteminin elle yazılımı nedeni ile ilaç ismini yanlış okuma	% 61
İlaç isteminin elle yazılımı nedeni ile ilacın verilmiş yolunu yanlış okunma	% 37
Hekim istemi olmaması nedeni ile son istemi tekrarlama	% 74
Görünüş benzerliği nedeni ile yanlış ilaç uygulama	% 13
Eczaneden kliniğini yanlış ilaç/doz vb. gönderilme	% 65
Eczaneden kliniğe son kullanım tarihi geçmiş ilaç gönderilme	% 55
İlaçların son kullanım tarihini takip edebilme	% 48

Sonuç: Anket sonucunda hemşirelerin pyxis ilaç yönetim sisteminden büyük oranda (% 94) memnun oldukları belirlenmiştir. Memnuniyetin belli başlı nedenleri; hemşirelerin teknik olarak yapmak zorunda kaldığı (hemşire izlem formuna ilaçların kaydı eczaneden gelen ilaçların hemşire tarafından yerleştirilmesi (%98), kliniklerde uygunsuz ilaç depolanması, uzun süreli tatiller de ilaç depolanmak zorunda kalınması(%88) vb.) işlemleri azaltması, eczacıların kliniklerde de sorumluluk alması ve hemşirelerin hasta odaklı çalışmasına olanak tanınması nedeni ile ilaç uygulamalarındaki güvenliği arttırdığı düşünülmüştür.

- **KALP VE DAMAR CERRAHİSİ KLİNİĞİNDE KORONER BYPASS HASTALARI İÇİN HASTA BAKIM HARİTASININ OLUŞTURULMASI VE UYGULAMADA YERLEŞTİRİLMESİ**

- **Tevfik Tezcaner,** Ayfer Bahtiyar, Selma Çöpçü, Tülay Trabzon Murioğlu, Hafize Taştan, Muammer Akar, Sinan Akbulut, Yaman Zorlutuna
- Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye

Amaç: Hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi ve daha iyi klinik sonuçların alınması amacı ile son yıllarda hasta bakım haritaları yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulamadaki hedefler hasta bakımının standardize edilmesi, bakıma katkıda bulunan sağlık grupları arasındaki eşgüdümün sağlanması, hastalığın seyrinin monitorize edilmesi ve gereğinde iyileştirme çalışmaları başlatılması, belenen seyirde sapmalara neden olabilecek zamanlama hatalarının engellenmesi ve hasta ve yakınlarının da bakıma katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Bu çalışmada ülkemizde ilk olduğunu düşündüğümüz Koroner Bypass Hastalarında Bakım Haritası uygulamasını oluşturma ve yerleştirme aşamaları sunulmaktadır.

Yöntem: Hastanemizde açık kalp cerrahisi uygulanan koroner bypass hastaları için 2009 yılı başından itibaren Hasta Bakım Haritası uygulamasına şu aşamalardan geçilerek başlandı:

1. Gerekliliğin belirlenmesi ve literatür taraması (1 ay)
2. Bakım ekibinin (doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, perfüzyonist, hasta danışmanı) görev planının belirlenmesi (2 ay)
3. Taslak Bakım Haritasının uygulanması (3 ay)
4. Koroner Bypass Hasta Bakım Planının uygulanmaya başlanması
5. Koroner Bypass Hasta Rehberinin hasta ve ailelerine verilmeye başlanması

Hasta Bakım Haritası hastanın yatışı süresince günlük bazda Değerlendirme – Bakım – İlaçlar ve Tedavi – Beslenme – Aktivite – Hasta Eğitimi – Beklenen Sonuçlar konularını içermektedir. Bu konular doğrultusunda hasta bilgileri haritaya işlenmekte, o gün içinde beklenen sonuçlara ulaşılma durumu değerlendirilmektedir.

Sonuç: Kompleks bir cerrahi bakım süreci içeren koroner bypass olgularında hasta bakım haritası uygulaması sağlık bakımını koordine eder ve iyileştirme çalışmalarına bilimsel zemin oluşturur.

- **İ.Ü. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ RADYOGRAFİ ODALARINDA RADYASYON GÜVENLİĞİ**

- **Sezdi Manâ**
- İstanbul Üniversitesi, Biyomedikal Cihaz Teknolojisi, İstanbul, Türkiye

Amaç: Radyografik muayenede yüksek radyasyon veren cihazlar kullanıldığından, yeterli radyasyondan korunma önlemleri alınmadığı takdirde, çalışan personelin ve/veya çevredeki insanların yüksek radyasyon alma tehlikesi her zaman vardır. Ülkemizde Radyasyon sağlığı ve güvenliği konusundaki tüzük hazırlanması görevi Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) na verilmiştir. Bu tüzük uyarınca, görevi gereği radyasyona maruz kalan kişilerin, bütün vücutlarının alacağı yıllık doz 50mSv'i geçmeyecektir. Radyasyon personelinin günlük maksimum müsaade edilebilir doz değeri, 80µSv/gün olarak belirlenmiştir. Radyasyon görevlisi sayılmayan toplumdaki diğer kişiler için ise, maruz kalacakları radyasyon dozları toplamı, bütün vücut için yılda 5 mSv olarak belirtilmiştir.

Buna göre, her radyografi odasında kullanıcıları korumak için kurşun paravanlar bulunmakta, radyasyonun oda dışına yayılmasını önlemek amacıyla kapı da dahil olmak üzere oda duvarları 2mm'lik kurşun ile kaplanmaktadır. Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde, "Radyasyon Alanlarının İzlenmesi" (Madde 16) bölümünde, "Radyasyon alanlarının radyasyon düzeyi ölçümleri, kurum tarafından belirtilen sıklık ve yöntemlere uygun olarak yapılır" ibaresi bulunmaktadır. Ancak pek çok sağlık kuruluşunda radyasyon ölçümleri sadece ruhsatlandırma aşamasında yapılmakta, sonrasında herhangi bir kontrol çalışması yürütülmektedir.

Her ne kadar radyasyon grafi odalarında kullanıcıları korumak amaçlı bariyerler bulunsada, kullanıcıların bu bariyerlerin güvenilirliği üzerine bir çok soru işaretine sahip olduklarının farkına varılmıştır. "Paravanın kapattığı alan yetersiz, sırtım, omzum, kolum.. açığa kalıyor", yada "Paravanın üstü açık, doza maruz kaldığım endişesindeyim" tarzındaki serzenişler çalışma motivasyonunu olumsuz etkilemektedir.

Aynı zamanda, radyografik çekim sırasında kapı önünde bekleyen hastaların da bu sızıntılardan etkilenmesi sözkonusudur. Hele havalandırması yetersiz olan radyografi odalarında, kapı açık yapılan çekimler hem bekleyen hastaları hem de koridordan geçenleri radyasyona maruz bırakmaktadır.

Bu çalışma ile amacımız, "Kullanıcıdan kaynaklanan işte bu tarz şikayetleri değerlendirerek, üniversitemiz tıp fakültesindeki radyoloji ünitesinde bulunan tüm radyografi ünitelerinin sızıntı testlerini yapmak, ölçüm sonuçlarını kullanıcılarla ve idareyle paylaşmak, gerekiyorsa düzenlemeler planlamaktır.

Sonrasında çalışmanın floreskopi, mamografi ve bilgisayarlı tomografi odaları için de tekrarlanarak, çalışmanın tüm tıp fakültesi bünyesindeki radyasyon kaynaklı cihaz odaları için genişletilmesi planlanmaktadır.

Yöntem: Tüm ölçümler, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Departmanına bağlı 5 adet radyografi (konvensiyonel röntgen) odasında gerçekleştirilmiştir. Kullanıcının maruz kaldığı radyasyon miktarını görmek için, kullanıcı bariyerinin 5 cm önünden ve 5 cm arkasından radyasyon sızıntı ölçümleri alınmıştır. Koridora kapıdan sızan radyasyon seviyesi ölçümü için ise, aynı exposure değerlerinde, kapı kapalı iken ve kapı açık iken ölçümlerin yapılması planlanmıştır. Tüm ölçümler, Unfors radyolojik test ölçüm cihazının alan radyasyon dedektörü kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ölçümlerde, X-ray cihazı 100 kVp ve 50 mAs değerlerine ayarlanmış, tüm ölçümlerde aynı kVp ve mAs değerleri sabit tutulmuştur.

Sonuç: Ölçüm sonuçlarına göre, radyografi odalarında kullanıcıların maruz kaldığı radyasyon sızıntısı hakkında bilgi sahibi olunmuştur. Durum değerlendirmesi yapılarak, kullanıcıya gerekli bilgilendirme yapılmış, gerekli düzenlemelerin yapılması plan dahiline alınmıştır. Böylelikle hem kullanıcı güvenliği hem de hasta güvenliği gözetilmiş, üniversitemiz tıp fakültesi hastanelerinin kalite çalışmaları kapsamındaki radyasyon güvenliği çalışmaları, radyasyon sızıntı testleri ile start almıştır.

TÜRKÇE SÖZLÜ BİLDİRİLER -3-

- **GİRESUN PROF. DR. A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞANLARIN HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI**
- Opr. Dr. Ahmet Bal, **Tib. Tek. Aynur Çalis**, Başhemşire Fatma Tosun, Hatice Yılmaz, Adnan Yıldız, Resmîye Memiş, Süleyman Fatih Menevşe
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi/Giresun/Türkiye

Çalışmanın Önemi: Kurum kültürü: bir kurumda paylaşılan temel değerlerin ve inançların bütünüdür.(Kömürçü, 2009:24)

Hasta güvenliği kültürü hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. (Aksayan,2009:100)

Çalışmanın Amacı: Hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için çalışanların algısını belirleyerek, hasta güvenliği kültürünün oluşmasındaki etkili faktörlerle, hastanemizde bu kültürün oluşturulmasında ve geliştirilmesinde, odaklanmamız gereken alanları belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada, Veri toplama formu olarak; Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı için 2004 yılında Joann Sora ve Veronica Nieva tarafından geliştirilen hastanelerde hasta güvenliği kültürünü ölçen ve Türkiye’de 2009 yılında geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış ve 0,86 bulunmuş olan, Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi kullanıldı. Hastanede çalışan 600 sağlık personeline dağıtılmış ve geri dönen 221 anket değerlendirmeye alınmıştır. Geri dönüş oranı% 37’dir. Güvenlik kültürü ile ilgili sorular anketin orijinaline bağlı olarak yüzdeye dönüştürülmüştür.

Bulgular: Ankete katılanların % 62’si hemşire, %28,4’ü Meslek süresi 11-15 yıl arasındadır. %79,9’u genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içindedir. Çalışanların %52,1 oranında birbirlerini destekledikleri, % 58,6 oranlarında “ekip olarak birlikte çalıştıkları” ve “birbirlerine saygılı davrandıkları”, %54,6 oranında “çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım ettiği” belirtmişlerdir. Hastanede yönetimin faaliyetlerini, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik (% 58,2), hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlandığını belirtmişlerdir.(47.2) “Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır” ifadesine % 45,6, “Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler” ifadesine % 46,9 oranında katılmışlardır. “Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar” ifadesine %36,0 oranında katıldıkları, “Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır” ifadesine % 4,6 oranında kesinlikle katıldıklarını, ifade etmişlerdir. İzmir’de yapılan araştırmada ise hasta güvenliği ile ilgili sorunlar olduğunu düşünenlerin oranı % 38,1dir.(Çakır ve Tütüncü,2009:199)

Raporlandırılmış olayların sıklığının incelemesinde, “Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde %28,5, hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına %26,5 ve hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında % 27,4 ü hiç bir zaman rapor edilmediğini belirtmişlerdir. İzmir’de yapılan benzer bir araştırmada ise, katılımcıların % hastaya zarar verebilecek düzeyde bir hata fark edilip zarar vermeden atlatıldığında %12’si her zaman raporlandıklarını, ancak hata hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde % 19’u raporlandırmadıklarını belirtmişlerdir..

Son 12 ayda %84,9 oranında hiç olay raporlandırmadıklarını belirtmişlerdir. İzmir’de yapılan araştırmaya katılanların %81,5, Bir kamu hastanesinde yapılan araştırmada ise % 68 oranında hiç olay raporlandırmadıklarını bildirmişlerdir.(Kafalı vd.2009:223) Çalışanlar hastanenin hasta güvenliği derecesini %66,1 oranında çok iyi olarak derecelendirmişlerdir.

Sonuç: bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hastanemizde hasta güvenliği kültürünün oluştuğunu göstermektedir. Ancak çalışanlar hata bildiriminde bulunmamaktadır. Hatalardan dolayı suçlanacaklarını (% 58,7) ve yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymaktadır.(% 43) Oysaki hataların azaltılması hatta tamamen ortadan kaldırılması hasta güvenliğinin temel hedefidir. Hataların raporlandırılması ve hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım odaklanmamız gereken en önemli konu olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelime: Güvenlik Kültürü 1, Kültür Ölçümü 2, İyileştirme 3

- **AYBÜ - VENTİLATÖRE İLİŞKİN PNOMONİ ORANININ DÜŞÜRÜLMESİ**
- 1.Gaye Aydın, 2. Hakan Doğan, 3. **Gürbüz Akçay**, 4. D.Ali Özdemir, 5. Fatma Toker, 6. Funda Göçer, 7. Selda Bican
- 8. Fatı Atik, 9. Yasemin Girgin
- Denizli Servergazi Devlet Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi / Bereketti, Denizli, 20100,

Özet : Çalışmamızda ventilatöre ilişkin pnomoni (VİP) oranını, Amerikada’ki CDC’nin belirlediği 1000 ventilatör gününde 13’ün altına düşürmeyi amaçladık. Çalışmamız 01.04.2008-01.11.2009 tarihleri arasında AYBÜ’deki ventilatöre bağlı hastalar üzerinde gerçekleştirildi. SWOT analiz ile güçlü ve zayıf yönlerimiz tespit edildi, fırsat ve tehditlerimiz değerlendirildi. Beyin fırtınası yöntemiyle önleme stratejileri saptandı. Çalışmamızda toplam hasta sayısı 159 olup, ventilatör günü sayısı 610 idi. Hastanemiz 2007 yılı ventilatör kullanım oranı %41 VİP hızı 22.24 olarak tespit edilmişti. 2008 ilk 9 ay ortalama VİP oranı 15.09 iken çalışma tarihlerinde VİP hızı 9.07 olarak tespit edildi.

Abstract: We aimed to decrease the rate of ventilator associated pneumonia (VAP) less than CDC defined 13 cases per 1000 ventilator days. Our study enrolled patients on the ventilator in the AICU, April 1 2008-November 1, 2009. We determined our strength and weaknesses by SWOT tehcnic. We determined the strategies to prevent VAP by brain storm technic. Our total patient number was 159 and our ventilator days were 610. In 2007 the rate of ventilator use was 41%, and the VAP rate was 22.24. During the first 9 months of 2008 the mean VAP rate was 15.09, and during the study it was 9.07.

Giriş : Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilen hastalar akciğer problemleri sonucunda ventilatöre ilişkin pnomoniler (VİP) için yüksek riske sahiptirler. National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) sonuçlarına göre VİP tüm hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %15’ini oluşturmaktadır ve üner sistem enfeksiyonlarından sonra ikinci sık nedendir (NNIS System Report 2004:471). Central for Disease Control (CDC), erişkin Yoğun Bakım Ünitelerinde ortalama VİP oranını 1000 ventilatör gününde 6-15.3 olarak belirlemiştir. (CDC Guidelines 2004:3, Saltoğlu, 2008:89). Ventilatör ilişkili pnömöni (VİP), daha önceden pnömöni bulunmayan olguda mekanik ventilasyon uygulamasının 48. saatinden sonra ortaya çıkan pnömöniye verilen isimdir. VİP koruyucu önlemlerle 1/3 oranında azaltılabilir.CDC tarafından hastane kökenli pnomoniler arasında yer alan VİP önleme stratejileri saptandı. Çalışmamızda toplam hasta sayısı 159 olup, ventilatör devrelerinin bir haftadan daha az aralıklarla değiştirilmesi, el yıkama, yarı-erek pozisyon, midenin aşırı distansiyonundan kaçınmaktır (Akalin, 2005:250).

Materyal ve Metot: Projeyi gerçekleştiren Sinerji isimli ekip üyeleri AYBÜ gönüllü çalışanlarından oluşmuştur. Çalışmamız 01.04.2008- 01.10.2008 tarihleri arasında AYBÜ’deki ventilatöre bağlı hastalar üzerinde gerçekleştirildi. Bu çalışmada; · Çalışma konusu seçiminde, strateji, yöntem ve nedenlerin belirlenmesinde, Beyin Fırtınası, Risk Analizi, Swot Analizi ve Kök Neden Analizi (Balık Kılıcı) yöntemi kullanıldı. Ekip üyeleri konu ile ilgili olarak gerekli verileri toplayarak veri analizi yapıldı.

Her solunum desteği alacak hastanın invaziv mekanik ventilatör ihtiyacı yönünden oluşturulmuş olan iş akış şemasına göre değerlendirildi. Ventilatöre bağlı hastaların saatlik takip çizelgesiyle izlenerek kayıt altına alındı.

VİP için belirlenmiş risk faktörlerinin ventilatöre bağlı tüm hastalar için günlük değerlendirildi. VİP hızı yönünden hastalar günlük aktif hastaya dayalı, prospektif

sürveyans yöntemiyle izlendi. VİP hızı=(VİP sayısı/Ventilatör günü)X1000 formülüne göre hesaplandı.

Bulgular : Çalışmamızda toplam hasta sayısı 159 olup, ventilatör günü sayısı 610 idi. Hastanemiz 2007 yılı ventilatör kullanım oranı %41, VİP hızı 22.24 olarak

tespit edilmişti. Çalışma tarihlerinde ise VİP hızı 9.07 olarak tespit edildi.

Cocanour CS ve ark travma YBÜ'de VİP oranını azaltmak amacıyla CDC'nin yayınlamış olduğu VİP önleme ve kontrol stratejilerinden yararlanarak yaptıkları çalışmada amaçları NNIS kriterine göre %90 percentilii %75 persentile çekmeyi amaçlamışlar ve çalışma sonunda VİP oranını 1000 ventilatör gününde 22.3-32.7'den 0-12.8'e düşürmüşlerdir.

Sonuç olarak hastane yönetiminin, çalışan hekimlerin ve yoğun bakımda çalışan personelin ve maliyetin azalmasının önemi üzerinde durulmuştur (Cocanour, 2006:122-129).

Benzer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da CDC'nin belirlemiş olduğu VİP önleme ve kontrol stratejileri titiz bir biçimde uygulandığında VİP oranlarında azalma olduğu görülmüştür. Halen çalışmamızın protokolleri yoğun bakım ünitemizde uygulanmakta olup 01.10.2008-01.11.2009 tarihleri arasındaki VİP hızı ortalaması 6.54 olarak saptanmıştır. 01.04.2008-01.11.2009 tarihleri arasındaki VİP hızı ortalaması 6.61 olarak bulunmuştur.

Sonuç : Çalışmamızda belirlemiş olduğumuz VİP önleme stratejilerine uyulduğu takdirde, AYBÜ'de VİP oranında düşme görüldüğü ve bu stratejilerin tüm yoğun bakım ünitelerinde uygulanması ile hastanemiz VİP hızında ülke genelinde iyi bir grupta yer alacağımız ve maliyetin azalabileceği kanısına varıldı.

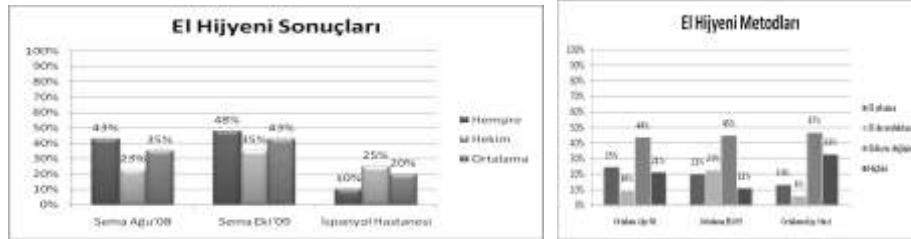
- **EL HİJYENİNE UYUMUN GELİŞTİRİLMESİ**
- **Budak Medine, Öztürk Kirstin, Akçin Betül, Battal Fatma, Caskurlu Hülya**
- Özel Sema Hastanesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı hasta güvenliğini geliştirmek ve olası hastane kaynaklı enfeksiyonlara engel olmak için el hijyeni uygulamalarını denetlemektir.

Yöntem: Temas öncesi el hijyeni uygulamaları, eldiven kullanımı ve temas sonrası el hijyeni uygulamaları hakkında gözlem yoluyla yeterli veri elde edebilmek için El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Gözlemeleme Formu 'nun uyarlanmış hali kullanılmıştır. Veri toplayıcılar hastanenin enfeksiyon kontrol hemşiresi (EKH) tarafından eğitilmiştir.

Sema Hastanesinin 488 çalışanı bulunmaktadır. Hastanenin tüm ünitelerini kapsayacak şekilde 200 el hijyeni davranışı haftada iki kez kayıt altına alınmıştır. Elde edilen sonuçlar EKH'ye gönderilmiş ve daha sonra tüm çalışanlarla ayda bir defa olmak üzere paylaşılmıştır.

Sonuç:



Tartışma: Sağlık çalışanları genellikle hastane kaynaklı enfeksiyonları yaymakta aktif bir rol oynamaktadır. Ancak, el hijyeni sağlama faaliyetlerinin cephaneliğimizdeki en etkili silah olduğunu bilmemize rağmen bu davranış biçimini uygulamaktan vazgeçmek sanıldığı kadar kolay değildir. . Yürütülen çalışma el hijyeni beklentilerine riayet etmede genel bir iyileşme ve doktorların uyumluluğunda somut bir artış olduğunu ortaya koymuştur. Sağlık çalışanlarının büyük bölümü el hijyeni gerekliliklerine ne kadar uyduğunun farkında değildir, o nedenle sürekli geri-veri sağlanması ve gözlem yapılması elzemdir.

- **MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ KONTROL YÖNTEMLERİNİN CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**
- Peker Ayfer; Devlet Hastanesi/Bursa/Türkiye
- Özsoy Fatih; Devlet Hastanesi/Bursa/Türkiye
- **Mehtap Akyol;** Devlet Hastanesi/Bursa/Türkiye

Amaç: Hastanemizdeki Merkezi Sterilizasyon Ünitesinin cerrahi alan enfeksiyonları üzerindeki etkisini ortaya koymak.

Yöntem: Enfeksiyon kontrol komitesinin sürveyans sonuçlarına göre UHESA Ameliyat Tipine Özgü Cerrahi Alan Enfeksiyon Hız Raporları kullanılarak; hastanemizdeki Merkezi Sterilizasyon Ünitesi(M.S.Ü.) kurulmadan önceki dönemin enfeksiyon oranlarıyla M.S.Ü. kurulduktan sonraki dönemim enfeksiyon oranları karşılaştırılmıştır. Hastanemizdeki merkezi sterilizasyon Ünitesi Haziran 2008'de kurulmuştur. Çalışmamızda Ocak-Haziran 2008 raporları (M.S.Ü. kurulmadan önceki dönem) Haziran-Aralık 2008 (M.S.Ü. kurulduktan sonraki dönem) raporlarıyla; 2008 yılı raporları 2009 yılı raporlarıyla kıyaslanmıştır. Hastanemizdeki ameliyat tipine özgü enfeksiyon hız raporları tüm cerrahi branşlar için UHESA tarafından verilmektedir ve M.S.Ü. kurulduktan sonra tüm cerrahi alan enfeksiyonlarında azalma görülmektedir. Bizim çalışmamızda, ortopedi ameliyatlarından sonra görülen cerrahi alan enfeksiyonları karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır.

Bulgular: M.S.Ü. kurulmadan önceki Ocak-Haziran 2008 döneminde UHESA'nın Ameliyat Tipine Özgü Enfeksiyon(CAE) Hız Raporlarına göre kalça protezi cerrahi alan enfeksiyonu görülme oranı %2.1, diz protezi cerrahi alan enfeksiyon oranı % 1.2 dir. Merkezi sterilizasyon ünitesi kurulduktan sonraki Haziran Aralık 2008 döneminde kalça protezi cerrahi alan enfeksiyon oranı %1.6 olarak tespit edilmiş olup diz protezi cerrahi alan enfeksiyon oranında değişim olmamıştır. 2008 ve 2009 yılları karşılaştırıldığında; 2008 yılı UHESA Ameliyat Tipine Özgü Enfeksiyon(CAE) Hız Raporlarına göre kalça protezi cerrahi alan enfeksiyonu görülme oranı %2.0 , diz protezi cerrahi alan enfeksiyonu görülme oranı % 1.2 olarak tespit edilmiştir. 2009 yılı UHESA Ameliyat Tipine Özgü Enfeksiyon(CAE) Hız Raporlarına göre kalça protezi cerrahi alan enfeksiyonu görülme oranı %0.9, diz protezi cerrahi alan enfeksiyonu görülme oranı %1.2 dir.

Sonuçlar: Bu çalışma sonucunda Merkezi Sterilizasyon Ünitesinin hastaneler için vazgeçilmezliği ortaya konmuştur. M.S.Ü. nün kurulması hastanemizdeki cerrahi alan enfeksiyonu görülme oranlarında azalma sağlamıştır, sterilizasyonun tek elden yürütülmesine ve kontrol edilmesine katkı sağlamıştır. Hastanemizde M.S.Ü işleyişini kolaylaştırmak, sterilizasyon güvenliğini ve dolayısıyla hasta güvenliğini sağlamak üzere geliştirilen formların ve uygulamaların, Merkezi Sterilizasyon Ünitemizin etkinliğini arttırdığı düşünülmektedir. Ayrıca bu formlar kayıtların tutulması, kayıtlara tekrar ulaşılabilirlik sağlanmasından dolayı hem çalışan hem de hasta güvenliği konusundaki yasal sorumluluklar için kanıt teşkil etmektedir.

- **HATA TÜRLERİ VE ETKİLERİ ANALİZİ TEKNİĞİNİN İLAÇ UYGULAMA HATALARININ ÖNLENMESİ MODELİNDE UYGULANMASI**
- Mehmet Anıl SÜZER, Mehmet Özgür ÖZHAN, Elvan ULUDAĞ, **Sule SARIKOYUNCU EMRE.**
- Ceyda ÖZHAN, Nedim ÇEKMEN, Mehmet Burak EŞKİN, Ayça BOZOKLU
- **TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi, Ankara, TÜRKİYE**

AMAÇLAR : Hata türleri ve etkileri analizi (HTEA) üretim, tasarım ve hizmet gibi süreçlerde potansiyel hata türlerinin belirlenmesi ve saptanabilirlik ve şiddet derecelerine göre bu hata türlerinin sınıflandırılması için kullanılan bir risk değerlendirme tekniğidir. Biz bu tekniği ilaç uygulama hatalarındaki riskleri belirleme ve önleme amacıyla uyguladık.

YÖNTEM : HTEA süreci birbirini takip eden 3 evrede gerçekleştirildi. İlk olarak *risk önceliği (Risk Öncelik Puanı)* hesaplandı. Daha sonra bir *eylem planı* ortaya kondu ve sonunda eylem öncesi ve sonrası arasında *karşılaştırma* yapıldı. Risk önceliği 3 kategori üzerinden hesaplandı. İlk kategorideki *hatanın ortaya çıkma olasılığı* zaman içerisindeki sıklık ihtimaline göre değerlendirildi. Daha sonra riskin gerçekleşmesi ile oluşan *etki şiddeti* belirlendi. Üçüncü kategoride ise *hatanın saptanabilme olasılığı* ortaya çıkarıldı. Bu üç gruptaki veriler 1-10 arasındaki bir derecelendirme skalası ile derecelendirilmişti. Bu 3 gruptaki değerlendirme kriterlerine uygun biçimde risk faktörleri ortaya konulup derecelendirme skalasındaki değerleri tespit edildi ve bu 3 değer birbirleriyle çarpılarak her hata riski için *risk öncelik puanı* hesaplandı. ($Risk\ Öncelik\ Puanı = Hatanın\ ortaya\ çıkma\ olasılığı\ [1-10] \times Etkinin\ şiddeti\ [1-10] \times Hatanın\ saptanabilirliği\ [1-10]$).

Belirlediğimiz tüm hata riskleri için risk öncelik puanları hesaplandığında ilaç uygulama hataları için toplam risk öncelik puanı 10748 idi. İkinci evredeki eylem planında her hata riski için bir iyileştirici faaliyet ve bu faaliyetin uygulanmasından sorumlu olan personel belirlendi ve uygulama başlatıldı.

BULGULAR : 3 ay sonra aynı risk faktörleri değerlendirildi ve yeni risk öncelik puanları hesaplandı. Buna göre yeni değer 3117 idi. Bu sonuçta göre iyileştirici faaliyetler ile potansiyel riskin % 70 oranında azaltıldığı bulundu.

SONUÇ : Bu çalışmamızın sonucunda uygulama kolaylığı, muhtemel risklerin tamamının saptanabilmesi, her risk faktörü için ayrı bir iyileştirme faaliyetinin belirlenmesine imkan tanınması nedeniyle hata türleri ve etkileri analizinin etkin, güvenilir ve kullanışlı bir analiz tekniği olduğu sonucuna vardık.

TÜRKÇE SÖZLÜ BİLDİRİLER -4-

- **BİR SAĞLIK İŞLETMESİ OLAN AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE RISK YÖNETİMİ: SÖKE AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ**
- Sibel Altıntop Güleç , **Kifaye Aslan Dalmış** , Hakan Ölçüm , Ece Eden

Özet : Sağlık alanında tıbbi hataların önemli bir sorun olması ve hasta güvenliği kavramının önem kazanması ile birlikte ortaya çıkan bir diğer kavram da risk yönetimidir. Hastaneler, sağlık işletmeleridir ve her işletme de olduğu gibi bu kurumlarda da yönetilmesi gereken riskler vardır. Son yıllarda risk yönetiminin temel esasları hem hasta güvenliğinin sağlanmasında, hem de sağlık kurumlarının yönetimlerinde kullanılmaya başlanmıştır. Risk yönetimi, sadece sistemdeki hataları önleyerek hasta güvenliğini sağlayan bir program değil, aynı zamanda yapılan hatalardan ders alarak sağlık hizmeti verenleri ve kurumları da koruyan, proaktif bir yaklaşımdır.

Sağlık kurumlarındaki riskler tıbbi, finansal, hukuksal riskler ve kurumsal itibar ile ilgili riskler olarak gruplandırılabilir. Bu durumda sağlık kurumlarında risk yönetimi, hastalara, ziyaretçilere ve çalışanlara zarar verebilecek, çevrenin güvenlik ve emniyetini tehlikeye atabilecek ve hukuksal açıdan işletmeye finansal zarar verebilecek olası durumlardaki riskleri tanımlayıp önlem almayı içeren bir yönetim biçimi olarak tanımlanabilir.

Günümüzde, gelişen teknoloji, rekabet, yeni iş ve yönetim anlayışları, müşteri beklentileri ve hizmet kavramı sağlık kurumlarını da etkilemiş ve sağlık alanında yeni hizmet alanları oluşturmuştur. Toplumun ağız ve diş sağlığı konusunda, koruyucu ve önleyici tedbirler alan Ağız-Diş Sağlığı Merkezleri de bu yeni hizmet alanlarındandır. İlgili yazın incelendiğinde ve istatistiksel verilere bakıldığında, risk yönetiminin işlevlerinden birinin de hasta güvenliği ve kalitenin sağlanması olduğu görülecektir. Bu noktadan hareketle, bir sağlık işletmesi olan Söke Ağız-Diş Sağlığı Merkezinde yönetilmesi gereken riskler belirlenmiş ve risk yönetimi teknikleri kullanılarak hem hasta güvenliğinin, hem de kaynakların etkin kullanımının sağlanarak nasıl daha kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirilebileceği sorusuna yanıt aranmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İşletmesi, Risk, Risk yönetimi, Ağız-Diş Sağlığı Merkezi.

- **KARDİYOPULMONER CANLANDIRMA SÜRECİNİN İZLENMESİ**
- **Ayşe Gürel**, İsmail Gökyar, Sinan Tıraş, Nazmiye Koyuncu, Ayfer Bahtiyar, Hilal Şekerci, Sadife Sancar
- Bayındır Hastanesi, Ankara, Türkiye

AMAÇ: Bu çalışma, Bayındır Hastanesi Anesteziyoloji Bölümü ve Kardiyopulmoner Canlandırma (CPR) Komitesi tarafından, kardiyak arrest ve kardiyopulmoner canlandırma süreci ile hasta çıktılarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM: Hastanemizde 2009 yılı süresince toplanan CPR verileri geriye dönük olarak analiz edilmiştir. Verilen hizmetin ölçülmesinde "Code Blue Ekibi Veri Toplama Formları" kullanılmıştır. Formlardan elde edilen veriler "Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) 13.0 Windows versiyonu kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR: Yukarıda belirtilen dönem içinde toplam 115 kez "Code Blue" alarmı verilmiştir. Bu alarmların 45'inin (%39) kazayla verilmiş veya sistemden kaynaklanan yanlış ikazlar olduğu anlaşılmıştır. Geri kalan alarmların 56'sı (%80) kardiyak arrest, 4'ü (%5,7) solunum arresti, 9'u (%12,9) hastanın genel durumunun bozulması ve 1'i (%1,4) primer hekiminin talebi üzerine verilmiştir. Kalp ve solunum durması nedeniyle alarm verilen hastaların 27'si (%45) kadın, 33'ü (%55) erkektir. Hastaların 51'i (%85) tanıklı arresttir. Lokalizasyon olarak en çok Genel Yoğun Bakım Servisi'nden (%58,3) alarm verilmiştir. Bunu yataklı servisler (%22), Acil Servis (%12), ve Koroner (%5) Yoğun Bakım Servisi izlemektedir. Olguların %55'inde kardiyak kompresyonlar hekim, %37'sinde hemşire tarafından başlatılmıştır. Hastaların 39'u (%65) girişime yanıt vermiş ve spontan dolaşım dönmüştür.

CPR uygulanan hastalarla ilgili ölçülebilir değişkenlerin ortalamaları aşağıdaki tabloda (Tablo 1) belirtilmiştir.

Tablo 1. Bayındır Hastanesi CPR Kalite Endikatörleri

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
YAS	55	15	96	68,25	19,560
EKIPTOPLANMASURE (dak)	60	,00	5,00	1,7000	1,19745
KOMPBASLAMASURE (dak)	53	,00	5,00	,6038	1,14924
DEFIBRILASYONSURE (dak)	8	,00	5,00	2,7500	1,90863
ADRENALINVERİLMESİ (dak)	44	,00	6,00	1,7500	1,69986

SONUÇ: Sonuçlarımız, American Heart Association tarafından belirlenmiş standartlara uyum göstermektedir. Veri toplama formlarında arrestten önce ve sonraki Glasgow koma skorları ve arrestten 6 saat önceki vital bulguların eksik girildiği görülmüş ve bu sürecin 2010 yılında iyileştirilmesi planlanmıştır.

- **İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİNDEKİ MEDİKAL CİHAZLARIN KALİTE KONTROL SİSTEMİ**
- **Sezdi Manâ**
- İstanbul Üniversitesi, Biyomedikal Cihaz Teknolojisi, İstanbul, Türkiye

Amaç:

Hasta güvenliği konusunda göz önünde bulundurulması gereken en önemli nokta, hastaların direkt maruz kaldığı teşhis ve tedavi amaçlı cihazlara karşı güvenliklerinin sağlanmasıdır. Tıbbi cihazların güvenilirlikleri ve çalışma performansları, medikal kalibrasyon ölçümleri ile kontrol edilmektedir.

Medikal kalibrasyon, medikal cihazların uluslar arası standartlara uygun olup olmadığının saptanması, varsa hataların belirlenmesidir.

Bu çalışmada, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesindeki Genel Cerrahi, Çocuk Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Kadın Hastalıkları, Kardiyoloji, Nöroloji, Nöroşirürji ve Ortopedi Ana Bilim Dallarında bulunan 33 kalemden oluşan toplam 1094 adet medikal cihaz, kalibrasyon ölçümlerine tabi tutulmuş, elde edilen ölçüm değerlerine göre istatistik sonuçlar çıkarılmıştır. Kalibrasyon ölçümleri, ECRI (Emergency Care Research Institute) tarafından geliştirilmiş "Inspection and Preventive Maintenance System" prosedürlerine göre yapılmış, ölçüm sonuçları yine bu prosedürlerde belirtilen tolerans değerlerine göre yorumlanmıştır. Öncelikle, her bir kalem cihaz, kendi arasında değerlendirilmeye alınmış, sözcüğüne cihazdan kaç tanesi uluslararası standartlara uygun çalışıyor, kaç tanesinde problem var saptanmış, sonrasında da problemin çeşitliliği üzerinde çalışılarak, daha çok hangi tür sorunların görüldüğü üzerinde durulmuştur.

Böyle bir çalışma ile amacımız, tıp fakültemizdeki tıbbi cihazların ölçüm sonuçlarından emin olmak, periyodik kontrollerle cihaz ölçüm hassasiyetinde meydana gelen değişimleri takip edebilmek ve istatistik sonuçlarına göre cihaz problemlerine daha seri müdahale edebilmek, cihazların uluslararası standartlara uygunluğunu sağlamak dolayısıyla da hastaya daha kaliteli, daha güvenli bir sağlık hizmetinin sunulmasını garantilemektir.

Yöntem: Bu proje için, öncelikle cihaz envanterimizin girildiği, kalibrasyon ölçüm yorumlarının belirtildiği ve bu dataya göre istatistik incelemeleri yapabildiğimiz, modifiye edilebilir bir tasarım oluşturulmuştur. Kullanılan dinamik diller ile sisteme veri girişi yapılabilmekte, var olan veri silinebilmekte ve değiştirilebilmektedir. Bu sayede alınan istatistik grafikler var olan güncel dataya göre şekil alabilmektedir. Kalibrasyon ölçümleri tamamlandıktan ve ölçüm sonuçları yorumlandıktan sonra, tüm veriler, cihazın bulunduğu birim, biyomedikal numarası, cihazın adı, markası, modeli, seri numarası, kalibrasyon ölçüm sonuçlarına göre durumu (standartlara uygun yada değil), uygun değilse cihazın problemi şeklinde sütunlardaki uygun yerlere girilmektedir. Bu veriler, parametre parametre filtrelenerek sadece ilgili parametreye ait verilere ulaşılabilmektedir. Seçilen herhangi bir cihaza ait veriler, çubuk grafiklerle adet sayısına göre toplam sayıya olan yüzdelik ifadeleriyle gösterilebildiği gibi, pasta grafik ile de gösterilebilmektedir. Ayrıca ilave parametreler istenildiğinde, yapılacak güncelleme ile parametreler artırılabilir veya azaltılabilir.

Sonuç: Cihazda hangi tür problemlerle karşı karşıya kalındığının bilinmesi, uygun periyodik bakımla cihaz arıza yapmadan gerekli tedbirin alınmasına ve ihtiyaç duyulabilecek sarf malzeme yada yedek parçanın sürekli stokta bulundurulmasına imkan sağlamaktadır. Böylelikle cihazın hastaya kullanımı sırasında oluşabilecek problemlerin önüne geçilerek, hasta güvenliği de sağlanmış bulunmaktadır.

• YENİDOĞANIN DÜŞÜRÜLMESİNİ ÖNLEMEDE BİR RİSK ANALİZİ ÇALIŞMASI

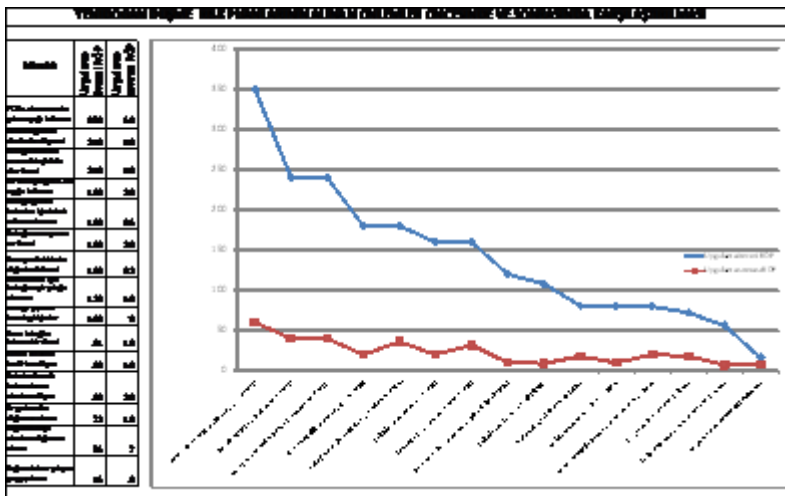
- **Ayfer Bahtiyar**, Selma Çöpçü, Özluşen Demircan, Serpil Aydoğan, Özlem Aktürk, Faruk Abike, Sinan Tıraş
- Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye

Amaç: Hastanelerimizin kuruluşundan itibaren, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Yenidoğan Bölümü hizmet vermektedir. Yenidoğan bakım hizmeti sunumunda herhangi bir yenidoğan düşmesi yaşanmamasına rağmen, yenidoğanın yurt içinde ve yurt dışında düşürülmesine yönelik örneklerle karşılaşılabilir. Bu çalışmada, yenidoğanın düşürülmesini önlemek amacıyla, süreçteki riskler analiz edilmiş, proaktif önlemler geliştirilmiş, yenidoğanın düşürülme riskinin hiç olmaması veya mümkün olan en az düzeye indirilmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Yenidoğanın düşürülmesini önlemek amacıyla yapılan bu proaktif çalışmada doğum süreci başlamadan hemen önce, doğum eylemi aşamasında, yenidoğanın transferinde ve yenidoğanın bakım sürecinde düşürülmesini önlemek amaçlanmıştır.

Kurum Kalite İyileştirme çalışmaları kapsamında süreçte yer alan çalışanlardan oluşan bir Kalite İyileştirme Takımı kurulmuştur. Bu takım sürecin tüm aşamalarını tanımlamıştır. Hataların oluşmadan önlenmesini sağlayan yapıcı ve önleyici bir yaklaşım olan "Potansiyel Hata Türü ve Etkileri Analizi" (Failure Mode and Effects Analysis FMEA) yapılmış, riskler belirlenmiş, risklere yönelik önlemler geliştirilmiştir. Sürecin önlem öncesi ve önlem sonrası puanlandırılmıştır. Puan verilerek yapılan değerlendirme sonucunda yenidoğanın düşürülme riskinde anlamlı bir azalma görülmüştür.

Sonuç: Sürecin tamamını içeren bir prosedür yazılmış, yenidoğan düşme riski değerlendirme skalası oluşturulmuştur. Kurum hasta güvenliği politikası kapsamında, yenidoğan düşme riski değerlendirmesi altıncı vital bulgu olarak izlenmeye başlanmıştır. Aşağıdaki grafikte görüldüğü gibi risklere yönelik alınan önlemlerin riskleri azalttığı gözlenmiştir.



TÜRKÇE SÖZLÜ BİLDİRİLER -5-

- **HASTA GÜVENLİĞİ ENDEKSİ ARACILIĞIYLA GİRESUN PROF.DR. A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNİN ÖZ DEĞERLENDİRME İLE HASTA GÜVENLİĞİNİ GELİŞTİRMESİ**
- Başhekim Opr. Dr. Ahmet Bal, **Tıb. Tek. Aynur Çalış**, Hem. Hatice Yılmaz, Tıb. Tek. Resmîye Memiş, Tıb. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

Çalışmanın Amacı: Kaliteli hizmet anlayışı ile hizmet veren kurumumuzda Hasta güvenliği kùltürünü oluşturulması ve yerleştirilmesi için yapılan çalışmaları öz değerlendirme yaparak durumumuzu saptamak, iyileştirme alanlarını belirleyerek hasta güvenliği uygulamalarını ve kùltürünü yerleştirmek.

Yöntem: Hasta Güvenliği Derneği tarafından oluşturulan Hasta Güvenliği Endeks Versiyon 01 kullanılarak öz değerlendirme yapılmıştır.

Endeks 18 Hasta Güvenliği Hedefi ve 23 alanı kapsamaktadır. 209 kriter ve 1229 ağırlık puanı ile 3687 tavan puandan oluşmuştur. Değerlendirmede 0.1.2.3 şeklinde puanlama yapılmıştır. Hastanemizde 1 kriter uygulanmadığından bu kriter değerlendirme dışı tutularak 208 kriter üzerinden 3666 tavan puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Ayrıca yapılan öz değerlendirme sonucuna göre mevcut durum ve iyileştirilecek hasta güvenliği hedef ve alanları belirlenmiştir.

Bulgular: Hastanemizin hasta güvenliği endeksi ile yapılan öz değerlendirme sonuçlarına göre 3666 puan 208 kriter üzerinden 2844 puan ile % 77,58 oranında hasta güvenliği hedeflerine ulaşıldığı gör÷lmektedir.

Hasta Güvenliği Hedeflerin incelenmesinde; beklenmedik tehlikeli olaylara yönelik hiç çalışma olmadığı, Cerrahi yanıkların önlenmesi" % 22,58 oranla en d÷şük hedef olduğu, bu hedefleri ise "Yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi" %63,40, "Fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddetin önlenmesi" % 67,86, "İlaç güvenliğinin sağlanması" % 68,25, hedefleri izlemektedir. "Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi" ve "Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi", "Hasta mahremiyetinin korunması, fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddetin önlenmesi" hedeflerinde ki çalışmaların yeterli olduğu diğer hedeflerde ise iyileştirmeler gerektiği belirlenmiştir.

Sonuç: Yapılan öz değerlendirmedeki % 77,58 oranın hastanemizde, hasta güvenliğine yönelik farkındalığın olduğu göstermekle beraber yapılması gereken çalışmalarda bize yol haritası çıkartmıştır. Bu farkındalık; 2004 yılından buyana yürüttüğümüz kalite çalışmalarının ve Hizmet Kalite Standartlarında belirlenen hasta güvenliği standartlarını ile Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında ki teblię⁶ uyarınca yapılan çalışmalarla oluşmuştur.

Ancak "Beklenmedik tehlikeli olaylara yönelik çalışmalar yapılması" hedefi hastanemizde iyileştirme gerektiren en önemli hedef durumundadır. Bu aynı zamanda hasta güvenliğinin en önemli sorunlarından biridir. Bu konu da Hizmet Kalite standartlarında ve Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında ki tebliğ de hiç hüküm olmaması hastanemizde bu konudaki çalışmada ki zorluğumuzu göstermektedir.

Kurum kalite kùltürü ve Hizmet Kalite Standartları ile oluşan hasta güvenliği bilincinin, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında ki tebliğ ile yasal şartlarına ulaşarak hastanemizde hasta güvenliği kùltürü oluşturma düzeyine yükseltmektedir. "Beklenmedik tehlikeli olaylara yönelik çalışmaların yapılması" hedefine yönelik hizmet kalite standartları ve tebliğ ile düzenlenmesinin kurumlarda hasta güvenliği kùltürünün yerleştirilmesinde daha etkili olacağı düşün÷lmektedir.

Hasta güvenliği endeksi aracılığıyla yapılan öz değerlendirme çalışmasının hastanemizde hasta güvenliği çalışmalarının durumunu saptamamıza ve iyileştirme için odaklanmamız gereken çalışmaları belirmemizi sağlamıştır. Bu tür değerlendirme ölçeklerinin yaygın olarak kullanılmasının objektif değerlendirmelerle, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelime: Hasta Güvenlięi¹, Öz değerlendirme 2, Sürekli iyileřme³

- **UYGUNSUZLUK BİLDİRİMLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**
- Başhekim Op. Dr. Ahmet Bal, **Hem. Hatice Yılmaz**, Tıb. Tek. Aynur Çalış, Tıb. Tek. Resmîye Memiş, Tıb. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

Amaç: Hastanemizdeki 2004 – 2009 yılları arası uygunsuzluk bildirimlerinden hasta güvenliğini ilgilendiren istenmeyen olayların raporlandırılması yönünden incelenmesi.

Önem: Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır. Ancak tüm bu hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan tespit edilmelidir. Bu da uygun raporlandırma ile olasıdır. Raporlandırmanın, hemen deşifre edilmeyen, cezalandırıcı olmadan kişilerin hata bildirimini teşvik edici, bildirim yapan personeli koruyucu bir yapıda olması tercih edilir. Zorunlu tıbbi hata bildiriminden çok gönüllü bazda hata bildirimine odaklanmak ana stratejilerden birisi olmalıdır. (Akgün ve Al-Assaf, 2007:44).

Yöntem: 2004 yılında Kalite Yönetim Sistemi gereği oluşturulan, uygun olmayan ürün prosedürüne göre, Uygunsuzluk Tespit Formu ile 2004 – 2009 yılları arasındaki uygunsuzluk bildirimlerinden; hasta güvenliği açısından risk oluşturan istenmeyen olaylar gruplandırılarak, retrospektif incelendi.

Bulgular: 2004 – 2009 yılları arasında bildirilen 766 uygunsuzluk incelendiğinde 251 uygunsuzluğun hasta güvenliğini ilgilendiren istenmeyen olaylara ait olduğu, bunun da % 32,77 oranında olduğu gör÷lmüştür. Bu bildirimlerin; % 15'nin Güvenli Cerrahi Uygulamalarına,

% 11'nin Hastane Enfeksiyonlarına, % 5'nin Çalışanların İletişim Eksikliğine, % 11'nin Tedavi Bakım ve İşlemlere, %2'nin Hasta Transferine, % 18'nin Tesis Güvenliğine, % 13'nün Hatalı Tetkiklere, % 12'nin Bilgi Güvenliğine ve % 13'nün İlaç ve Malzeme uygunsuzluğuna yönelik olduğu,

Yıllara göre; bildirilen uygunsuzluklar incelendiğinde; 2004 yılındaki 181 bildirim % 14'nün, 2005 yılında ki 189 bildirim % 40'nın, 2006 yılındaki 258 bildirim % 37'nin, 2007 yılındaki 91 bildirim % 38'nin, 2008 yılındaki 33 bildirim % 45'nin 200 yılındaki 14 bildirim % 36'nın hasta güvenliğini ilgilendiren istenmeyen olaylara yönelik olduğu gör÷lmektedir.

Sonuç: Yıllara göre uygunsuzluklar incelendiğinde; uygunsuzluk bildirimlerin azalmış olmasına rağmen, hasta güvenliğini ilgilendiren, istenmeyen olayların bildiriminin toplam uygunsuzluk bildirimlerine göre artmış olduğu, 2009 yılında ise azaldığı gör÷lmektedir. Çalışmamızda, hasta güvenliğini tehdit eden yüksek riskli uygunsuzluk tespit edilmemiştir.

Hastanemizde 2004 yılında Kalite Yönetim Sistemi gereği oluşturulan, Uygun Olmayan Ürün Prosedürüne göre, Uygunsuzluk Tespit Formu ile hasta güvenliğini ilgilendiren, istenmeyen olayların raporlandırılması, değerlendirilmesi, giderilmesi ve tekrarının önlenmesi için faaliyetler, bildirim anında başlatılmaktadır. Sistematiik olarak izleme, analiz ve değerlendirme ile hasta sağlığı anlamında çıktılar en üst düzeye taşımının önemi ve Hizmet Kalitesi Standartlarına göre 2008 yılında Hasta ve Çalışan Güvenliği Komiteleri kurulmuş gerekli çalışmalar ve eğitim faaliyetleri devam etmektedir.

29 Nisan 2009 tarihinde Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ'in yayınlanmıştır. Tebliğ, hasta güvenliği konusunda yapılacak çalışmalara yol göstermesi yönünde katkı sağlamanın yanı sıra zorunlu hale getirilmesi ile hasta güvenliği kùltürünün oluşmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelime: Hasta Güvenliği 1, Tıbbi Hata 2, Uygunsuzluk Bildirimi 3

- **HASTA DÜŞMESİNİ ÖNLEMEDE YENİ BİR YÖNTEM: ELEKTRONİK UYARI SİSTEMİ**
- **Ayfer Bahtiyar**, Hilal Şekerci, Ayhan Arısan, Süleyman Özer, Gökay Şakiroğulları, Tevfik Tezcaner, Yaman Zorlutuna
- Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye

Amaç: Hasta bakımı sunan kurum ve kuruluşlar, nitelikli sağlık bakımı sunmanın yanı sıra hasta güvenliğini sağlamakla yükümlüdürler.

Bu yükümlülüğün yerine getirilebilmesi için gereken önlemlerin alınmasında

Hasta güvenliğinin sağlanmasında en etkili yöntem bakım ortamındaki risklerin tanımlanarak gerekli önlemlerin alınmasıdır.

Hasta güvenliği hedeflerinden birisi hastaların düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskinin azaltılmasıdır. Etkisi ve şiddeti itibarıyla düşme "beklenmedik olay" olarak tanımlanmaktadır. Düşme sonucu hastalar ciddi zararlar görebilmekte, planlanan tedavi sürecini uzatmakta, hastanın sakatlanmasına, bazı vakalarda da kaybına neden olmaktadır. Bu çalışmada, teknolojik sistemlerin kullanılarak hastaların düşmesinin önlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanelerimizde hasta düşmesini önlemede kullanılan yöntemlerden biri ve yeni bir yöntem olan elektronik uyarı sistemi 2009 yılı eylül ayından itibaren uygulanmaya başlanmıştır.

Yeni bir yöntem olan "elektronik uyarı sistemi" Tıbbi Hizmetler Direktörü / Kalite Koordinatörü önerisi üzerine Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Komitesi çalışmaları kapsamında tasarlanmış, teknolojik yapılandırması Teknik Hizmetler Bölümü tarafından gerçekleştirilmiştir.

Elektronik uyarı sistemi: Hasta yatağı başında manyetik tetikleme sistemine sahip cihaz, cihazdaki alarmı tetikleme sağlayan hasta bağlantı ipi ve hemşire bankosuna yerleştirilen hasta odası numarasını gösteren, sesli uyarı paneli bölümünden oluşturulmuştur.

Yatarak tedavi alan her hastanın düşme riski değerlendirilir. Yüksek risk puanı alan hastalar elektronik uyarı sistemi ile izleme alınır. Hasta yatağı içinde hareket edebilme mesafesinde ip uzunluğu ayarlanarak hastanın giysisine ipin ucundaki klips takılır. Yataktan ayrılması riskli olan hasta yatak dışına çıkmak istediğinde gerilen ip mıknatısı cihazdan ayrılarak alarm sistemini çalıştırır. Bu ayrılma bilgisi hemşire bankosundaki panele sesli uyarı ve görüntülü olarak gelir hastanın hemşiresi uyarı bilgisini alır almaz hastanın odasına gider, hasta yatak dışına çıkmadan önlem alır. Yüksek riskli puan alan hastaların tek başına yataktan kalkmaları düşme riski yaratacağı için hemşiresi tuvalet vb. ihtiyacında hastanın yanında olarak düşme riski önlenmiş olur. Uyarı sistemi yalnızca hemşire hasta odasına gittiğinde kapatılabilmektedir.

Sonuç: Hastanelerimizde, hastaların düşme riski altıncı bulgu olarak izlenmekte, hastanın risk puanına göre önlem alınmaktadır.

Bu çalışmada ve uygulamada da görüldüğü gibi teknolojik çözümler gerektiği gibi tasarlanmaları ve kullanımları durumunda hasta güvenliğini sağlamada, hastaların düşmesini önlemeye etkin olmaktadır.

Hasta düşmeleri 2006 yılından beri endikatörle izlenmekte, elektronik uyarı sistemi diğer yöntemlerle birlikte kullanılmaya başlandığında, endikatör sonuçlarına göre düşme oranında belirgin düzeyde azalma görülmektedir.

- **TEMEL YAŞAM DESTEĞİ (MAVİ KOD) ALGISI**
- Başhekim Opr. Dr. Ahmet Bal, **Resmiye Memiş**, Hastane Md. Hayrettin Kılıç, Tıb. Tek. Aynur Çalış, Adnan Yıldız, Hatice Yılmaz, Süleyman Fatih Menevşe
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi/Giresun/Türkiye

Amaç: Hastanemizde oluşturulan Mavi Kod ekibinin çalışmalarını inceleyerek, durum tespiti yapmak, iyileştirmemiz gereken alanları belirleyerek iyileştirme stratejilerini geliştirmektir.

Önemi: Kardiyak arrest tedavisinde yapılacak işlemlerin tamamı kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) olarak adlandırılmaktadır. Erken CPR uygulaması VF den kaynaklanan ani kardiyak arrestte sağkalımı 2-3 kat artırabilir. 3. Erken defibrilasyon: Kollapsi takip eden 3-5 dakika içinde CPR+erken defibrilasyon sağkalım oranını % 49-75'e kadar yükseltebilir. Defibrilasyonda her bir dakikalık gecikme sağkalım şansını %10-15 azaltır (Özkalkanı2009).

Yöntem: 2009 yılı Kasım ayı dahil Mavi Kod ekibi çalışmaları retrospektif incelendi.137 adet Mavi Kod Olay Bildirim Formu ele alınarak çağrı yapan ünite / servis, vaka sayısı, ulaşma süresi, müdahale süresi ve sonuç açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastanemizde; çalışmanın yapıldığı 2009 yılı 11 aylık dönemde ayaktan 482,741 hasta, yatarak 17,408 hasta tedavi edilmiş, ancak yatarak tedavi gören 137 hastaya

Mavi Kod çağrısı yapılmıştır. Poliklinik, bahçe, kantin vb. yerlerden Mavi Kod çağrısı olmamıştır.

CPR uygulanan 137 hastanın 92 tanesi geri döndürülerek tedavisine devam edilmiş, 45 tanesi ise ex olmuştur. Asabiye Servisin 2,3 dakikada, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesine 1,8 dakikada, Acil Ünitesine 2,7 dakikada, Koroner Yoğun Bakım Ünitesine 3,1 dakikada, Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine 1,1 dakikada, Beyin Cerrahi Servisine 1,6 dakikada, Dahiliye Servisine 2,8 dakikada, Kardiyoloji Servisine 1,6 dakikada, Göğüs Hastalıkları Servisine 3 dakikada, İntaniye Servisine 2 dakikada, Plastik Cerrahi Servisine 1,3 dakikada, Göğüs Cerrahi Servisine 3 dakikada, Hariciye ve Ortopedi Servisine 2 dakikada ulaşıldığı tespit edilmiştir. En kısa ulaşım ortalamasının Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine olduğu, bunun da yerleşimi itibarı ile Anestezi Ünitesine en yakın ünite olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İncelenen 137 vakaya ulaşma süresi ortalama 2,17 dakika olarak tespit edilmiştir. Denizli Devlet Hastanesinde yapılan çalışmada vakaya ulaşma süresi 8 dakika olarak belirtilmiştir (Canural vd.,2009:105). İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan çalışma da ise vakaya ulaşım süresi 4.02±2.51 olarak bulunmuştur (Koltka vd., 2008:366).Vakaya ulaşma süremiz ortalama 2,17 dakika ile ortalamaların üzerinde olduğu görülmektedir.

Sonuç: Hastanemizde; Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi ekinde belirlenen Hizmet Kalite Standartlarının Hasta Çalışan Güvenliği kapsamında Mavi Kod Ekibi kurulmuştur. Mavi Kod çağrıları santral üzerinden 7 gün 24 saat olarak yapılmaktadır. Mavi kod uygulamasında kullanılmak üzere servis ve ünitelerde var olan Acil Arabalarının sayısı artırılmıştır. Olması gereken tüm ilaç ve malzemeleri tanımlanarak, günlük kontrolleri yapılarak kullanıma hazır halde bulundurulması sağlanmıştır. Ayrıca Mavi Kod ekibinden anestezi teknisyeninin, Acil Müdahale çantasını olay yerine götürmesi sağlanmıştır. Servis ve ünitelerde bulunan hemşireler mavi kod ekibinin doğal elemanı olarak görev yapmaktadır. Mavi kod müdahalesi bitiminde Mavi Kod Olay Bildirim Formu doldurularak istatistik birimine verilmektedir. Ortalama 2,17 dakika olan Mavi kod çağrısına ulaşma süresini azaltma yönündeki eğitim çalışmalarımız devam etmektedir.

Anahtar Kelime: Mavi Kod 1, Yaşam Desteği 2, Ulaşma Zamanı 3

- **VARDİYA SİSTEMİ İLE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DİKKAT DÜZEYLERİ**
- **Peker Ayfer;** Devlet Hastanesi/Bursa/Türkiye
- Karaöz Süreyya; Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu/ İzmit/Türkiye

Amaç: 8 saat,16 saat ve 24 saat çalışan hemşirelerin, çalıştıkları vardiyalarda dikkat düzeylerini değerlendirmektir.

Yöntem: Uygulamanın yapıldığı hastanede vardiya sistemiyle çalışan tüm hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Ameliyathane, acil servis ve polikliniklerde farklı çalışma biçimlerinin olması, yoğun bakım ünitelerinin çalışma koşullarının farklılığı nedeni ile bu klinikler araştırma kapsamına alınmamıştır. Farklı vardiyalarda değerlendirilecek hemşireleri belirlemek için basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya katılacak kişilere; çalışmanın amacı, yürütülüş şekli ve yararları açıklanarak onayları alınmıştır. Araştırma kapsamındaki 141 hemşireden 6 hemşire araştırmanın yapıldığı süre içerisinde izinli olduğu için, 18 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmediği için, 08-08 vardiyasında 36 hemşire, 16-08 vardiyasında 36 hemşire ve 08-17 vardiyasında 45 hemşire

olmak üzere toplam 117 hemşire üzerinde çalışma yapılmıştır. 08-17 vardiyasında çalışanlara 12.00-13.00 saatleri arasında; 16-08 ve 08-08 vardiyalarında çalışanlara 04.00-05.00 saatleri arasında hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini ve dikkati etkileyen çeşitli faktörleri sorgulayan bir değerlendirme formu, dikkat, öğrenme ve kısa süreli belleği değerlendiren Sayı Dizileri Öğrenme Testi (SDÖT), sözel dikkat ve dikkati sürdürmeyi değerlendiren Digit Span Test (Sayı Menzili Testi), görsel dikkati değerlendiren Corsi Blok Test ve dikkati sebatli bir şekilde sürdürmeyi, uygunsuz yanıtı ketlemeyi değerlendiren Stroop Test sırasıyla uygulanmıştır. Veriler istatistiksel paket programda değerlendirilmiştir.

Bulgular: Gruplar, yaş, öznel uyku kalitesi, uyku süresi, algılanan stres anksiyete düzeyi, iş yükü açısından benzer bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, 08-17 vardiyasının dikkat düzeyinin 16-08 vardiyasından daha iyi olduğu (Tek yönlü varyans analizi, p: 0,005); 16-08 vardiyasının dikkat düzeyinin de 08-08 vardiyasından daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Tek yönlü varyans analizi, p: 0,005). Dikkati etkileyen diğer faktörler açısından her grup kendi içinde sorgulandığında; yaş, uyku bozuklukları, psikiyatrik ve nörolojik bozukluklar, iş yükü, stres/anksiyete düzeyi, çalışma saatleri içerisinde dinlenme olanağı bulma durumlarının dikkat düzeylerini etkilediği tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada, çalışma süresi uzadıkça hemşirelerin dikkat düzeylerinde azalma görüldüğü belirlenmiştir. 08-17, 16-08 ve 08-08 vardiyalarında çalışan hemşirelerin tüm testlerden aldıkları puanların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Uyku bozukluğunun, nörolojik ve psikiyatrik problemlerin, ileri yaşın, aşırı iş yükünün, yüksek stres ve anksiyetenin, vardiya süresince dinlenme olanağı bulamamanın dikkat düzeyini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Çalışma biçimleri ve koşulları belirlenirken bu faktörlerin dikkate alınmasının, çalışan ve hasta güvenliğine katkılar sağlayacağı kanısındayız.

FİRMA SUNUMLARI

- **Hastane çamaşırlarının taşıdığı riskler**
- **Velaaddin Kılıç**
- **Kimya Mühendisi, JohnsonDiversey Teknik Müşteri Hizmetleri ve Eğitim Müdürü**

Sağlık kuruluşlarında kullanılan çamaşırların taşıdığı hijyen risklerinin yüksekliği, hem bu çamaşır grubunun yıkama işlemlerinde, hem de alınması gereken kişisel sağlık ve güvenlik önlemlerinde diğer çamaşır gruplarına göre daha farklı bir yaklaşımı gerektirir.

Yapılan araştırma ve ölçümler, hastanelerin, tüm dünyada yüksek hijyen riski taşıyan birimlerin başında geldiğini göstermektedir. Bu riskleri en aza indirmek için "Hastane Hijyeni"nin bir bütün olarak ele alınması ve enfeksiyon kontrolünün en önemli halkalarından biri olan çamaşır hijyeninin bu bütün içinde hakettiği yeri alması zorunludur.

Hastane çamaşırhanelerinde hijyenik şartların oluşumunu sağlamak için yöneticilerin yapması gereken şey, gerekli standartların sağlanması ve korunmasıdır. Bu doğrultuda, çamaşırların toplanması, taşınması, yıkanması ve depolanması aşamalarında enfeksiyon kontrolünün sağlanması ve çapraz bulaşmaya karşı önlem alınması gerekir.

Temizlik döngüsü içinde çamaşırlar ile herhangi bir nedenle teması olan personel enfeksiyonlara karşı riskli kabul edilmeli ve bu çamaşırlar ile nasıl işlem yapacakları düzenli olarak yapılacak eğitim programları ile bilgilendirilmeli ve kritik noktalarda çalışan personel için bir aşılama programı uygulanmalıdır. El hijyenine özen göstermek, temizlik programlarına uymak, su kalitesini izlemek ve çapraz bulaşmaya karşı önlem almak hijyen güvenliğini artırır.

Kitabın diğer bölümlerinde çamaşır ve çamaşırhaneler için anlatılan her şey hastaneler için de geçerlidir. Bunlara ek olarak dikkate alınması gereken bir dizi önlem daha vardır. Bunlar:

Çamaşırların toplanması :Hastane çamaşırları içinde insanlara, çamaşır yüküne ve makinelere zarar verebilecek enjeksiyon iğnesi, neşter, kopça vb delici ve kesici aletlerin bulunma riski yüksek olduğundan toplama, ayırma ve yükleme işlemlerinde dikkatli olunmalıdır.

Hastane çamaşırlarında renk, leke ve kir durumuna göre bir sınıflandırma yapmak gereksizdir; bulaşma riskleri öncelik taşımalıdır. Vücut salgıları ile kirlenmiş çamaşırlar personel tarafından kullanım yerlerinde el temasını en aza indirecek şekilde ve sınıflandırılmadan toplanmalı; sınıflandırmada sadece çamaşırların yıkama programlarına dayanıklılığı dikkate alınmalı ve doğrudan çamaşır makinelerine yerleştirilmelidir.

Enfekte çamaşır deyince, eskiden, salmonella, dizanteri, hepatit A-B-C, tüberküloz, HIV gibi enfeksiyonlar ve personel açısından risk oluşturduğu kabul edilen hastalıkları taşıyan hastaların kullandığı çamaşırlar akla gelirdi. Günümüzde bu tanımın anlamı genişletildi ve vücut salgıları içeren tüm çamaşırlar bu kapsamda değerlendirilmeye başlandı. Bu tür çamaşırların, suda çözünbilen renk kodlu torbalara konulması ve üzerlerine nereden geldiğini gösterir etiketler konulması önemlidir. Ağızları sıkıca kapatılan bu iç torbalar açılmadan çamaşır makinesine atılmalı, dış torbalar ise diğer çamaşırlar ile birlikte yıkanmalıdır.

Gelen çamaşırlar çamaşırhanede uzun süre bekletilmeden yıkanmalı, aynı şekilde temizlenen çamaşırlar da çamaşırhaneden depolama ve/veya dağıtım alanlarına taşınmalıdır.

Dezenfeksiyon : Yıkama işlemlerinde çamaşırlar, kimyasal ve/veya termal yoldan dezenfekte edilmeli, ameliyathane vb alanlarda kullanılan çamaşırlarda ayrıca sterilizasyon işlemi yapılmalıdır. Dezenfeksiyon salt çamaşırlar ile sınırlı tutulmamalı, çamaşırların temas ettiği makine, yüzey, ekipman ve malzemeleri de kapsamalıdır.

Termal dezenfeksiyon kriterleri ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. EN 14065 RABC, CDC vb normlar sıklıkla dikkate alınmalıdır.

Günümüzde termal dezenfeksiyon yanında üstünlükleri de dikkate alınarak kimyasal dezenfeksiyon yöntemlerinin kullanımı tavsiye edilmektedir. Kimyasal dezenfektanlardan maksimum faydanın sağlanması uygun pH ve su sıcaklığı gerektirdiğinden, üretici firma tavsiyeleri dikkate alınmalıdır.

Çapraz bulaşmanın engellenmesi:

Sağlık kuruluşlarındaki çamaşırhanelerde kirliliği ve temiz alanların, hava akışını da engelleyecek şekilde bütünü ile birbirinden ayrılmış olması alınacak önlemlerin başında gelir. Kirliliği alanlardan temiz alanlara geçiş kontrol altına alınmalı; giysiler değiştirildikten ve eller yıkanarak dezenfekte edildikten sonra geçişlere izin verilmelidir.

Çapraz bulaşma riskini azaltmak için çamaşırların yıkanmasında iki kapısından biri temiz, diğeri kirliliğe açılan hijyen bariyerli (çift kapılı) makineler tercih edilmelidir. Çamaşır yıkama sularının boşaldığı kanalların üzeri kapalı tutularak, aerosol etkisi ile mikro-organizmaların yayılması engellenmelidir.

Temiz ve kirliliği çamaşırların taşınması işlemlerinde farklı araba veya araçlar kullanılmalı; bunun mümkün olmadığı durumlarda temiz çamaşırlar için kullanılacak araçlarda temizlik ve dezenfeksiyon yapılmalıdır.

Çamaşırhane çalışanlarının korunması:

Çamaşırhanede çalışan personel periyodik olarak konu hakkında eğitilmeli, gerekli aşılama düzenli olarak yapılmalıdır. Kirliliği çamaşırlar ile temas eden personel su geçirmez önlük ve eldiven kullanmalı, açık yaralar bandajla kapatılmalıdır.

Her vardiya değişiminde temiz giysiler kullanılmalı ve eller yeterli sıklıkta yıkanmalı, çamaşırhaneye gerekli uyarı yazı ve işaretleri yerleştirilmelidir.

- **STERİL ALAN HAVALANDIRMA SİSTEMİ (HVAC) VALİDASYONU PROSEDÜRLERİ**
- Ali BOYLU
- Makina Mühendisi, EGE NISAN TEMİZ ODA HİJ.HAVA SİST.TEST VE DOĞR.HİZM.LTD. ŞTİ.

SUNUM ÖZETİ :

Yakın zamanda gelişmiş Avrupa ülkelerinde, ameliyathane ve yoğun bakım steril alanlarında düşük enerji sarfiyatına sahip olmasına rağmen yüksek hijyen performansı sağlayan 3. kuşak hijyenik havalandırma sistemlerine geçildi. Ülkemizde ise uzun yıllar önce terk edilen %100 taze hava ile çalışan 1. kuşak hijyenik havalandırma sistemlerinin kurulumu yaygın olarak devam etmektedir. Bu sistemler gelişmiş sistem çözümlerine nazaran 2-4 kat daha fazla enerji tüketmekle beraber doğru kurulduğunda bile hijyen gereksinimlerini sağlama açısından 4-5 misli daha az hijyen performansı sergilemektedir. Oysa halen 1. kuşak havalandırma sistemlerimizin bile hijyen açısından doğru kurulumunun ülkemiz genelinde %20 oranını geçmemesi hijyenik havalandırma tesisat sektörünün hatalarını fark etmemesinin insan sağlığını ne derece riske attığını, boşa harcanan yatırım ve enerji giderlerinin büyüklüğünü gözler önüne sermektedir. Bahsi geçen olumsuzlukların en önemli sebebi "**Steril Alan HVAC Validasyonu**" ile ilgili standartların öngördüğü performans test ve doğrulama yöntemlerinin bilinmemesi, testlerin yanlış yapılması ve testler ile ilgili yeterli teknik ekipman ile uzman teknik personelin bulunmamasıdır. Bu durum steril alan havalandırma sistem çözümlerinin ülkemiz genelinde gelişmesini de olumsuz etkilemektedir.

Validasyon testleri Sağlık Bakanlığınca yayınlanan 21 Ekim 2006 tarihli yönetmelik ve tamamlayıcı diğer yönetmeliklerle mecburi hale getirilmesine rağmen test işlemleri ülke genelinde ticari bir amaca dönüştürülerek standartlarla hiçbir ilişkisi olmayan yöntemlerle standarda aykırı olarak gerçekleştirilmekte ve prosedür şeklen tamamlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığınca yayınlanan yönetmeliklerde steril alan havalandırma sisteminin doğrulanması amacıyla "Partikül ölçümü" işleminin gerçekleştirilmesi istenir. Partikül ölçümünün nasıl yapılması gerektiği DIN 1946-4 ve ISO 14644/3 standardında tanımlanmıştır. Standart; testler sonucunda elde edilen verilerin 1 (bir) yıl boyunca izlenebilir ve tekrarlanabilir olabilmesi için bu sunumda bahsedeceğimiz ön testlerin yapılmasını şart koşar. Bu testlerden herhangi bir tanesi olumsuz sonuçlandı taktirde steril alanda partikül ölçümü yapılmasına sonuçların hatalı yorumlanmaması amacıyla izin vermez. Örneğin partikül gereklilikleri o an tesadüfen uygun olabilir. Hatta ölçümler boş alanda yapıldığından standarda uygun olmayan sistemlerde de partikül gereklilikleri çoğunlukla uygun çıkacaktır. Oysa doğrulama testleri ameliyat esnasında operasyon ekibi çalışırken sistemin ortamdaki kirleticileri hangi etkinlikte uzaklaştırabildiğini tespit etmek amacıyla yapılmalıdır.

Bu sunumda HVAC Validasyon Prosedürlerinin yanısıra ülkemizde;

- Ameliyathane ve Yoğun Bakımlar da,
- İzole ve Koruma odalarında,
- TPN Hazırlama Ünitelerinde,
- Biyogüvenlik Kabinlerinde ve
- Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitelerinin HVAC sistemlerinde karşılaşılan yapısal olumsuzluklar, yapılan hatalara bağlı risk oluşumu ile kalite ve akreditasyon sürecine olumsuz etkileri ele alınacaktır.

POSTER SUNUMLAR

- **HASTA GÜVENLİĞİ ENDEKSİ ARACILIĞIYLA GİRESUN PROF.DR. A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNİN ÖZ DEĞERLENDİRME İLE HASTA GÜVENLİĞİNİ GELİŞTİRMESİ**
- Başhekim Opr. Dr. Ahmet Bal, Tib. Tek. Aynur Çalış, Hem. Hatice Yılmaz, Tib. Tek. Resmîye Memiş, Tib. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

Çalışmanın Amacı: Kaliteli hizmet anlayışı ile hizmet veren kurumumuzda Hasta güvenliği kültürünü oluşturulması ve yerleştirilmesi için yapılan çalışmaları öz değerlendirme yaparak durumumuzu saptamak, iyileştirme alanlarını belirleyerek hasta güvenliği uygulamalarını ve kültürünü yerleştirmek.

Yöntem: Hasta Güvenliği Derneği tarafından oluşturulan Hasta Güvenliği Endeks Versiyon 01 kullanılarak öz değerlendirme yapılmıştır.

Endeks 18 Hasta Güvenliği Hedefi ve 23 alanı kapsamaktadır. 209 kriter ve 1229 ağırlık puanı ile 3687 tavan puandan oluşmuştur. Değerlendirmede 0.1.2.3 şeklinde puanlama yapılmıştır. Hastanemizde 1 kriter uygulanmadığından bu kriter değerlendirme dışı tutularak 208 kriter üzerinden 3666 tavan puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Ayrıca yapılan öz değerlendirme sonucuna göre mevcut durum ve iyileştirilecek hasta güvenliği hedef ve alanları belirlenmiştir.

Bulgular: Hastanemizin hasta güvenliği endeksi ile yapılan öz değerlendirme sonuçlarına göre 3666 puan 208 kriter üzerinden 2844 puan ile % 77,58 oranında hasta güvenliği hedeflerine ulaşıldığı görülmektedir.

Hasta Güvenliği Hedeflerin incelenmesinde; beklenmedik tehlikeli olaylara yönelik hiç çalışma olmadığı, Cerrahi yanıkların önlenmesi" % 22,58 oranla en düşük hedef olduğu, bu hedefleri ise "Yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi" %63,40, "Fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddetin önlenmesi" % 67,86, "İlaç güvenliğinin sağlanması" % 68,25, hedefleri izlemektedir. "Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi" ve "Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi" , "Hasta mahremiyetinin korunması, fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddetin önlenmesi" hedeflerinde ki çalışmaların yeterli olduğu diğer hedeflerde ise iyileştirmeler gerektiği belirlenmiştir.

Sonuç: Yapılan öz değerlendirmedeki % 77,58 oranın hastanemizde, hasta güvenliğine yönelik farkındalığın olduğu göstermekle beraber yapılması gereken çalışmalarda bize yol haritası çıkartmıştır. Bu farkındalık; 2004 yılından buyana yürüttüğümüz kalite çalışmalarının ve Hizmet Kalite Standartlarında belirlenen hasta güvenliği standartları ile Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında ki tebliğ⁸ uyarınca yapılan çalışmalarla oluşmuştur.

Ancak "Beklenmedik tehlikeli olaylara yönelik çalışmalar yapılması" hedefi hastanemizde iyileştirme gerektiren en önemli hedef durumundadır. Bu aynı zamanda hasta güvenliğinin en önemli sorunlarından biridir. Bu konu da Hizmet Kalite standartlarında ve Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında ki tebliğ de hiç hüküm olmaması hastanemizde bu konudaki çalışmada ki zorluğumuzu göstermektedir.

Kurum kalite kültürü ve Hizmet Kalite Standartları ile oluşan hasta güvenliği bilincinin, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında ki tebliğ ile yasal şartlarına ulaşarak hastanemizde hasta güvenliği kültürü oluşturma düzeyine yükseltmektedir. "Beklenmedik tehlikeli olaylara yönelik çalışmaların yapılması" hedefine yönelik hizmet kalite standartları ve tebliğ ile düzenlenmesinin kurumlarda hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesinde daha etkili olacağı düşünülmektedir.

Hasta güvenliği endeksi aracılığıyla yapılan öz değerlendirme çalışmasının hastanemizde hasta güvenliği çalışmalarının durumunu saptamamıza ve iyileştirme için odaklanmamız gereken çalışmaları belirlememizi sağlamıştır. Bu tür değerlendirme ölçeklerinin yaygın olarak kullanılmasının objektif değerlendirmelerle, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelime: Hasta Güvenliği¹, Öz değerlendirme², Sürekli iyileşme³

- **GİRESUN PROF. DR. A.İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞANLARIN HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI**
- Opr. Dr. Ahmet Bal, Tib. Tek. Aynur Çalış, Başhekimşire Fatma Tosun, Hatice Yılmaz, Adnan Yıldız, Resmîye Memiş, Süleyman Fatih Menevşe

- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi/Giresun/Türkiye

Çalışmanın Önemi: Kurum kültürü: bir kurumda paylaşılan temel değerlerin ve inançların bütünüdür. (Kömürcü, 2009:24)

Hasta güvenliği kültürü hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. (Aksayan,2009:100)

Çalışmanın Amacı: Hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için çalışanların algısını belirleyerek, hasta güvenliği kültürünün oluşmasındaki etkili faktörlerle, hastanemizde bu kültürün oluşturulmasında ve geliştirilmesinde, odaklanmamız gereken alanları belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada, Veri toplama formu olarak; Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı için 2004 yılında Joann Sora ve Veronica Nieva tarafından geliştirilen hastanelerde hasta güvenliği kültürünü ölçen ve Türkiye’de 2009 yılında geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmış ve 0,86 bulunmuş olan, Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi kullanıldı. Hastanede çalışan 600 sağlık personeline dağıtılmış ve geri dönen 221 anket değerlendirilmeye alınmıştır. Geri dönüş oranı% 37’dir. Güvenlik kültürü ile ilgili sorular anketin orijinaline bağlı olarak yüzdeye dönüştürülmüştür.

Bulgular: Ankete katılanların % 62’si hemşire, %28,4’ü Meslek süresi 11-15 yıl arasındadır. %79,9’u genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içindedir. Çalışanların %52,1 oranında birbirlerini destekledikleri, % 58,6 oranlarında “ekip olarak birlikte çalıştıkları” ve “birbirlerine saygılı davrandıkları”, %54,6 oranında “çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım ettiği” belirtmişlerdir. Hastanede yönetimin faaliyetlerini, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik (% 58,2), hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlandığını belirtmişlerdir.(47,2) “Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır” ifadesine % 45,6, “Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler” ifadesine % 46,9 oranında katılmışlardır. “Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar” ifadesine %36,0 oranında katıldıkları, “Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır” ifadesine % 4,6 oranında kesinlikle katıldıklarını, ifade etmişlerdir. İzmir’de yapılan araştırmada ise hasta güvenliği ile ilgili sorunlar olduğunu düşünenlerin oranı % 38,1dir.(Çakır ve Tütüncü,2009:199)

Raporlandırılmış olayların sıklığının incelemesinde, “Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde %28,5, hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına %26,5 ve hastaya zarar verebileceği olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında % 27,4 ‘ü hiç bir zaman rapor edilmediğini belirtmişlerdir. İzmir’de yapılan benzer bir araştırmada ise, katılımcıların % hastaya zarar verebilecek düzeyde bir hata fark edilip zarar vermeden atlatıldığına %12’si her zaman raporlandıklarını, ancak hata hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde % 19’u raporlandırmadıklarını belirtmişlerdir..

Son 12 ayda %84,9 oranında hiç olay raporlandırmadıklarını belirtmişlerdir. İzmir’de yapılan araştırmaya katılanların %81,5, Bir kamu hastanesinde yapılan araştırmada ise % 68 oranında hiç olay raporlandırmadıklarını bildirmişlerdir.(Kafalı vd.2009:223) Çalışanlar hastanenin hasta güvenliği derecesini %66,1 oranında çok iyi olarak derecelendirmişlerdir.

Sonuç: bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hastanemizde hasta güvenliği kültürünün oluştuğunu göstermektedir. Ancak çalışanlar hata bildiriminde bulunmamaktadır. Hatalardan dolayı suçlanacaklarını (% 58,7) ve yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymaktadır.(% 43) Oysaki hataların azaltılması hatta tamamen ortadan kaldırılması hasta güvenliğinin temel hedefidir. Hataların raporlandırılması ve hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım odaklanmamız gereken en önemli konu olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelime: Güvenlik Kültürü 1, Kültür Ölçümü 2, İyileştirme 3

• HASTA GÜVENLİĞİ BAĞLAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETİK BOYUT

- **ORHAN, Fatih**
- Etimesgut Asker Hastanesi Baştabipliği/Ankara/TÜRKİYE

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, genellikle kullanılan kaynakların yeterliliği ve hizmetlerden yararlanan insan sayısı gibi nesnel ölçüler ele alınmakta, bu hastaların hizmetleri alırken karşılaştıkları tutum ve davranışlar, hasta güvenliği ile hasta hakları gibi hususlar ikinci planda kalmaktadır. Oysa etik ölçüler hasta için daha önemlidir. Öyle ki her geçen gün sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artması ve sınırlı sağlık kaynaklarının yeterince etkin ve verimli dağıtılamaması gibi sebeplerle sağlık hizmeti sunanlarla alanlar arasında etik bazı problemler ortaya çıkabilmektedir.

Yapılan bu araştırma ile, sağlık hizmetlerinin etik boyutu kapsamında, hastane çalışanlarının etik sorunlara yaklaşımlarının belirlenmesi ve belirlenen etik sorunlara bilimsel olarak çözüm önerilerinin sunulabilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini; Ankara ilinde faaliyet gösteren bir hastanenin çalışanları yani sağlık hizmetini sunanlar oluşturmaktadır. Araştırmada anket yöntemi uygulanmış olup, “yüz yüze görüşme metodu” ile 203 adet kullanılabilir ankete ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda, hastane çalışanlarının çok büyük bir bölümünün, şu ana kadar herhangi bir etik komitede çalışmadıkları, bu sebeple kurumlarında etik komiteye ihtiyaç duyduklarını, çalışanların etik problemleri fark etmede kendilerini yeterli görmediklerini ve etik sorunların çalışanların verimliliğini olumsuz yönde etkilediği gibi sonuçlara ulaşılmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılanların demografik özellikleri ile etik sorunu fark etme, etik sorunun önem derecesi ve etik sorunu çözmeyi sağlayan etmenlere yaklaşımları arasında anlamlı bazı ilişkiler saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Tıp Etiği, Hasta Güvenliği

• H1N1 GRIP SALGINI İLE İLGİLİ OLARAK BAHÇELİEVLER MEDICAL PARK HASTANESİ UYGULAMA ÖRNEKLERİ

- **ÇAKMAK, Güler**
- Kalite ve Hasta İlişkiler Direktörü, Medical Park Hastaneler Grubu, İstanbul / TÜRKİYE

AMAÇ: D.S.Ö tarafından pandemi seviyesi 6 olarak ilan edilen domuz gribi (pandemik grip) salgınının dünyada ve Türkiye’ de tehdit oluşturması nedeniyle Bahçelievler Medical Park Hastanesi’nde Enfeksiyon Kontrol Ekibi tarafından alınan kararlar doğrultusunda önlem amaçlı uygulamalar belirlemek ve sürecin takibi sağlamak.

YÖNTEM: Veri takibi ve analizi.

BULGULAR:

- Ülkemizde pandemik gribe bağlı ölümlerin yaş grubuna göre dağılımı (Türkiye Sağlık Bakanlığı Verileri)
- Ülkemizde pandemik gribe bağlı ölümlerin haftalara göre dağılımı (Türkiye Sağlık Bakanlığı Verileri)
- Bahçelievler Medical Park Hastanesi’ ne pandemik grip tanısı veya şüphesi ile polikliniğe başvuran hastaların aylara göre dağılımı
- Bahçelievler Medical Park Hastanesi’ ne pandemik grip tanısı veya şüphesi ile yatış için başvuran hastaların aylara göre dağılımı
- Pandemi grip sebebiyle hastanede exitus olan hasta sayısı
- Pandemi grip tanısı veya şüphesi ile başvuran çalışan sayısı
- Pandemi grip tanısı veya şüphesi ile rapor alan çalışan sayısı

- Personelin aşılınması
- Personelin eğitimi
- Bahçelievler Medical Park Hastanesi'nde meslek gruplarına göre aşılınma oranı
- Aşılınma sonrası komplikasyon görülme oranları

SONUÇ: Tüm gerekli önlemlerin alınması sonrası verilerin incelenmesi ile sonuç olarak personele yapılan

206 doz aşıda herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Hastaneye yatışı yapılan pandemik grip şüphesi olan ve tanısı konulan toplam 32 hastadan 28'i yapılan tedavi sonrasında taburcu edilmiştir. 4 hasta pandemik grip sebebiyle genel yoğun bakım ünitesinde exitus olmuştur. Pandemi grip şüphesi ile İşyeri Hekimi' ne başvurarak rapor alan 23 personel yapılan tedavi sonrasında görevlerine dönmüşlerdir. Yapılan iyileştirme çalışmalarının sonucunda çalışanların ¼ oranında aşılandığı, personelin el yıkama konusunda bilinçlendiği, el dezenfektanın kullanımının arttığı izlenmiştir.

• UYGUNSUZLUK BİLDİRİMLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Başhekim Op. Dr.Ahmet Bal, **Hem. Hatice Yılmaz**, Tıb. Tek. Aynur Çalış, Tıb. Tek. Resmiye Memiş, Tıb. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe,
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

Amaç: Hastanemizdeki 2004 – 2009 yılları arası uygunsuzluk bildirimlerinden hasta güvenliğini ilgilendiren istenmeyen olayların raporlandırılması yönünden incelenmesi.

Önem: Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır. Ancak tüm bu hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan tespit edilmelidir. Bu da uygun raporlandırma ile olasıdır. Raporlandırmanın, hemen deşifre edilmeyen, cezalandırıcı olmadan kişilerin hata bildirimini teşvik edici, bildirim yapan personeli koruyucu bir yapıda olması tercih edilir. Zorunlu tıbbi hata bildiriminden çok gönüllü bazda hata bildirimine odaklanmak ana stratejilerden birisi olmalıdır. (Akgün ve Al-Assaf, 2007:44).

Yöntem: 2004 yılında Kalite Yönetim Sistemi gereği oluşturulan, uygun olmayan ürün prosedürüne göre, Uygunsuzluk Tespit Formu ile 2004 – 2009 yılları arasındaki uygunsuzluk bildirimlerinden; hasta güvenliği açısından risk oluşturan istenmeyen olaylar gruplandırılarak, retrospektif incelendi.

Bulgular: 2004 – 2009 yılları arasında bildirilen 766 uygunsuzluk incelendiğinde 251 uygunsuzluğun hasta güvenliğini ilgilendiren istenmeyen olaylara ait olduğu, bunun da % 32,77 oranında olduğu görülmüştür. Bu bildirimlerin; % 15'nin Güvenli Cerrahi Uygulamalarına, % 11'nin Hastane Enfeksiyonlarına, % 5'nin Çalışanların İletişim Eksikliğine, % 11'nin Tedavi Bakım ve İşlemlere, % 2'nin Hasta Transferine, % 18'nin Tesis Güvenliğine, % 13'nün Hatalı Tetkiklere, % 12'nin Bilgi Güvenliğine ve % 13'nün İlaç ve Malzeme uygunsuzluğuna yönelik olduğu,

Yıllara göre; bildirilen uygunsuzluklar incelendiğinde; 2004 yılındaki 181 bildirim % 14'nün, 2005 yılında ki 189 bildirim % 40'nın, 2006 yılındaki 258 bildirim % 37'nin, 2007 yılındaki 91 bildirim % 38'nin, 2008 yılındaki 33 bildirim % 45'nin 2009 yılındaki 14 bildirim % 36'nın hasta güvenliğini ilgilendiren istenmeyen olaylara yönelik olduğu görülmektedir.

Sonuç: Yıllara göre uygunsuzluklar incelendiğinde; uygunsuzluk bildirimlerin azalmış olmasına rağmen, hasta güvenliğini ilgilendiren, istenmeyen olayların bildirimlerinin toplam uygunsuzluk bildirimlerine göre artmış olduğu, 2009 yılında ise azaldığı görülmektedir. Çalışmamızda, hasta güvenliğini tehdit eden yüksek riskli uygunsuzluk tespit edilmemiştir.

Hastanemizde 2004 yılında Kalite Yönetim Sistemi gereği oluşturulan, Uygun Olmayan Ürün Prosedürüne göre, Uygunsuzluk Tespit Formu ile hasta güvenliğini ilgilendiren, istenmeyen olayların raporlandırılması, değerlendirilmesi, giderilmesi ve tekrarının önlenmesi için faaliyetler, bildirim anında başlatılmaktadır. Sistematik olarak izleme, analiz ve değerlendirme ile hasta sağlığı anlamında çıktılar en üst düzeye taşınmanın önemi ve Hizmet Kalitesi Standartlarına göre 2008 yılında Hasta ve Çalışan Güvenliği Komiteleri kurulmuş gerekli çalışmalar ve eğitim faaliyetleri devam etmektedir.

29 Nisan 2009 tarihinde Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğin yayımlanmıştır. Tebliğ, hasta güvenliği konusunda yapılacak çalışmalara yol göstermesi yönünde katkı sağlamanın yanı sıra zorunlu hale getirilmesi ile hasta güvenliği kültürünün oluşmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelime: Hasta Güvenliği 1, Tıbbi Hata 2, Uygunsuzluk Bildirimi 3

- HASTALARIN SAĞLIK PERSONELİ BİLGİSİ DIŞINDA BÖLÜM DIŞINA ÇIKMALARINDAN KAYNAKLANAN RİSKLERİN ÖNLEMİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA
- **Hilal Şekerci**, Ayhan Arısan, Süleyman Özer, Sabriye Mihçin, Gökay Şakiroğulları, Ayşe Gürel, Tefvik Tezcaner, Yaman Zorlutuna
- Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye

Amaç: Hastalar tedavi ve bakım sürecinde kurum prosedürlerine uymamakta ve güvenliklerini riske atacak davranışlarda bulunmaktadırlar. Bu amaçla Bayındır Hastanelerinde yatan hasta katlarında bulunan yangın çıkış kapılarının; hasta ve hasta yakını tarafından amacı dışında kullanımını, kontrolsüz çıkışın engellenmesini ve buradan yapılacak çıkışlara çabuk müdahale edilebilmesini sağlamak için kapının açıldığına dair bilgi uyarı sistemi geliştirilmiştir.

Yöntem: Hastanemizde, yatan hasta katlarında bulunan yangın çıkış kapılarına entegre edilen bir sistem ile hemşire bankosuna ışıklı ve sesli çağrı sisteminin kurulumu gerçekleştirilmiştir. Bu kurulum sayesinde yangın çıkış kapısının açılması ile eşzamanlı olarak hemşire bankosuna kurulan bu sistem, ışıklı ve sesli uyarı olarak devreye girer. Aynı zamanda uyarı güvenlik merkezine sistem tarafından iletilir. Böylece güvenlik açısından da gerekli tedbirler alınır. Hemşirenin kapıya ya da çağrı butonuna müdahalesine kadar bu uyarı sistemi devrede kalır.

Tıbbi onkoloji, kemik iliği transplantasyonu ve diğer kronik hastalıklar tanısı ile tedavi gören hastalar tedavi sürecinde psikolojik destekleri yetersiz kaldığında veya hastalıkla başetme mekanizmaları desteklenmediğinde, suid girişiminde bulunma, tedavi kliniğini habersiz terketme davranışları görülebilmektedir. Bu alarm sistemi ile hastaların sağlık personeli bilgisi dışında bölüm dışına tek başına çıkmaları ve klinik durumuna bağlı gelişebilecek risklerin (düşme, hipoglisemi, suid girişimi, sigara kullanımı vb.) oluşması önlenmektedir.

Sonuç: Bu çalışmada da görüldüğü gibi hasta güvenliğini sağlamak için geliştirilen teknolojik önlemler risklerin oluşmasını önlemede etkili olmaktadır. Bu sistem hastaların kontrolsüz çıkışı nedeni ile yaşayabilecekleri riskleri önlemiştir.

• HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINDA TIBBİ CİHAZ VE MALZEMELERDEN KAYNAKLANAN RİSKLER: STRATEJİK BİR YAKLAŞIM

- **Öğüt, Adem / Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Konya / Türkiye**
- **Aksay, Kadir / Konya Asker Hastanesi /Konya / Türkiye**
- **Erbil, Cihat / Selçuk Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü /Konya / Türkiye**

ÖZET

Yönetmel bağlamda, hızla gelişmesi ve çeşitlenmesi ve böylece yapıları etkileyebilmesiyle izlenen teknoloji, sağlık örgütlerinin etkileştirilmesinde de önem arz eder. Bu bakımdan, "hastanın zarar görmemesi için gerçekleştirilen işlemler ve kullanılan yöntemler bütünü" olarak kavramsallaştırılan hasta güvenliği, sağlık örgütlerinde görev yapanlarla (sağlık çalışanları ile) birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan teknolojileri (tıbbi teknoloji) de gündeme getirmekte, kendisine yeni bir araştırma alanı açmaktadır.

Tıbbi cihaz ve malzemelerden kaynaklanan risklerin önlenmesine/en aza indirilmesine yönelik yaklaşımları konu edinen bu çalışma da, hasta güvenliği kültürünün içselleştirilmesinde belirleyici ve hizmet sunumunda kullanılan teknolojinin işletilmesinden sorumlu olan sağlık çalışanlarının eğitimi üzerinde durulacaktır. Bu bağlamda çalışanların, cihazların ve malzemelerin kullanımı, bakımı ve taşıdığı riskler konusunda bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesinde ele alınması gereken yaklaşımlara değinilecektir.

Ayrıca, tıbbi cihaz ve malzemelerin, -kullanıcılarının dışında- kendisinden kaynaklanan riskler de çalışma kapsamında değerlendirilecektir: Kalibrasyon yönetimi süreci şekillendirilecektir. Bu sürecin işletilmesinde etkin olan bilgi teknolojilerine ve yönetmel sisteme işaret edilecektir. Tıbbi cihaz ve malzemelerin hijyen ve dezenfeksiyonu (ya da başka bir ifade ile, enfeksiyon kaynağı olabilmesi) konusu üzerinde durularak, söz konusu riskler boyutlandırılacaktır.

Bu bağlamda, sağlık örgütlerinin stratejik amaçlarına hizmet eden hasta güvenliğinin sağlanması için, tıbbi cihaz ve malzemen kaynaklanan risklerin yönetilmesine ilişkin -sağlık çalışanlarını da odağına alan- bütüncül bir model sunulacaktır. Modelin, sürdürülebilir kaynak kullanımına hizmet etmesi gözetilecektir. Konu ile ilgili taranan yazına ve yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlara dayanan bu çalışma, bilim insanlarına farklı bir bakış açısı sunabilmesi ve uygulamalarının çalışmalarına yönetmel açıdan katkı sağlayabilmesi vaat etmektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta güvenliği, risk yönetimi, tıbbi teknoloji yönetimi, enfeksiyon kontrolü, sağlık çalışanlarının eğitimi.

• RISK YÖNETİMİ AÇISINDAN SAĞLIK HİZMETLERİNDE FMEA VE KAN TAHLİLİ SÜRECİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA

- **Aksay, Kadir**, Konya Asker Hastanesi /Konya /Türkiye
- **Aydınlı, Celal**, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü /Konya / Türkiye
- **Orhan, Fatih**, Etimesgut Asker Hastanesi / Ankara / Türkiye

Özet

Daha çok üretim sektörü ve mühendislik uygulamalarında kullanılan FMEA (Failure Mode and Effect Analysis), son yıllarda, sağlık hizmetlerinde giderek daha fazla önem kazanan hasta güvenliğinin sağlanması amacıyla önemli bir araç olagelmıştır. Tıbbi hatalar, hastalar ve aileleri için çok dramatik sonuçlarla sonuçlanmaktadır. Bu nedenle FMEA hataların önlenmesi amacıyla uygulanan risk tanımlama ve kontrolüne yönelik stratejilerde önemli bir araç olarak kabul edilmektedir. Ayrıca FMEA, JCAHO (The Joint Commission Of Health Care Organization) tarafından oluşturulan akreditasyon kriterleri içerisinde önemli bir yer tutmaktadır.

Tanımlanacak olursa FMEA, hatanın nerede ve nasıl meydana geldiğini tanımlayan ve bu hataların bağlantılı olduğu farklı kusurlara yönelik parçaların değişime ihtiyaç duyan süreçlerini tanımlamak amacıyla değerlendiren proaktif ve sistematik bir yöntemdir. Bu yaklaşım yüksek oranda risk faktörü içeren sağlık hizmeti sunumunda meydana gelebilecek tehlikeler karşısında strateji belirleyebilmek için uygulama alanı bulmaktadır.

Bu çalışmada risk yönetimi bağlamında FMEA yönteminin sağlık hizmetlerinde stratejik bir yeri olan hasta güvenliğinin sağlanmasında önemi üzerinde durulacaktır. Bu bağlamda konu hakkında literatür taraması yapılarak buna ek olarak, bir kamu hastanesindeki kan tahlili sürecine yönelik bir FMEA örneği sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: FMEA,risk tanımlama,risk kontrolü,hasta güvenliği.

• TEMEL YAŞAM DESTEĞİ (MAVİ KOD) ALGISI

- Başhekim Opr. Dr. Ahmet Bal, **Resmiye Memiş**, Hastane Md. Hayrettin Kılıç, Tib. Tek. Aynur Çalış, Adnan Yıldız, Hatice Yılmaz, Süleyman Fatih Menevşe
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi/Giresun/Türkiye

Amaç: Hastanemizde oluşturulan Mavi Kod ekibinin çalışmalarını inceleyerek, durum tespiti yapmak, iyileştirmemiz gereken alanları belirleyerek iyileştirme stratejilerini geliştirmektedir.

Önemi: Kardiyak arrest tedavisinde yapılacak işlemlerin tamamı kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) olarak adlandırılmaktadır. Erken CPR uygulaması VF den kaynaklanan ani kardiyak arrestte sağkalımı 2-3 kat arttırabilir. 3. Erken defibrilasyon: Kollapsı takip eden 3-5 dakika içinde CPR+erken defibrilasyon sağkalım oranını % 49-75'e kadar yükseltebilir. Defibrilasyonda her bir dakikalık gecikme sağkalım şansını %10-15 azaltır (Özkalkanlı2009).

Yöntem: 2009 yılı Kasım ayı dahil Mavi Kod ekibi çalışmaları retrospektif incelendi.137 adet Mavi Kod Olay Bildirim Formu ele alınarak çağrı yapan ünite / servis, vaka sayısı, ulaşma süresi, müdahale süresi ve sonuç açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastanemizde; çalışmanın yapıldığı 2009 yılı 11 aylık dönemde ayaktan 482,741 hasta, yatarak 17,408 hasta tedavi edilmiş, ancak yatarak tedavi gören 137 hastaya Mavi Kod çağrısı yapılmıştır. Poliklinik, bahçe, kantin vb. yerlerden Mavi Kod çağrısı olmamıştır.

CPR uygulanan 137 hastanın 92 tanesi geri döndürülerek tedavisine devam edilmiş, 45 tanesi ise ex olmuştur. Asabiye Servisin 2,3 dakikada, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesine 1,8 dakikada, Acil Ünitesine 2,7 dakikada, Koroner Yoğun Bakım Ünitesine 3,1 dakikada, Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine 1,1 dakikada, Beyin Cerrahi Servisine 1,6 dakikada, Dahiliye Servisine 2,8 dakikada, Kardiyoloji Servisine 1,6 dakikada, Göğüs Hastalıkları Servisine 3 dakikada, İntaniye Servisine 2 dakikada, Plastik Cerrahi Servisine 1,3 dakikada, Göğüs Cerrahi Servisine 3 dakikada, Hariciye ve Ortopedi Servisine 2 dakikada ulaşıldığı tespit edilmiştir. En kısa ulaşım ortalamasının Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine olduğu, bunun da yerleşimi itibari ile Anestezi Ünitesine en yakın ünite olmasından kaynaklandığı

düşünülmektedir. İncelenen 137 vakaya ulaşma süresi ortalama 2,17 dakika olarak tespit edilmiştir. Denizli Devlet Hastanesinde yapılan çalışmada vakaya ulaşma süresi 8 dakika olarak belirtilmiştir (Canural vd.,2009:105). İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan çalışma da ise vakaya ulaşım süresi 4.02±2.51 olarak bulunmuştur (Koltka vd., 2008:366).Vakaya ulaşma süremiz ortalama 2,17 dakika ile ortalamaların üzerinde olduğu görülmektedir.

Sonuç: Hastanemizde; Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi ekinde belirlenen Hizmet Kalite Standartlarının Hasta Çalışan Güvenliği kapsamında Mavi Kod Ekibi kurulmuştur. Mavi Kod çağrıları santral üzerinden 7 gün 24 saat olarak yapılmaktadır. Mavi kod uygulamasında kullanılmak üzere servis ve ünitelerde var olan Acil Arabalarının sayısı arttırılmıştır. Olması gereken tüm ilaç ve malzemeleri tanımlanarak, günlük kontrolleri yapılarak kullanıma hazır halde bulundurulması sağlanmıştır. Ayrıca Mavi Kod ekibinden anestezi teknisyeninin, Acil Müdahale çantasını olay yerine götürmesi sağlanmıştır. Servis ve ünitelerde bulunan hemşireler mavi kod ekibinin doğal elemanı olarak görev yapmaktadır. Mavi kod müdahalesi bitiminde Mavi Kod Olay Bildirim Formu doldurularak istatistik birimine verilmektedir. Ortalama 2,17 dakika olan Mavi kod çağrısına ulaşma süresini azaltma yönündeki ve eğitim çalışmalarımız devam etmektedir.

Anahtar Kelime: Mavi Kod 1, Yaşam Desteği 2, Ulaşma Zamanı 3

- **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE MEDİKAL HATALAR VE HATALARA YAKLAŞIM**
- **TEMİZSOY Ebru, OKTAY Şükran, GÜRSOY Tuğba, OVALI Fahri**
- Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- İstanbul/Türkiye

AMAÇ: Bu çalışma Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ) sık meydana gelen medikal hatalarla ilgili olarak doktor ve hemşirelerin görüşlerini almak ve hatalara olan yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: İstanbul'da bulunan 4 büyük eğitim araştırma hastanesindeki YYBÜ'lerde görev yapan doktor ve hemşirelere 27 soruluk bir anket verilerek yapılmıştır. Anket sonuçları SPSS 11.5 programı ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların %17.6'sı (n=33) doktor, %82.4'ü (n=154) hemşireydi. %69'u 20-30 yaş arasındaydı ve ortalama 2 (1-4) yıldır YYBÜ'de çalışıyordu. En fazla meydana gelen hatalar sırasıyla hastane enfeksiyonları (%90.9), medikal cihazların eksikliği ya da yanlış kullanımı (%85), eksik ya da yanlış tutulan kayıtlar (%78), ilaç uygulama hataları (%75.9), kesici delici aletlerle yaralanmalar (%50.8) cevapları verilmiştir. Hataların oluşum nedenleri arasında %73.8 kişisel dikkat eksikliği, %64.7 yanlış ya da eksik kayıtlar %54.5 eğitim eksikliği cevapları ilk üç sırada yer almıştır. Klinikte meydana gelen hataların yaklaşık yarısının (%49.7) bildirildiği ve %43.3'ünde hataların serbestçe tartışılabilirdiği tespit edilmiştir. Bir hata meydana geldiğinde katılanların %36.4'ü ilk olarak hatayı kimin yaptığının sorgulandığını ve kişinin suçlandığını belirtirken, %53.5 olayın sebebinin araştırıldığını söylemiştir. Çalışmaya başlarken doktorların sadece %24.2'si oryantasyon eğitimlerinde hasta güvenliği eğitimi alırken hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%75.8) bu eğitimi aldıkları görülmüştür. Doktor ve hemşirelerin büyük çoğunluğu (%57.6 ve %59.1) ilaç uygulamalarını usta/çırak ilişkisiyle öğrendiklerini belirtmiştir. Doktorların geri kalanı ilaç rehberleri ve prospektüs bilgilerinden faydalanırken hemşirelerin hizmetiçi eğitim aldıkları tespit edilmiştir.

SONUÇ: Hastanelerde medikal hatalara sık olarak rastlanmaktadır. Bunların önlenmesi için başta doktorlar olmak üzere sağlık personelinin eğitimine daha fazla önem verilmelidir.



4th INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY IN HEALTHCARE, ACCREDITATION AND PATIENT SAFETY

“Enhancing Patient Safety; Prevention and Control of Health
Care Associated Infections”

QPS-2010

February 24-27, 2010 Kervansaray-Lara / ANTALYA / TURKEY

www.qps-antalya.org

- *Plenary Presentations,*
- *Workshops*
- *Oral and Poster Presentations*

Editors : Prof. Seval AKGÜN MD, PhD
Prof. A.F. AL-ASSAF MD, PhD
Müzeyyen BAYDOĞRUL

4th INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY IN HEALTHCARE, ACCREDITATION AND PATIENT SAFETY

“Enhancing Patient Safety; Prevention and Control of Health Care Associated Infections”

February 24-27, 2010 Kervansaray-Lara / ANTALYA / TURKEY

www.qps-antalya.org

FEBRUARY, 24 – WEDNESDAY

13:00

REGISTRATION

18:00 – 21:00

OFFICIAL OPENING, WELCOME RECEPTION AND DINNER

FEBRUARY, 25 - THURSDAY

09:00 – 10:00

OPENING CEREMONY

Prof. Dr. A. Al-ASSAF, Congress Chairman, American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma, **USA**
Associate Professor Dr. Mustafa ERTEK, President, **Refik Saydam Hygiene Center, Ankara, TURKEY**

10:00 – 10:30

Coffee/Tea Break

10:30 – 12:30

Plenary Presentation

Tahir BÜYÜKHELVAÇIĞİL, President, Turkish Standardization Institute, Ankara, **TURKEY**
Prof. Dr. Seval AKGÜN, Co-Chair, President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara **TURKEY**

GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE, “HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTIONS”

Moderator

Prof. Dr. Seval AKGÜN, President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara **TURKEY**

Keynote Speaker

Prof. Dr. Erdal AKALIN, President, Turkish Society of Internal Medicine **TURKEY**

12:30 – 14:00

Lunch

14:00 – 15:30

CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS- I

WORKSHOP-I

PATIENT SAFETY AND INFECTION CONTROL AND PREVENTION OF HEALTH CARE ASSOCIATED INFECTIONS SETTING UP A COUNTRY AND HOSPITAL-WIDE PATIENT SAFETY PROGRAMS

Moderator

Prof. Dr. Seval AKGÜN, President, Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara **TURKEY**

Speakers:

Prof. Dr. A. Al-ASSAF, American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma, **USA**
Associate Professor Yaman ZORLUTUNA, Medical Director, Bayındır Hospitals Network, Ankara, **TURKEY**
Prof. Dr. Martin RUSNAK, Chair, Department of Public Health, Trnava University, **Slovakia** and President, International Neurotrauma Research Organization, **AUSTRIA**

WORKSHOP II:

ORGANIZATION OF INFECTION CONTROL, HAND HYGIENE AND MRSA

Moderator

Prof. Dr. Mamoun Elsheikh Abdel Rahim ELSHEIKH, Infection Control/ Quality Management Department, Hamad Medical Corporation, **QATAR**,

Speakers:

Prof. Dr. Yeşim ÇETINKAYA, Hacettepe University, School of Medicine, Chief Medical Officer, Infectious Disease Department, **TURKEY**
Prof. Dr. Zarema OBRADOVIC, Head of Epidemiology Department, Public Health Institute Sarajevo / Professor, Faculty of Health Studies, University of Sarajevo, Medical Faculty of Tuzla, **BOSNIA& HERZEGOVINA**

WORKSHOP III

Concurrent Oral Presentations (Turkish 1)

Moderator

CAKMAK, Guler, Director, Quality and Patient Relations Departments, Medical Park Hospitals Group, Istanbul / **TURKEY**

Speakers:

IS BENEFIT IN HOSPITAL AIM OR MEANS?

KILINÇ A.Selçuk¹, Provincial Health Directorate, Burdur, Turkey,

EVALUATION OF STAFF SATISFACTION QUESTIONNAIRES FOR PATIENT SAFETY STUDIES AT GİRESUN ORAL AND DENTAL HEALTH CENTER

YILMAZ, Hülya, Giresun Center of Oral Health and Dental Services Giresun / Turkey

A RESEARCH ABOUT HOW THE PEOPLE WHO LIVES IN KOCAELI PERCEIVE AND USE THE HEALTH SYSTEM

Toker-Kaya,Fikriye, KOÜ – Kocaeli University, Turkey

"RISK ASSESSMENT ON HEALTHCARE"

Ramazan USTA

Turkish Standards Institution, Lead Auditor and Instructor of Quality, Environment and OHSAS Management Systems

COMPARISON OF PRIVATE HOSPITALS' SERVICE QUALITY STANDARDS BY HEALTH MINISTRY AND JCI ACCREDITATION STANDARDS

CAKMAK, Guler, Quality and Patient Relations Director, Medical Park Hospitals Group, Istanbul / TURKEY

15:30 – 15:45 **Coffee/Tea Break**

15:45 – 17:00

Concurrent Workshop Sessions- II

WORKSHOP I:

HIV AND HCV INFECTION: PREVENTION AND INFECTION CONTROL STRATEGIES
THE BURDEN OF HEPATITIS C IN SELECTED COUNTRIES IN CEE AND CIS: AN EPIDEMIOLOGICAL AND ECONOMIC ASSESSMENT

Moderator:

Madalina LUCIC, Merck, Luzern, **SWITZERLAND**

Speakers:

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Co-Chair, President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara **TURKEY**
Dr. Guildem OKEM, Health Economist, CEPS, Brussels, **BELGIUM**

WORKSHOP II:

IMPROVING PATIENT CARE AND PATIENT SAFETY BY REDUCING THE RISK OF HOSPITAL ACQUIRED INFECTION: DEVICE ASSOCIATED INFECTION AND NEW APPROACHES TO PREVENTING DEVICE-RELATED INFECTIONS

Moderator:

Prof. Dr. Erdal AKALIN, President, Turkish Society of Internal Medicine **TURKEY**

Speakers:

Associate Prof. Eleni PATROZOU, Medical Director, Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health, Hygeia Hospital, Greek Center of Disease Control, Consultant, Athens, **GREECE**
Dr. Fida KHAN, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC, Director, Prevention and Control of Infections Program at Mouwasat Hospitals, Dammam, Kingdom of **SAUDI ARABIA**
Prof. Dr. Yeşim Çetinkaya, Hacettepe University, School of Medicine, Chief Medical Officer, Infectious Disease Department, **TURKEY**

WORKSHOP III:

Concurrent Oral Presentations (English1)

Moderator:

Prof. Manal BOUHAIMED, Assistant Professor, Department of Community Medicine And Department of Surgery, The Health Sciences Center In Kuwait University, **KUWAIT**

Speakers:

THE EFFECT OF IMPLEMENTING THE CBAHI (CENTRAL BOARD FOR ACCREDITATION OF HEALTHCARE INSTITUTIONS) STANDARDS TO PATIENT RIGHTS AND SAFETY IN KING SAUD MEDICAL COMPLEX IN RIYADH SAUDI ARABIA

Dr. Saifaldeen I. K. Shodari, MD, DGO.MPH.FAIHQ.PSO

SUCSSESS IN IMPLEMENTING PATIENT SAFETY MODEL ANESTHESIA SAFETY.

Baroudi , D; Eddaal ,A

M.S.BAHARAHIL HOSPITAL , **MAKKAH ,SAUDI ARABIA**

NURSES PERCEPTIONS OF SAFETY CULTURE AT HAMAD MEDICAL CORPORATION IN THE STATE OF QATAR

AL-Ishaq M A-

Hamad Medical Corporation (HMC), **Doha, QATAR**

CENTER OF EXCELLENCE FOR THE PRIMARY HEALTH CARE

Dr. Ahmed Al Khonji,

Director General of Health Services –**Muscat –SULTANATE OF OMAN**

AN OUTBREAK OF PSEUDOMONAS AERUGINOSA IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

Dr:AL-KHOWAITER -ALAJMI .J , Al Ishaq.,M Dr:Elsheikh.M

Directorate, Prevention and Control of Infections , Program at Hamad Medical Corporation, **Doha, QATAR**

FEBRUARY, 26 – FRIDAY

09:00 – 10:00

CONFERENCE ROOM

Plenary Presentation:

DEVELOPMENT OF EVIDENCE BASED GUIDELINES FOR PRUDENT USE OF ANTIBIOTICS

Keynote Speaker:

Prof. Dr. Martin RUSNAK, Chair, Department of Public Health, Trnava University, **Slovakia** and President, International Neurotrauma Research Organization, **AUSTRIA**

10:00-10:30

Coffee/Tea Break

10:30 – 12:30

CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS I

WORKSHOP I

IMPROVING PATIENT CARE AND PATIENT SAFETY BY REDUCING THE RISK OF HOSPITAL ACQUIRED

[INFECTION: PREVENTING SURGICAL SITE INFECTIONS \(SSI\).](#)

Moderator: **Prof. Dr. Martin RUSNAK**, Chair, Department of Public Health, Trnava University, **Slovakia** and President, International Neurotrauma Research Organization, **AUSTRIA**

Keynote Speaker: **Associate Prof. Eleni PATROZOU**, Medical Director, Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health, Hygeia Hospital, Greek Center of Disease Control), Consultant, Athens, **GREECE**

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI, Chief Medical Officer, Anadolu Sağlık Group, İstanbul, **TURKEY**

Dr. Dina BAROUDI, Chairman of Anesthesia Department, Quality and Patient Safety Director Mohamad Saleh Basharahil Hospital, Makkah, **SAUDI ARABIA**

[WORKSHOP II: PATIENT CENTERED INNOVATION IN CARE SERVICES THE ECONOMICS OF INFECTION PREVENTION](#)

Moderator: **Prof. Dr. A. Al-ASSAF**, American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma, **USA**

Speakers **Prof. Dr. HEIKEL. J** - INISAN GROUP, **MOROCCO**

Prof. Dr. Ata Nevzat YALCIN, Akdeniz University, School of Medicine, Director, Infectious Disease Department, Antalya, **TURKEY**

Demet HAYALI YILDIRIM, Deputy Director, Izmir Health Provincial Directorate, **TURKEY**

[WORKSHOP III Concurrent Oral Presentations \(Turkish 2\)](#)

Moderator: **Sezdi Manâ**, Istanbul University, Biomedical Device Technology, Istanbul, Turkey

Speakers **PERCEPTIONS OF NURSES CONCERNING WITH MEDICATION ERRORS AND REPORTING CULTURE**

SEREN Seyda*, **GUL Gulnur****, BOL Pınar***, GERCEKER Başak**, BICER Elif**

** Dokuz Eylul University School of Nursing, Nursing Management Department, Izmir, Turkey

** Dokuz Eylul University Health Science Institute, Quality Management and Accreditation in Health Care, Master Student, Izmir, Turkey

RECONSTRUCTION OF THE DRUG MANAGEMENT SYSTEM AND IT'S EFFECTS ON THE MEDICATION ERRORS

Mehmet Özgür ÖZHAN, Mehmet Anıl SÜZER, **Ayça BOZOKLU**, Şule SARIKOYUNCU EMRE, Elvan ULUDAĞ, Ceyda ÖZHAN, Nedim ÇEKMEN, Mehmet Burak EŞKİN
TDV 29 Mayıs Hospital, Ankara, Turkey

INVESTIGATION OF PYXIS MEDICINE MANAGEMENT SYSTEM IN RESPECT TO THE PATIENT SECURITY

Gönül Yıldırım*, Gülten Akıncı*, Çiğdem Toprak**, Sevgi Erdal***, Yeşim Çetinkaya Şardan****
Hacettepe University, Ankara, Turkey

[APPLICATION AND IMPLANTATION OF CORONARY BYPASS SURGERY CARE MAP IN A CARDIOVASCULAR SURGERY UNIT](#)

Tevfik Tezcaner, Ayfer Bahtiyar, Selma Çöpçü, Tülay Trabzon Muriöglü, Hafize Taştan, Muammer Akar, Sinan Akbulut, Yaman Zorlutuna
Bayındır Hospitals Group, Söğütözü, Ankara, Turkey

RADIATION SAFETY OF RADIOGRAPHY ROOMS IN ISTANBUL HEALTH FACULTY IN ISTANBUL UNIVERSITY

Sezdi Manâ, Istanbul University, Biomedical Device Technology, Istanbul, Turkey

12:30 – 14:00 Lunch

14:00 – 15:30

[CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS II](#)

[WORKSHOP I IMPROVING PATIENT CARE AND PATIENT SAFETY BY REDUCING THE RISK OF HOSPITAL ACQUIRED INFECTION MRSA AND VRE SCREENING – A TARGETED APPROACH? MRSA POLICIES](#)

Moderator: **Prof. Viera RUSNAK**, Department of Medical Informatics, Slovak Medical University, Bratislava, **SLOVAKIA**

Speaker **Prof. Dr. Levent DOĞANCI**, Director, Prevention and Control of Infections Program at Bayındır Hospitals Network Ankara, **TURKEY**

Prof. Dr. HEIKEL. J - INISAN GROUP, **MOROCCO**

Dr. Fida KHAN, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC Director, Prevention and Control of Infections Program at Mouwasat Hospitals, Dammam, Kingdom of **SAUDI ARABIA**

[WORKSHOP II: INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS IMPLEMENTATION OF SAFE SURGERY CHECKLIST](#)

Moderator: **Dr. Badriya AL-ALI** Director of Accreditation and Regulatory Department at HMC, **QATAR**

Speakers: **Prof. Dr. Mondher LETAIF**, MD, MPH, Prof Preventive Medicine, University Hospital of Monastir, **TUNISIA**
Dr. Dina BAROUDI , Chairman of Anesthesia Department , Quality and Patient Safety Director Mohamad Saleh Basharahil Hospital, Makkah, **SAUDI ARABIA**

WORKSHOP III **Concurrent Oral Presentations (English 2)**

Moderator **Soha EMAM**, Ass. Prof. of Pediatrics & Pediatric Cardiology
Kasr-Alini Medical School(CUSPH) , Cairo University,,**Cairo,,Egypt.**,
Consultant Pediatric Cardiologist,SBCC,Dammam, **SAUDI ARABIA**

Speakers **POSITIVE EFFECTS OF A NURSE CHECKLIST TO IMPROVE PATIENT SAFETY AND FLOW CHART IN AN EMERGENCY DEPARTMENT**
Prof. Dr. HAOUET Karim, Head Chief of Emergency Department , Hôpital Charles Nicolle, Boulevard 9 avril, 1006, Tunis, **TUNISIA**

SURGICAL SERVICE IMPROVEMENT INITIATIVE AT RUMILLAH HOSPITAL .
Nazila Afghani , Assistant Director of Nursing/Director of Nursing, Rumailah Hospital,HMC,Doha ,Qatar

IMPROVEMENT OF OVA REPORTING, PROCESS IN RUMAILAH HOSPITAL at Hamad Medical Corporation “ RUBY SOCORRO D.SANTANDER, Assistant Director of Nursing/Director of Nursing, Rumailah Hospital,HMC,Doha ,Qatar

“PHYSICAL RESTRAINTS AND SECLUSION”, PATIENT SAFETY ISSUES ON MENTAL HEALTH
Dr. Zainab Jabur, MD, MPH,
Consultant psychiatrist and instructor at The Cambridge Hospital, **Harvard Medical School in Cambridge, Massachusetts, USA**

15:30 – 15:45 **Coffee/Tea Break**

15:45 – 17:00

CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS III

WORKSHOP I **ESTABLISHING A SOCIAL MOVEMENT: KEY STEPS TO DRIVE PATIENT SAFETY STAFF AND PATIENT EMPOWERMENT:**

Moderator **Dr. Amin NIMER**, CEO, Mouwasat Hospitals Network, Dammam, Kingdom of **SAUDI ARABIA**

Speakers **Dr. Eman DARWISH**, Director Performance Improvement Department, Mouwasat Hospitals Network, Dammam, Kingdom of **SAUDI ARABIA**

Dr. Dina BAROUDI , Chairman of Anesthesia Department , Quality and Patient Safety Director Mohamad Saleh Basharahil Hospital, Makkah, **SAUDI ARABIA**

Dr. Badriya AL-ALI Director of Accreditation and Regulatory Department at HMC , **QATAR**

Dr. Aisha AL-ZEYARA Director of Quality at SCH – **QATAR**

Prof. Dr. .Mamoun Elsheikh Abdel Rahim ELSHEIKH, Infection Control/Quality Management Department Hamad Medical Corporation, **QATAR**,

WORKSHOP II **PATIENT SAFETY RESEARCH**

Moderator **Prof. Dr. Monther LETAIF** / University of Monastery, **TUNISIA**

Speakers **Prof. Manal BOUHAIMED**, Assistant Professor, Department of Community Medicine And Department of Surgery, The Health Sciences Center In Kuwait University, **KUWAIT**

Prof. Dr. Mondher LETAIF, MD, MPH, Prof Preventive Medicine, University Hospital of Monastir, **TUNISIA**

Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA, Chair, Department of Medical Informatics, School of Public Health, Slovak Medical University in Bratislava, **SLOVAKIA**

WORKSHOP III **Concurrent Oral Presentations (Turkish 3-)**

Moderator **Budak Medine**, Özturk Kirstin, Akçin Betül, Battal Fatma, Caskurlu Hülya, Sema Hospital

Speakers **PERCEPTION OF EMPLOYEE ON PATIENT SAFETY AT GİRESUN PROF.DR.A.İLHAN ÖZDEMİR HOSPITAL**
Opr. Dr. Ahmet Bal, **Tib. Tek. Aynur Çalış**, Başhemşire Fatma Tosun, Hatice Yılmaz, Adnan Yıldız, Resmiye Memiş,
Süleyman Fatih Menevşe,
Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey

DECREASING THE VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA RATE IN THE ANESTHESIOLOGY INTENSIVE CARE UNIT

1.Gaye Aydın, 2. Hakan Doğan, **3. Gürbüz Akçay**, 4. D.Ali Özdemir, 5. Fatma Toker, 6. Funda Göçer, 7. Selda Bican 8. Fatı Atik, 9. Yasemin Girgin
Denizli Servergazi State Hospital / Bereketli, Denizli, Turkey,

IMPROVEMENT OF HAND HYGIENE PRACTICES

Budak Medine, Öztürk Kirstin, Akçin Betül, Battal Fatma, Caskurlu Hülya
Sema Hospital, İstanbul, Turkey

THE EFFECTS OF CENTRAL STERILIZATION UNIT CONTROL METHODS ON SURGICAL SITE INFECTIONS

Peker Ayfer, Özsoy Fatih; **Mehtap Akyol**;
Bursa State Hospita, Bursa/Turkey

FAILURE MODE EFFECT ANALYSIS FOR PREVENTING MEDICATION ERRORS

Mehmet Anil SUZER, Mehmet Ozgur OZHAN, Elvan ULUDAG, **Sule SARIKOYUNCU EMRE**,
Ceyda OZHAN, Nedim CEKMEN, Mehmet Burak ESKIN, Ayca BOZOKLU
TDV 29 Mayıs Hospital, Ankara, Turkey

WORKSHOP III

Concurrent Oral Presentations (Turkish 4)

Speakers

RISK MANAGEMENT WITHIN ORAL HYGIENE CENTERS: SOKE ORAL HYGENE CENTER
Sibel Altıntop Güleç , **Kifaye Aslan Dalmis** , Hakan Ölçüm , Ece Eden

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION OUTCOMES

Ayşe Gürel, İsmail Gökyar, Ayfer Bahtiyar
Bayındır Hospital, Ankara, Turkey

QUALITY CONTROL SYSTEM OF MEDICAL DEVICES IN CERRAHPASA HEALTH FACULTY IN ISTANBUL UNIVERSITY

Sezdi Manâ
Istanbul University, Biomedical Device Technology, Istanbul, Turkey

A RISK ANALYSIS STUDY FOR PREVENTION OF FALLS OF NEWBORNS

Ayfer Bahtiyar, Selma Çöpçü, Özlüßen Demircan, Serpil Aydoğan, Özlem Aktürk, Faruk Abike, Sinan Tıraş
Bayındır Hospital, Söğütözü, Ankara, Turkey

20:00 **Conference Gala Dinner**

SATURDAY 27 FEBRUARY

09:00 – 10:00

Plenary Presentation:

ACCREDITATION and CERTIFICATION STANDARDS IN CONTROL AND PREVENTION OF HAI: Professional Accountability Systems (panel discussion)

- Accreditation
- ISO Certifications
- Quality Awards
- Professional Certifications

Keynote Speakers

Prof. Dr. A. AL-ASSAF, American Institute for Healthcare Quality, Associate Dean for International Health, College of Public Health University of Oklahoma, **USA**

Prof. Dr. Seval AKGÜN, Co-Chair, President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara **TURKEY**

Kaya Kars, Turkish Standardization Institute, Director, Regional Office, Antalya, Turkey

10:00 – 10:30 **Coffee/Tea Break**
10:30 – 12:00

CONCURRENT WORKSHOP SESSIONS II

WORKSHOP I

NATIONAL HOSPITAL SURVEILLANCE PROGRAM ON HEALTH CARE ASSOCIATED INFECTIONS AND PREVENTION AND CONTROL OF INFECTIONS IN TURKEY

Moderator

Prof. Dr. Seval AKGÜN, President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara, **TURKEY**

Speakers

Associate Professor Dr. Mustafa ERTEK, **President, Refik Saydam Hygiene Center Presidency, TURKEY**

Dr. Ercan BAL, Director, Division of Communicable Disease, Primary Health Care Department, Ministry of Health, **TURKEY**

WORKSHOP II

SAFETY IN HEALTHCARE: Occupational Health Concerns: How do we protect the Health care Workers

Moderator:

Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI, Akdeniz University, School of Medicine, Antalya, **TURKEY**

Speakers:

Prof. Dr. Levent DOĞANCI, Director, Prevention and Control of Infections Program at Bayındır Hospitals Network Ankara, **TURKEY**

Prof. Dr. Zarema OBRADOVIC, Head of Epidemiology Department, Public Health Institute Sarajevo / Professor, Faculty of Health Studies, University of Sarajevo, Medical Faculty of Tuzla, **BOSNIA& HERZEGOVINA**

Assistant Prof. Dr. Mehtap TURKAY, Akdeniz University, School of Medicine, Antalya, **TURKEY**

WORKSHOP III

Concurrent Oral Presentations (Turkish 5)

Moderator:

Ayfer Bahtiyar, Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye

Speakers:

BY USING PATIENT SAFETY ENDEX, THE SELF ASSESSMENT OF PROF.DR.A.İLHAN ÖZDEMİR HOSPITAL AMD TO IMPROVE PATIENT SAFETY

Opr. Dr. Ahmet Bal, Hem. Hatice Yılmaz, **Tib. Tek. Aynur Çalış**, Tib. Tek. Resmîye Memiş, Tib. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey

EVALUATION OF OCCURENCE VARIANCE REPORTYS WITHIN THE CONTEXT OF PATIENT SAFETY

Başhekim Op. Dr.Ahmet Bal, **Hem. Hatice Yılmaz**, Tib. Tek. Aynur Çalış, Tib. Tek. Resmîye Memiş, Tib. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey

A NEW METHOD TO PREVENT PATIENT FALLS: ELECTRONIC WARNING SYSTEM

Ayfer Bahtiyar, Hilal Şekerci, Ayhan Arisan, Süleyman Özer, Gökay Şakiroğulları, Tefik Tezcaner, Yaman Zorlutuna Bayındır Hospitals Group, Söğütözü, Ankara, Turkey

BLUE CODE SYSTEM

Başhekim Opr. Dr. Ahmet Bal, **Resmîye Memiş**, Hastane Md. Hayrettin Kılıç, Tib. Tek. Aynur Çalış, Adnan Yıldız, Hatice Yılmaz, Süleyman Fatih Menevşe Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey

ATTENTION LEVEL OF NURSES THAT WORK IN SHIFTS

Peker Ayfer; **State Hospital/Bursa/Turkey**
Karaöz Süreyya; Kocaeli University, School of Health Science, İzmit/Turkey

SALON IV

RISKS FACING AT HOSPITAL LAUNDRY

Velaaddin Kilic

Chemical Engineer, Johnson Diversey Technical Customer Services & Application & Traininin Manager

STERILE FIELD PROCEDURES Validation ASPIRATION SYSTEM (HVAC)

Ali BOYLU

Chemical Engineer, EGE NİSAN TEMİZ ODA HİJ.HAVA SİST.TEST VE DOĞR.HİZM.LTD. ŞTİ.

12:00 – 12:30

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, Co-Chair, President Society of Healthcare Academicians, Chief Quality Officer, Baskent University Hospitals Network, Ankara **TURKEY**

MAIN SPEAKERS – CV

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



conference co-chair

- **Prof. Dr. A. F. Al-ASSAF**
- **Congress Chairman, American Institute for Healthcare Quality, Associate**
- **Dean for International Health, College of Public Health Univ. of Oklahoma**

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



Congress Chair

- **Prof. Dr. Seval Akgün**
- **Congress Chair**
- **Başkent University Hospitals Network, Chief Quality Officer, School of Medicine, Public Health Department**

Professor Akgun is a Professor of Public Health in Baskent University School of Medicine and Oklahoma University, School of Public Health with more than 20 plus years of strong experience in data management, statistical analyses, quality and accreditation in health care, patient safety and epidemiological studies including the assessment of burden of diseases and health and nutritional status indices. She is also a quality expert and serving Baskent University as their Chief Quality Officer for the 12 hospitals that belong to the University since 1997. The variety of research topics she has addressed with collaboration of several international technical supports demonstrates the wide scope of her interests in public health and her commitment to a comprehensive and holistic approach to health issues. She serves many European, Turkish and international organizations as their advisor on healthcare reform and on system assessment and monitoring. She led a number of projects in the Middle East and Mediterranean Region (Saudi Arabia, Syria, Kuwait, Jordan, and Turkey); Central Asia (Uzbekistan, Kazakhstan and Azerbaijan) and Europe including projects supported by World Bank, EU and WHO on system reform and evaluation of alternative care delivery models and mechanisms, performance assessment, hospital surveying, patient care outcomes assessment, migrant health, burden of disease among many more such projects. She also accumulated considerable experience performing system assessment, capacity building and performance measurements of a variety of healthcare facilities in rural areas of Azerbaijan and several other Eastern European countries. She serves a number of European, Turkish and international organizations as their advisor on healthcare reform and on system assessment and monitoring and delivered a number of workshops and seminars on system development, data management, and performance improvement to multiple health professional groups in Azerbaijan, India, Saudi Arabia, Jordan, Kuwait, Germany and some other countries.

In her recent experience leading a country-wide project in Azerbaijan; Professor Akgun was able to develop a national 5-year strategic plan and completed a country-wide accreditation and licensing system. Professor Akgun completed a similar but much wider focus project for the Turkish Ministry of Health looking at the burden of the top ten diseases on the economics of the healthcare system in the country in collaboration with the WHO. As an international expert and health service researcher, Professor Akgun has been extremely active in the scientific presentation circles and has presented in excess of 200 presentations to a wide range of audiences world-wide. She is also a prolific writer and has to her credit more than 250 scientific articles and three books in such topics as quality and accreditation in health care, healthcare management, health system assessment and design, strategic planning and data management.

Prof. Dr. Erdal AKALIN,
President of the Turkish
Association of Internal
Medicine Specialists,
TURKEY



- **H. Erdal Akalin, MD, FACP, FIDSA**

Prof. H. Erdal Akalin is a graduate of Hacettepe University Medical School, Ankara, Turkey. He completed his training in internal medicine and infectious diseases at the University of Illinois, College of Medicine, Chicago, USA between 1971-1976. He was a faculty member at the same institute from 1981 to 1983, and was a member of the team for Continuous Medical Education at MacNeal Memorial Hospital, Berwyn, Illinois. On his return to his home country, Dr. Akalin founded the Infectious Disease Section at Hacettepe University Medical School, and was the director of the section from 1983 to 1994. He became professor of medicine on 1988. Dr. Akalin was associate dean for medical education, and was also a member of Continuous Medical Education Commission of the Turkish Medical Association. He is member of 8 international and 5 national scientific societies. He has published more than 250 original articles, presented over 490 scientific studies in international and national meetings, and he is author of 50 book chapters, and editor of 8 books. Dr Akalin's research interests are on antibiotic use, bacterial resistance, health care systems, quality in health care and disease management. From September 1994 to January 2007, he was a director and medical advisor at Pfizer-Turkey, Istanbul, and a team member/leader in various international functions of Pfizer Pharmaceuticals Group, NY.

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;

- 20 years experiences in medical informatics including hospital, regional and national health information systems, Internet systems and Web page development;
- 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

WORKSHOPS - CV

Prof.Dr. Zarema Obradovic



- **Prof.Dr. Zarema Obradovic**
- **Bosnian Ministry of Health**

Place of birth: Stolac, Bosnia and Herzegovina / Status: married, two children

Present Working Status : Head of Epidemiological Department, Public Health Institut Sarajevo / Ass.Professor, Faculty of Health Studies, University of Sarajevo, Medical Faculty of Tuzla, B&H,

Education:

1974- 1978.- High school : "Gymnasium 25 oktobar" Stolac,B&H

1978- 1983. Medical Faculty, University of Sarajevo.

1987- 1990 Specialisation –Epidemiology, Medical Faculty, University of Sarajevo

1990- 1992 Postgraduate study – Medical ecology, Medical Faculty, University of Sarajevo

1997: Master of medical science Degrees Thesis : „Socio-medical study of malaria in Herzegovina and prevention of its appearing" ,Medical Faculty,University of Sarajevo

I have published 117 scientific papers till now.

International engagement : - visiting professor on Medical Faculty in Bucharest, Romania. / external evaluator for Ph.D. thesis on The University Punjab in Lahore, Pakistan.

Associate Professor Doctor Yaman ZORLUTUNA,
Bayindir Hospital, Ankara,
TURKEY



- **Associate Professor Doctor Yaman ZORLUTUNA,**
- **Yaman ZORLUTUNA, MD, Assoc.Prof.**

He was graduated from University of Ankara Medical School in 1977. He completed his residency training at Hacettepe University Medical School, Department of Thoracic, Cardiac and Vascular Surgery between 1977-1983. He was appointed as "Chief Intern" to Upper Residency Hospital in 1983. He received the degree of "Clinical Chief" at Department of Cardiac and Vascular Surgery in 1990 and the title of "Associate Professor" in 1991. In 1992, he contributed the establishment of Bayindir Hospital that was known as Bayindir Medical Centre at that time. He worked as Chief of Staff and Medical Director of Bayindir Hospital since 1995 until 1999. He was appointed as Clinical Chief of Ankara Numune Hospital Department of Cardiac and Vascular Surgery between 2002-2004. He was appointed as Medical Director (2004) and Quality Coordinator (2006) of Bayindir Hospitals.

Today he is on duty as Chief of Department of Cardiac and Vascular Surgery, Director of Medical Services and Quality Coordinator of Bayindir Health Group.

Associate Prof. Eleni PATROZOU,
Athens, GREECE



- **Associate Prof. Eleni PATROZOU,**
- Medical Director, Institute of Preventive Medicine,
- Environmental and Occupational Health, Hygeia Hospital, Greek Center of Disease Control),Consultant, Athens, GREECE

Dr Eleni Patrozou is a Clinical Instructor in Medicine in the Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI. She obtained her Medical Diploma (MD) from the University of Athens, in 2000. She completed her training in Internal Medicine at the Memorial Hospital of Rhode Island, in Pawtucket, RI, USA and subsequently completed her subspecialty in Infectious Diseases at Rhode Island and Miriam Hospital, in Providence, RI, USA. She is certified by the American Board of Internal medicine (ABIM) in both Internal Medicine and Infectious Diseases. Her interests are in infection control, adult vaccinations, and HIV care.

She is currently an Infectious Diseases consultant at Hygeia Hospital in Athens Greece and consultant for the Greek Center of Disease Control and Prevention (KEELPNO). Furthermore, she is the Project Manager for the EU funded project PROMOVAX, a 3-year project that includes 11 associated partners from 9 European countries and collaborators from IOM, WHO and 8 more institutions, in Europe, Asia and the US.

Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA,
Hacettepe University School
of Medicine,
TURKEY

- **Prof.Dr.Yeşim ÇETİNKAYA**
- Hacettepe University School of Medicine (1985-1992)

Postgraduate Eucation:

- 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

Dr. Dina MOURODI,
M.S.BAHARAHIL HOSPITAL
, MAKKAH ,SAUDI ARABIA



- **Dr. Dina MOURODI, M.S.**
- M.S.BAHARAHIL HOSPITAL , MAKKAH ,SAUDI ARABIA

Dina N.S.Baroudi, PhD Anesthesia University of Hannover, Certified in Hospital Accreditation from the American Agency of Quality ,Chairman of Anesthesia Department and Quality & Patient safety Director in M.S.Basharahil Hospital ,Makkah Saudi Arabia ,very much interested in Patient safety issues , Member of the American Society of Quality since 2003 , ISQUA 2006 , Dr. Baroudi Contributed in several events on national and international level as regards anesthesia as well as Patient safety . her several publications specially in Pain and Anesthesia safety were well recognized from American Society of Anesthesia , mother of two children and grand Mother of adorable little Dina.

DR. Madalina Lucic, MD

- **Dr. Madalina Lucic, MD**

Madalina Lucic, MD, is Marketing Director Specialty Care for CEE countries, in Merck. She studied at the University of Medicine and Pharmacy Carol Davila, Bucharest (Romania), from which she earned his medical degree.
Hepatitis is a major area of interest in which she is involved in development of several programs: increase patient access to therapy, screening programs, introduction of the non-invasive techniques as an alternative to liver biopsy in hepatitis guidelines.
She is also very interested in research, mainly in digestive motility and hepatology.
She have also a second University degree, in Psychology (University of Psychology and Social Sciences, Bucharest, Romania).

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI,
Chief Medical Officer,
Anadolou Saglik Group,
İstanbul, TURKEY



- **Metin ÇAKMAKCI. MD, MS, FACS, FACPE**
- Chief Medical Officer, Anadolou Saglik Group, İstanbul, **TURKEY**

Professor Metin Cakmakci has been appointed as Board Member and Medical Director of Anadolu Medical Center on October 15, 2007.
He earned his medical degree from Hacettepe University, Ankara Turkey in 1981 and completed his general surgery residency at the same institution in 1986. He was appointed associate professor in 1989 and professor in 1996 at Hacettepe University.
Throughout his career, Professor Cakmakci has worked at various institutions in Europe and the US. Professor Cakmakci, whose main surgical areas of interest include surgical infections, oncological surgery and breast surgery, health care education and organization, quality and patient safety has published in over 100 national and international journals and is at the editorial board of various journals. He is a council member and past president of the European Society of Surgical Infections and a fellow of both the American College of Surgeons and the American College of Physician Executives.
Professor Cakmakci is intensely engaged in patient safety, healthcare quality, organizational aspects of healthcare and health systems administration and has completed a Health Institutions Administration graduate program. The first, pioneering patient safety organization was founded by him at Acibadem in the year 2000. He is also leading the way in patient safety issues throughout the country.

Dr. Fida KHAN,
Director, Prevention and
Control of Infections Program
at Mouwasat Hospitals,
Dammam, Kingdom of SAUDI
ARABIA



- **Dr. Fida KHAN, MBBS, DTM, MPH, PhD, CIC**
- Director, Prevention and Control of Infections Program at Mouwasat Hospitals, Dammam, Kingdom of SAUDI ARABIA

Dr. Fida Muhammad Khan, had graduated from Khyber Medical University in Peshawar, Pakistan and obtained a degree of M.B.B.S. Dr Khan then joined Pakistan Institute of Medical Sciences as Medical Officer in Islamabad, Pakistan only then to proceed to Ireland to complete his Diploma in Tropical Medicine (DTM) from Royal College of Physicians and Surgeons in Dublin. Later he then left for MPH Program at University of Texas, School of Public Health at Houston Texas in U.S. where he completed his MPH Program. He then received a formal training in Enteric Infectious Diseases under the supervision of Prof. Herbert DuPont, the Program Director. Dr Khan later came to Saudi Arabia and joined Mouwasat Group of Hospitals and became the first full-time Infection Control Physician at Mouwasat in the Eastern Province of Saudi Arabia. Dr Khan has also obtained his Ph.D Degree from U.S. in Healthcare Management. He is also Certified and re-certified in Infection Control (CIC) from CBIC in U.S. Dr Khan has also served for one year as Project Director and Assistant Professor, MPH Program, Institute of Public Health, Khyber Medical University, Peshawar, Pakistan. Dr. Khan has also served as Master Trainer and Resource Person in "Testing and Assessment" in Semester System in Medical Sciences" for Higher Education Commission (HEC) of Pakistan in Islamabad. He has also participated as PCI Chapter Leader in many Joint Commission International Accreditation Surveys in Saudi Arabia. Being a regular national and international speaker, Dr Khan has presented numerous lectures in Infection Prevention and Control, Epidemiology as well as lectures on antibiotics usage in healthcare.
Currently Dr Khan is the leading Infection Control Physician in the region Heading the Prevention and Control of Infections Program at Mouwasat Group of Hospitals Dammam, Kingdom of Saudi Arabia

Dr. Badriya AL-ALI,
joining Hamad Medical
Corporation, Doha,
QATAR

- **Dr. Badriya Al-Ali,**
- **joining Hamad Medical Corporation, Doha, QATAR**

Dr. Badriya Al-Ali currently serves as Executive Director for Quality Management Department at Hamad Medical Corporation. Since joining Hamad Medical Corporation in 1983; she has held a number of positions such as Director of Regulatory and Accreditation Department, Assistant Director Quality Management, Sr. Asst. Director of Nursing and Clinical Instructor in Staff Development .

She participated as a member in :

- Preparing of the Curriculum for the Nursing college with Qatar University and WHO .
- GCC meeting for Quality improvement
- Qatar Cancer Committee
- Joint commission international Advisory Council
- Clinical QI Committee
- HMC Policy Committee
- Participated in HMC Quality day as Speaker

Dr. Badriya Al Ali holds a Ph.D. degree & Masters in Hospital Administration from Alexandria University; and received a Baccalaureate Degree in Nursing from Jordan University. She also got additional Diploma in Education and Training .

As Director of Regulatory & Accreditation Department , one of her major accomplishment is the Joint Commission International Accreditation of HMC – 5 hospitals in 2006 (Hamad, Women's, Rumailah, Al Amal and Al Khor).

As Executive Director of Quality Management Department, she had accomplished the JCI Re-Accreditation of HMC – 5 Hospitals in 2009.

Prof. Dr. Mondher LETAIF,
MD, MPH,
Monastir University
Hospital, TUNUSIA



- **Prof. Dr. Mondher LETAIF, MD, MPH,**
- **Monastir University Hospital, TUNUSIA**

Dr Mondher Letaief is a Professor of Preventive Medicine, in the University Hospital of Monastir, Tunisia. Dr Letaief is managing a Health care Quality research unit in Tunisia. He teaches a variety of public health and epidemiology topics in the faculty of medicine of Monastir, Tunisia. He is also contributing to post graduate quality education and training in Tunisia. Dr Letaief is a member of the WHO/EMRO Patient safety experts and is a WHO consultant in Patient Safety. Dr Letaief is coordinating Quality and Patient safety operation research in Tunisia and He is also consultant with European Commission for reproductive health and population programme in Yemen. Dr Letaief is also member of the WHO World Alliance reviewers for Patient safety small grants and the ISqua conference 2009,2010. Dr Letaief is also member of the JCI North Africa and Middle East advisory Council, and The JCI International Editorial Advisory Board.

Prof. Dr. Jaafar HEIKEL,
Inisan Group, FAS



- **Prof. Dr. Jaafar HEIKEL,**
- **Inisan Group, FAS**

Prof. Dr. Jaâfar Heikel is a 46 years old expert in community health, holding an **MD** degree, **Infectious Disease** specialist (Fellow of the Canadian and Moroccan college of specialist), a master of sciences (**MSc**) in community health, a doctoral degree (**PhD**) in epidemiology, an **MBA** degree in management and finance of organizations obtained at the Universities of Montréal, and Sherbrooke and a **MSc.** in Leadership at the Revans University of London .

- IRCA certified Auditor ISO9001 and ISO22000
- CEO of INISAN a group specialized in health project management
- Professor at the university of Medicine in Casablanca and Marrakech
- Professor at the National Institute of Health Administration (INAS)
- Expert member in the JCI advisory council for Middle East and North Africa

A professional and operational experience of 18 years

- *WHO consultant and good knowledge of international agencies dealing with health projects :North Africa, Middle East, Sub Saharian countries, Southern Europe countries etc...*
- *A polyvalent training in several fields as strategic and operational planification, management, statistics and applied computer sciences.*
- *A three year experience in international project management or consulting in health sector: World Bank, UNPD, WHO, UNFPA, USAID (Canada, USA, Egypt, Tunisia, Saudi Arabia,, Japan, South Africa, Netherland, Italy, France, Spain, Switzerland, Tanzania, Ouganda, Cyprus, Germany) with funding around 17Million\$US/year*
- *A five years experience in health organization management as a regional director of health for the region of Casablanca (6Millions inhabitants)*
- *A six year experience as CEO of English and French companies specialized in health facility management*

**Prof. Dr. Ata Nevzat
YALÇIN,**
Akdeniz University,
Medicine Faculty,
TURKEY

- **Prof. Dr. Ata Nevzat YALÇIN,**
 - **Akdeniz University, Medicine Faculty, TURKEY**
-

Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA
Chair, Department of Medical Informatics,
School of Public Health,
Slovak Medical University,
Bratislava, Slovakia



- **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.

Since early 80-ties she is active user and developer of IT applications in clinical environment (hospital) and education of medical informatics (collection data, analyzing data, trends in health information systems). 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).

Prof. Dr. Levent DOĞANCI
Bayındır Hospital ,Ankara,
TURKEY



- **Prof. Dr. Levent DOĞANCI,**
- **Director, Prevention and Control of Infections Program at Bayındır Hospitals Network Ankara, TURKEY**

Date of birth : 21 March 1957

High School : Ankara Atatürk Lisesi / Wade Hampton High School

Medical School : Ankara University Medical School 1975-1981

Specialty : Infectious Diseases, Gülhane Military Medical Academy 1984-1988

Missions : NATO/SHAPE (Allied Physicians, MD), GMMA (Microbiology & Clinical Microbiology, Chief of Department; Supreme Scientific Council; Member, Ondokuz Mayıs University; Academic Staff MD in Infectious Diseases, BAYINDIR Hospital Infectious Diseases & Hospital Infection Board; Member.

Area of interest : Tropical Diseases, Hemorrhagic Fevers, Hepatitis- B, Bone-marrow transplantation associated infections, Parasitic diseases, Travel Clinic.

SCI-e indexed articles: 72, Editorial referee 6 and text book chapter is 7

Manal Bouhaimed MBChB, PhD, FRCS(Edin)



- **Manal Bouhaimed**
- **Assistant Professor Dr. Department of Community Medicine And Department Of Surgery.,**
- **The Health Sciences Center In Kuwait University, Kuwait**

Ophthalmologist & vitreoretina specialist, Assistant professor with joint appointment in the department of community medicine and department of surgery, Coordinator of ethics teaching at the health sciences center in Kuwait University (faculties of medicine, dentistry, allied health and pharmacy)

Manal Bouhaimed is the member of the national committee of research ethics in Kuwait and health sciences center IRB. She is the coordinator of the undergraduate research committee as well as the head of steering committee to introduce a master program in public health (MPH) to Kuwait University. Manal Bouhaimed is also working as UNESCO consultant to establish a data base of ethics committees and ethics experts in the Gulf Cooperation Countries (GCC).

Dr. Amin NİMER
Suudi Arabistan
CEO, Mouwasat
Hospital, Dammam,
Suudi Arabistan

- **Dr. Amin NİMER,**
- **CEO, Mouwasat Hospital, Dammam, Suudi Arabistan**

Dr. Eman Ahmed Darwish
Mouwasat Hospitals
Network, Dammam

- **Eman Ahmed Darwish**
- **Nationality: Jordanian**
- **Mouwasat Hospital, Dammam**

PhD in healthcare Management - 2009 and had

- Certified Clinical Research Associate – CRA -2009
- several certificates in healthcare quality , Risk management and hospital surveyor
- Bachelor degree in Clinical Pharmaceutical Science –Second Honor degree

Activity & Awards:

- Awarded as speaker in several national and international conferences

- Share as lecturer in several international courses of RM and HCQ

Related Experience:

Corporate Performance improvement Manager –

Mouwasat Medical Services

- Participate in approving and supporting the development and implementation of quality improvement training programs.
- coordination the activities of various committees and task forces working on reviewing and updating performance standards and indicator.
- Team leader of maintaining and coordinating in implementation of guidelines of accreditation programs.
- Team leader in computerized physician order entry system (CPOE)

Implementation and key person in physician training

- Assigned as escort to JCI-international surveyor during different surveys
- Trained physicians/nurses/pharmacists in interpreting JCI standards
- Chairman and Co-Chairman of several hospital committees as Performance Improvement and Patient Safety Council , JCI-steering committee and Accreditation task force and others ..

Consultant Hospital surveyors –Current-

Work closely in different hospitals in different countries in Middle East , providing a consultation and advises in healthcare quality , system design , assessment of performance and JCI accreditation .

AISHA A. AZIZ AL-ZEYARA, Ph. D

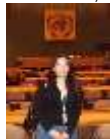
Director of Quality Department, Supreme Council of Health, Qatar



- **AISHA A. AZIZ AL-ZEYARA, Ph.D**
- Director of Quality Department, Supreme Council of Health, Qatar

PhD Heal After her graduation from University Of Jordan, School Of Nursing Al-Zeyara continued her post graduate studies at University of Portsmouth, UK on Research Training and Health Management. Al- Zeyara, who works as a director of Quality Department at the Supreme Council of Health, was participated in numerous national and international conferences, seminars and workshops. Some of which included: 2008 Quality day – Qatar Gas; 2004 “ Canadian Training Center In Human Development” Cairo – Egypt; 2003 Workshop “Evidence-Based Practice” Geneva; 2000 Third International Conference Of The Global Network Of Who Collaborating Centres For Nursing & Midwifery - Manchester, U. K.; 1998 Inter Symposium On “Current Nursing (26th – 28th) Trends & Health Care At King Faisal Hospital And Research Center In Riyadh, Saudi Arabia; 1997 Attended And Participated In A Course Of Quality Assurance At Alleghany Hospital, Pittsburg, Pennsylvania, U.S.A; 1996 2nd GCC Nursing Conference Specialization In Nursing Muscat – Sultanate Of Oman; 1993 Attended And Participated In The First Seminar On “Strategy To Improve Nursing In GCC” - Abu Dhabi, U.A.E.

Dr. Zainab Jabur, MD, MPH,
Consultant psychiatrist and instructor at The Cambridge Hospital, Harvard Medical School in Cambridge, Massachusetts, USA



- **Dr. Zainab Jabur, MD, MPH**
- Cambridge Hastanesi, Harvard Tıp Fakültesi, Cambridge, Massachusetts.

Dr. Zainab Jabur is an attending (or consultant) psychiatrist and instructor at The Cambridge Hospital, Harvard Medical School in Cambridge, Massachusetts. She is a diplomat of the American Board of Psychiatry and Neurology and holds a subspecialty in Psychosomatic Medicine. Dr. Jabur completed a fellowship in consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine as well as a chiefship in emergency psychiatry. She is currently a staff psychiatrist on an inpatient adult medical psychiatric unit and on the consultation service, responsible for direct patient care as well as the supervision of residents and medical students. In addition, Dr. Jabur completed a masters degree in public health with a concentration in international health at the Harvard School of Public Health. She has worked with the World Health Organization Mental Health Evidence and Research team in Geneva on the WHO AIMS Project, which helped countries evaluate their mental health systems.

Dr. Alishaq M.
Infection Control Coordinator, Hamad Medical Corporation, Doha, Qatar



- **Dr. Moza Alishaq,**

Ph.D. in Nursing Science, Specialization Patient Safety and Human error from USA, Post Master of Science in Nursing Certification Nursing Administration from USA, Diploma in Infection control training program from Kuwait, Masters of Science in Health Science, University of Arkansas, USA, Bachelor in Nursing, University of Doha, Qatar. Recently Director of Infection prevention and control program, previous career 2003 Senior Infection Control Coordinator, infection control coordinator at Hamad Medical Corporation, Doha, Qatar. A member of scientific committee, Chairman/co-chairman of a scientific program sessions, of the 4th Annual Meeting of GCC-Center for IC & 4th SHEA/CDC Training Course in IC, Member in Muslim Students Association, ISU, USA, Infection Control Committee secretary, Member in the Middle East Infection Control Congress, Middle East, Member in Waste Management Disposal Committee, Member in Central sterilization Service Standard Policy and Planning, Quality Management Standard Policy, Infection Control Committee representing Nursing,, the Sub-Committee of Quality Assurance.

Uzm. S. Kaya KARS
T.S.E , Manager of Antalya Personel And System Documenting



- **Uzm. S. Kaya KARS**
- T.S.E , Manager of Antalya Personel And System Documenting

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 og 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 duties 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 Personel And System Documenting and stil maintains this task, is also a trainer and official of ISO 9001 ISO 14001 TS 18001 ISO 22000 Main Scrutiny.

Associate Professor Dr. Mustafa ERTEK,
President, Refik Saydam Hygiene Center Presidency, TURKEY

- **Associate Professor Dr. Mustafa ERTEK,**
- President, Refik Saydam Hygiene Center Presidency, TURKEY

He was graduated from Ataturk University School of Medicine in 1985 then specialized on infectious disease in 1998 and be an associate professor at the department of Infectious Disease, Ataturk University School of Medine in 2005. He was appointed as President, of Refik Saydam Hygiene Center in 2006. He is currentlt president of this institute, has 12 articles published at ISI index journals and published 48 articles in different journals

Dr. Ercan BAL, Director,
Division of Communicable Disease, Primary Health Care Department, Ministry of Health, TURKEY

- **Dr. Ercan BAL,**
- Director,
- Division of Communicable Disease, Primary Health Care Department, Ministry of Health, TURKEY

Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI
Professor, Division of Endocrinology & Metabolism, Department of Internal Medicine, Akdeniz University Medical Faculty Dean, ANTALYA



- **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

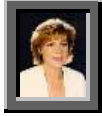
Assistant Prof. Dr. Mehtap TURKAY,
Akdeniz University, School of Medicine, Antalya, TURKEY



- **Assistant Prof. Dr. Mehtap TURKAY,**
- Akdeniz University, School of Medicine, Antalya, TURKEY

Dr. Mehtap Turkay, was born in Manisa/Turkey in 1970. She graduated from Akdeniz University Faculty of Medicine in 1995. Dr. Turkay began public health education in Akdeniz University Faculty of Medicine Department of Public Health in 1999. She became public health specialist in 2004 and Assistant Professor in 2007. Dr. Turkay who is assistant professor in Akdeniz University Faculty of Medicine Department of Medical Education has served as Coordinator in Akdeniz University Hospital Occupational Health Unit.

Demet HAYALİ YILDIRIM
İzmir Provincial Health Deputy Director, İzmir, TURKEY



- **Demet HAYALİ YILDIRIM**
- **Provincial Performance and Quality Coordinator**
İzmir Provincial Health Deputy Director

In 1985, 9 Eylül University Faculty of Economics and Administrative Sciences in 1995, graduated from Anadolu University Faculty of Business. Administrative and Financial Affairs Directorate of Ontario Health Branch for many years worked. Administrative Director of Financial Affairs, Directorate of Çeşme and İzmir Atatürk State Hospital, Director of Training and Research Hospital, has held assistant tasks. In 2002, the Provincial Health Director has been appointed as assistant. Since this date in Ontario hospitals in Quality Work, Training and Consulting services provides. Quality Management Systems, Health and Quality Performance, Corporate Services Management, Health Management Systems, Patient Records and Archive Files and areas of interest are research subjects.

Prof. Dr. Mamoun Elsheikh Abdel Rahim Elsheikh
Hamad Medical Corporation, Doha, Qatar

- **PROF. DR. MAMOUN ELSHEIKH ABDEL RAHIM ELSHEIKH**
- **Hamad Medical Corporation,**
- **Doha, Qatar**

PROFESSOR DR.MAMOUN ELSHEIKH ABDEL RAHIM ELSHEIKH is Assistant Executive Director, Infection Prevention & Control Program, Chairman, Corporate Infection Prevention & Control Committee, Hamad Medical Corporation Doha, Qatar. Chairman, Infection Control Committees (Infection Control Units) & Senior Consultant Microbiologist/Virologist at different hospitals, KSA, UAE & Germany and Professor of Microbiology & External Examiner, at different Universities

He has the following degrees;

- Certificate of Specialist Training in Medical Microbiology, Medical Board of Lower Saxony (Arztekammer), Federal Republic of Germany (FRG) (1991)
- MD- Renal Involvement in Infectious Diseases, Hanover Medical School, Federal Republic of Germany (1988)
- Diploma – Physician in General Medicine (Doctor Medic) , Faculty of Medicine, Bucharest University, Romania (1981)
- Advanced Disaster Administration & Management Support Course (ADAMS), Hamad Medical Corporation, Doha, Qatar (2006).
- Immediate Life Support (ILS), Hamad Medical Corporation, Doha, Qatar (2006, 2009)
- Essential Disaster Administration & Management Support(EDAMS)

Over seventy publications in internationally recognized journals & many presentations in international and regional conferences and workshops

Dr. Guldem OKEM,
Health Economist, CEPS, Brussels, BELGIUM



- **Dr. Guldem OKEM,**
- **Health Economist, CEPS, Brussels, BELGIUM**

Is a Research Fellow in CEPS, Economic & Social Welfare Policies and responsible for health sector related projects. She graduated in 1989 in Economics from the Department of Economics, Middle East Technical University, Ankara, Turkey. She obtained a M.Sc. in Management of Health Institutions from Hacettepe University, Ankara in 1993 and a M.Sc in Health Services Management from the London School of Hygiene and Tropical Medicine IN 1994. In 2007 she obtained a PhD in Economics (*Micro and Macro Aspects of Health Economics in Turkey*) from the Department of Economics, University of Marmara, Istanbul, Turkey. Her background includes posts as a Consultant in Health Economics and Finance in the Ministry of Health, national expert on Turkey for the WHO, research assistant at the School of Health Administration, Hacettepe University, lecturer in microeconomics, macroeconomics and health economics at the Baskent University School of Health Sciences, Health Economist and Research Assistant at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, and Consultant in Health Economics and Finance at the Social Security Institution, Ankara, Turkey Z. GülDEM Ökem is responsible for research in health economics and health sector projects in CEPS. She is the Project Coordinator of the Assessing Needs of Care in European Nations, ANCIEN Project financed under the 7th EU Research Framework Programme. She coordinated the study on Epidemiological and Economic Assessment of Hepatitis C Virus in CEE and CIS Countries. She is conducting research on Systemic Innovation and Issues in Market Access for Turkey to the European Union in Health Services and Products. Her areas of expertise are health economics and finance, comparative health systems, health sector policy analysis and development, assessment of equity in health services.

ORAL PRESENTATIONS

SESSION-ENGLISH 1-

- **THE EFFECT OF IMPLEMENTING THE CBAHI (CENTRAL BOARD FOR ACCREDITATION OF HEALTHCARE INSTITUTIONS) STANDARDS TO PATIENT RIGHTS AND SAFETY IN KING SAUD MEDICAL COMPLEX IN RIYADH SAUDI ARABIA**
- **Dr. Saifaldeen I. K. Shodari, MD, DGO.MPH.FAIHQ.PSO**

Accreditation process recognizes and attests the conformity of a healthcare organization in the quality of care and services they are providing, it increases the confidence of an organization as well as reducing risk and awareness to patient safety. Going through this process under the CBAHI standards has been a big drastic change in the concept of Quality, atmosphere of change is all over the organization like bending a thick iron bar with your bare hands, you can almost taste the pain of change, its like pouring all the staff outside the organization and screening one by one to be able to introduce the concept of Quality Improvement and patient safety, every detail and importance of the process has to be communicated, integration of all the programs and plans should be done. The CBAHI standards have introduces us to a lot of new system which help us knew our strengths and the areas of improvements through comparing our present status to the set of standards provided to us. The most important benefit we get in this process is the transfer of new innovation in providing care and services; we are challenged in meeting as well as exceeding the expectation of our clients, as well as coping with heightened demand for excellence in healthcare, it is a proven fact that it is the right of the patient to be provided with the quality of care and services, all improvement leads to dimensions of quality. We felt it, the changes, and the clamor for quality has begun and quality improvement & patient safety has become a layman's term.

Objective: To showcase the effectiveness of Accreditation process in Patient rights and safety

Result: Awareness of the importance and implication of the process of accreditation in Patient rights and safety.

- **CENTER OF EXCELLENCE FOR THE PRIMARY HEALTH CARE , MUSCAT-OMAN EXPERIENCE**
- **Dr. Ahmed Al Khonji**
- Director General of Health Services –Muscat–Sultanate of Oman

The Center of Excellence is a new concept which was implemented for the first time in the Primary Health care this will complement the clinical and social care governance arrangements within the primary Health care and aids in organizational developments that are necessary to ensure continuous improvement of health care services provided to the community.

The Primary Health care is one of the most flourishing services of the Ministry of Health. All the health center were selected (23Health Centers) apart from small health centers which operate in different willayets in Muscat and this no. will surly escalate to provide different services to the community for instance GP clinic, Specialty clinic (DM/HTN), MCH, IMCI Etc.. The center of excellence will focus on activities from all the programs in the region which run throughout the year which is quite intensive based on a scale provided. At the end of the year the points are calculated and health centers which have achieved more the 90% of the criteria will be certified as the Center of Excellence.

- **A SIMPLIFIED APPROCH FOR SUCSESSFUL IMPLEMENTATION OF INTERDESIPLINARY PATIENT SAFETY PROGRAM .**
- **Baroudi , D; Eddaal ,A**
- **M.S.BAHARAHIL HOSPITAL , MAKKAH ,SAUDI ARABIA**

Objectives: To describe our Approach in simplifying the implementation of the patient safety program in Mohamed Saleh Basharahil Hospital , Makkah ,KSA .Methods:

To set up a patient safety program in hospital is relatively an easy task, most healthcare facilities are confronted with the obstacles in implementation , we established an implementation model simplify the processes and increase the like hood of having a safer care , with emphasizing on the importance of establishing a safety culture in a patient center care , we implement our approach in operating room , Recovery room and intensive care unit , the positive results we obtained through this implementation allowed us to implement the same approach hospital wide.

Results : The simplified model of patient safety implementation succeed to reduce adverse event is the hospital and met patient expectation , joining all patient safety activities under one umbrella , improving the culture of safety and having a patient centered care along with increase awareness on patient safety issues are the corner stone of this approach .

Conclusion : Implementing a patient safety program is a difficult task , the healthcare provider must have a simple approach for implementation in order to obtain the desired outcome.

- **NURSES PERCEPTIONS OF SAFETY CULTURE AT HAMAD MEDICAL CORPORATION IN THE STATE OF QATAR**
- **Dr.Moza Al-Ishaq-Senior.**
- **Infection prevention and control program, Hamad Medical Corporation, Doha, QATAR**

The ability to improve th safety of patient care delivery is dependent on the safety culture, or norms surrounding reactions, following n error, the learning that takes place, and the proactive strategies in place to prevent future errors.

Objectives: to assess registered nurses' perceptions of safety culture in the units where they provide nursing care at HMC.

Methods: Using a modified version of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) patient safety culture an instrument (Hospital Survey of Patient Culture). Eight hundred surveys were distributed to all randomly-selected nurses from eight targeted clinical services with a response rate 57%.

Results: Survey results were compared with those from US hospitals using the original AHRQ survey. Ranking of subscales for this study in terms of strengths and areas needing improvement were almost identical to the ordering of US hospitals results, with teamwork within units ranked highest and indicating a strength; and the subscale non-punitive response to error the lowest and indicating an area for improvement. Positive response rates in terms of safety culture for this study were generally lower on most subscales compared to the US results and may reflect the intensity of patient safety improvement activity in the US over the last eight years in response to the Institute of Medicine's report on medical errors in 1999.

Conclusions: Results from this study over a baseline measurement for safety culture at HMC and beginning adaptation of instrument that can be used in other Middle Eastern healthcare organizations in the future.

- **AN OUTBREAK OF PSEUDOMONAS AERUGINOSA IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT**
- Alishaq M, and **Alkhowaiter J**, Hamad Medical Corporation, **DOHA, QATAR**

Objective: To describe an outbreak of Pseudomonas Aeruginosa (PSA) infections in a neonatal intensive care unit (NICU), determine risk the factors, and make preventive recommendations.

Methods: NICU is a 71-bed, 39-beds Intermediate care unit I/II, and 32-beds in ICU level II/III. PSA was isolated from different body sites of eleven babies in NICU during an outbreak between October-December 2008. Environmental swabs were taken from tap faucet filters, hand lotion, Ultrasound and Echo gel, and inside the pipes.

Results: 11 babies acquired PSA; 9 from conjunctival, 1 septicemia, 1 ventilator associated pneumonia, 1Thoracentesis fluids, 1 Gastrostomy site, and 2 peritoneal fluids. Environmental investigations demonstrated the presence of PSA in 7 tap water faucet electrophoresis (PFGE) of clinical isolates of PSA were similar to those of faucet isolates.

Conclusion: This study determines the association between PSA infection from tap water faucets and the prevalence infection of babies in NICU. Measures directed at strict adherence to infection control practice and making the water supply safe may prevent PSA infection and other waterborne pathogens. the healthcare providers were emphasized to change gloves when giving eye care, cover babies eye during oral and nasal suctioning, hands should be washed before and after removing gloves, temporary using water bottles instead of tap water for baby's and cleaning and disinfecting all tap faucet. Implementation of these measurements effectively stopped the occurrence of PSA infections.

SESSION ENGLISH 2-

- **POSITIVE EFFECTS OF A NURSE CHECKLIST TO IMPROVE PATIENT SAFETY AND FLOW CHART IN AN EMERGENCY DEPARTMENT**
- **HAOUET Karim, NAJJAR Amira, TALBI Sami, AJMI Wahid.**
- Emergency Department, Charles Nicolle Hospital, Tunis, **Tunisia**

Objective : The aim of this study is to assess the impact of a checklist for chief nurses to improve patient safety and reduce overcrowding at an emergency department.

Methods : A checklist was prospectively completed by the chief nurse of the emergency department during three months. The items concerned the state of the department, availability of specialist physicians and radiological examinations, overcrowding and patient aggressively.

Results : During this period, 16 479 patients was admitted at the emergency department and 200 checklists was completed. Comparing the first 100 checklists (first period) for the last 100 checklists (second period) showed better respects of the protocols, decreased outages, better management of radiological examinations, unavailability of specialist physicians (13% vs 3.5%), a decrease of overcrowding and patient (27% vs 14.5%) or family aggressively (10% vs 1%).

Conclusion : Implementation of a chief nurse checklist is an overcapacity protocol which can improve patient flow, patient safety and overcrowding at an emergency department.

- **PHYSICAL RESTRAINTS AND SECLUSION", PATIENT SAFETY ISSUES ON MENTAL HEALTH**
- **Dr. Zainab Jabur, MD, MPH,**
- Consultant psychiatrist and instructor at The Cambridge Hospital, **Harvard Medical School in Cambridge, Massachusetts, USA**

Historically, physical restraints and seclusion have been used to control the behavior of people with mental health conditions in a variety of settings, including emergency rooms, medical wards and psychiatric treatment facilities. Over the past two decades, however, these practices have come under intense scrutiny as researchers and clinicians have determined the results of significant physical and psychological risks – including death, disabling physical injuries, and significant trauma. Many effective and inexpensive alternatives were developed and have demonstrated that the use of restraints and seclusion significantly be reduced with safer outcomes. In addition, worldwide, stricter regulations have been developed to help prevent the misuse of restraints and protect the health and human rights of patients.

- **DOES THE UNITED STATE'S VA OFFER HIGH QUALITY, SAFE, AND LOW COST CARE?**
- **Weeks WB** (The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice)
- **Wallace AE** (The White River Junction, VT VA Medical Center and Dartmouth Medical School)

Objective: We sought to determine whether the United State's VA system, which serves about 6 million US veterans each year, provides high quality and safe health care at a low cost.

Method: For fiscal years 2001-2007, we used data from the National Center for Health Statistics to calculate VA's per capita health care costs. We used data from the Medical Expenditure Panel Survey to calculate the average market value of health care received by patients who used the VA for health care. In addition, we examined several measures of health care quality provided by the VA and the private sector. Finally, we compared mortality rates for VA patients who obtain care within the VA as opposed to outside of it, in the private sector.

Results: Overall, VA healthcare costs 33% more than it would if purchased in the private sector (95% CI: 19% - 52% more), while VA inpatient care costs were 56% higher (95% CI: 27% -105% higher). VA maintains a quality advantage in outpatient care, performing on most process measures at a higher rate than the Medicare system does. However, the VA's inpatient advantage on process measures has narrowed over recent years. Further, there is evidence that VA's surgical care has worse outcomes than private sector surgical care; providing this surgical care through the private sector would reduce VA patients' mortality rates by 23%, saving between 75-345 lives each year at a lower cost of care.

Conclusions: VA's health care costs are considerably higher than could be purchased in the private sector. The VA is unable to compete financially for most surgical specialties, paying far less than the 25th percentile of Associate Professors in like specialties. Because of poor outcomes, high costs, and an inability to recruit and retain high quality surgeons, the VA should consider outsourcing inpatient services to high performance private sector hospitals.

- **SURGICAL SERVICE IMPROVEMENT INITIATIVE AT RUMILLAH HOSPITAL**
- **Nazila Afghani,**
- Assistant Director of Nursing/Director of Nursing, Rumailah Hospital,HMC,Doha ,Qatar

Elective surgery cancellation was reviewed over a two years period for 9274 booked elective cases. Initial data analysis showed 20% cancellation rate of surgery. Three main focused areas for improvement were identified as OR-Utilization, Patient and family education and establishment a system for pre-operative medical and non-medical clearance. The retrospective review of all surgical cases before and after implementation of Pre Assessment Surgical Screening Clinic (PASS) , changing the admission pathway and initiating the OR- coordination was compared .Case cancellation during both periods were compared and statistical analysis was performed using the SPSS and chi-square test. The data were analyzed in terms of the reasons for cancellation. With in 6 months, we found PASS had a great impact on reducing the Patient No Show (Non-medical reasons) from 14% to 3% and significant improvement on hospital reasons and other reasons categories although was not able to control the acute medical reasons. OR-Utilization from 72% reached to 90% and surgical units' bed management revision optimized the bed utilization from 50.47% to 88.2%.The next steps will be focused on reducing the cancellation of elective cases in part of medical reasons and designing an admission /discharge lounge for all surgical patients.

- **IMPROVEMENT OF OVA REPORTING, PROCESS IN RUMAILAH HOSPITAL at Hamad Medical Corporation**
- **Ruby Socorro,**
- Assistant Director of Nursing/Director of Nursing/ Nursing Office,Rumailah Hospital,

SESSION-1-

- **IS BENEFIT IN HOSPITAL AIM OR MEANS?**
- KILINÇ A.Selçuk¹
- ¹ İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye,

ABSTRACT

Hospitals are medical establishments which have been organized to supply humans' health needs. On one hand it provides and market services, on the other hand it has to maintenance own existence like every organizations. This situations raise a question whether the benefit is aim or means.

Althoughs still aim of benefit are perceived different for public and private sector, effective financial management both guarantee organization's exist, and it can verify social benefit which existence cause.

Key Words: hospital, business, benefit, aim, means

- **EVALUATION OF STAFF SATISFACTION QUESTIONNAIRES FOR PATIENT SAFETY STUDIES AT GİRESUN ORAL AND DENTAL HEALTH CENTER**
- **YILMAZ, Hülya , Giresun Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi / Giresun / Türkiye**
- Translation; YILMAZ, Taylan, Giresun Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi / Giresun / Türkiye

OBJECTİVE: Evaluation of patient safety studies and patient safety approach in Giresun Oral Dental Health Center founded in 2008 with the help of staff satisfaction questionnaires conducted between 2008 and 2009 for staff perception and awareness level and sharing the betterment studies related to this matter.

METHOD: To assess presence and perception of studies conducted for patient safety, managements approach to patient and staff safety ,we compared the answers given at Ministry of Health's Performance in Health and Quality Guideline questionnaire question number 7,8,10,11 between the years 2008 and 2009.

FINDINGS: Question 7; have you had a training concerning your unit regarding patient and staff safety (patient admission, i.d. data registration, applying the right treatment to the patient, preventing patient fall accident and get hurt, privacy etc. issues)even though the number of people answered yes to this question in 2009 decreased %6 percent comparing to the previous year, number of people who answered 'partially' to this question increased %12 percent and the number of people answered 'no ' decreased %6 percent.

Question 8:Have you had adequate training for reporting situations violating patient and staff safety, number of people answered" yes completely "for this question increased %21 percent comparing to the previous year , number of people answered "yes partially" decreased %28 percent and number of people answered "no" decreased %8 percent.

Question 10: Is the hospital management doing enough preventive and corrective studies regarding patient staff safety; number of people said "yes completely" increased %9 percent comparing the to the previous year ,people said "yes partially" decreased %9 percent ,people said "no" increased %2 percent.

Question11: What kind of approach is being shown by the hospital management regarding reporting problems about patient and staff safety? The number of people said "for solving problems solutions being produced with related personnel about the mentioned area and necessary precautions are taken "increased %11 in 2009 comparing to 2008, the number of people said "for solving problems solutions being produced and necessary precautions taken but it s not enough" decreased % 3 percent, the number of people said "problems are being ignored" decreased % 4 comparing to 2008

RESULT: At all proposals generally there has been an increase in a better way comparing to 2008 but it has been stated that" Education for Patient Safety" did not create enough perception and awareness . In 2010's education plan, Patient and Staff Safety issues must be addressed more thoroughly .It has been observed that Patient and Staff Safety Violation reporting education was adequate and staff's trust about enough corrective and preventive precautions are taken, improved Increase in the number of people thinking that , "reception of approaches exhibited at reporting of patient and staff safety problems , solutions being developed with the help of staff and necessary precautions taken by the hospital management " ,shows us that efforts being made , training and administrations positive attitude in patient safety is effective

SOURCE:

1. Ministry of Health , Performance and Quality In Health Guideline 01/09/2008
2. Performance and Quality In Health Guideline , Staff Satisfaction Questionnaire Application Manual app.8

- **A RESEARCH ABOUT HOW THE PEOPLE WHO LIVES IN KOCAELI PERCEIVE AND USE THE HEALTH SYSTEM**
- **Toker-Kaya,Fikriye**
- **KOÜ – Kocaeli University, TURKEY**

Aim : In this research it was aimed to analyze how the people in Kocaeli perceive and use the health system.

Method : Therefore it was interviewed with total 524 people, aged 18 and above and 110 doctors in Kocaeli. The results were analyzed with SPSS 10.0.

Findings: 70 % of the people prefer to go to the physician, but they do not rush to go to the physicians; %30 of people who wait to recover by themselves . Although getting the medicine from Chemistry, going to mosque hodja, trying the folk remedy are low (visiting the mosque hodja 0.4 %; trying the folk remedy 0.4 %). 70 % of them had never been to a physician for a check-up,

30.9 % of the physicians who work in Kocaeli said that they were treatable and 41.2 % of them said that they were at late stage.

25 % of them didn't know where to go, 29.4 % believed that they couldn't explain their problems, 3 % found hard to express themselves because of their culture, % 17 because of their bashful nature, 1.5 % wouldn't go to the physicians who is opposite sex because of their religion, 1.9 % wouldn't go to the opposite sex physicians because of their culture. 39 % would prefer to go to the physicians that specialist on their field.

One of the striking results in this study is that, 17.8 % of living in Kocaeli don't beleive that the physicians can actually heal.

% 27,9 of them said that they do have enough information about health system. % 14 of them are generally glad the health services. % 41,7 of them are not glad about health system but the rate of their feeling themselves safe in the system is % 59.

Result: As a result of this study, and the data gathered showed that firstly the health system itself which affects and determines the behaviour of the people who live in Kocaeli that is how far they access to the health service, and that how being beneficial for them. Culture and beliefs are being a secondary effect in their behaviors.They prefer to go to the doctors when they are sick.

- **"RISK ASSESSMENT ON HEALTHCARE"**
- **Ramazan USTA**
- **Turkish Standards Institution, Lead Auditor and Instructor of Quality, Environment and OHSAS Management Systems**

ABSTRACT

Today, any innovation like a new substance, method, technique, device or curatory method in sanitary services brings up new risks for patients, their relatives, healthcare workers, working spaces and environmental health

To find opportunity and to eliminate these risks, patients, their relatives and healthcare workers should be aware of their own health security, being in safe in working spaces and supplying the security of healthcare services.

Risk Assessment System with a widely usage and Occupational Health and SafetyManagement System, a higher level of Risk Assesment System, are both effective in improvement of healthcare conditions which is highly important for patients, their relatives, temporary workers, subcontractor workers, sick callers and other people in the same space.

Consequently, for patiens and healthcare workers, supplying better sanitay conditions, protecting against present and potential risks and making assessment, management and elimination of these risks are beyond the national probşems and could be taken as an international problem effecting each person in healthcare services.

Risk Assessment System and Occupational Health and Safety Management System are the tools which is suitable in elimination of the problems and improvement of sanitary working conditions. These tools are necessary in determination of realization of each person's expectations and decisions in the healthcare system and responsibilities of healthcare workers to patients and vice versa.

Key Words: Risk Assessment, Patient Rights, Occupational Health and Safety

- **COMPARISON OF PRIVATE HOSPITALS' SERVICE QUALITY STANDARDS BY HEALTH MINISTRY AND JCI ACCREDITATION STANDARDS**
- **CAKMAK, Guler**
- Quality and Patient Relations Director, Medical Park Hospitals Group, Istanbul / TURKEY

Objective: Our purpose is to compare Private Hospitals' Service Quality Standards by Performance Management and Quality Improvement Department in the frame of "Turkey Health Transformation Program" and JCI Accreditation Standards

Method: Comparison is made by using source scanning method between the guidelines.

Findings: Turkey Health Transformation Program declares inadequacy of health institutions about qualitative service offering (service procedures and service performance measurements) although authorization and organizational structures are well established.

We observe that some private hospitals follow JCI Accreditation Standards for patient and staff safety in our country. Private Hospitals' Service Quality Standards include JCI Accreditation Standards and Health Ministry legal procedures.

Private hospitals service quality standards contain 11 parts approximately 581 standards, JCI Standards are divided two essential parts approximately 1400 standards.

As a result of this comparison, health quality services in Turkey with these new standards will develop in same direction for all hospitals (private and public) at the same time by following international quality health standards. This project will be "A Big Reform in Health Services" by providing our country safe, effective, fair, patient focused, economic, on time offered service conditions.

RESULTS: Private hospitals service quality standards contain approximately 581 standards; JCI Standards are approximately 1400 standards.

This comparison shows us that Private Hospitals' Service Quality Standards of Health Ministry meet the requirements of Patient-Centered Standards and Health Care Organization Management of JCI.

SESSION-2-

- **PERCEPTIONS OF NURSES CONCERNING WITH MEDICATION ERRORS AND REPORTING CULTURE**
- **SEREN Seyda***, **GUL Gulnur****, **BOL Pınar****, **GERCEKER Başak****, **BICER Elif****
- Dokuz Eylul University School of Nursing, Nursing Management Department, Izmir, Turkey
- ** Dokuz Eylul University Health Science Institute, Quality Management and Accreditation in Health Care, Master Student, Izmir, Turkey

ABSTRACT

Objective: The most important part of nursing functions and responsibilities is made up of the drug administration. It is required that the drug administrations in the conception of patient safety and the strategies related to inconvenient situations in this matter should be improved. This study was carried out with the aim of determining the perceptions of nurses concerning with their medication errors and evaluating in terms of reporting culture.

Method: This research made as descriptive was executed in the hospitals of two publics and one university. The sample of research included nurses (n=332) accepting to participate to research. It was used a survey consisted of three sections and 34 questions as data collection tool. The six questions including the socio-demographic characteristics of nurses in first section, 25 questions covering the perceptions of nurses concerning with the medication errors and reporting of errors in second section, and in last section, three questions from sample events covered of medication errors were asked. The survey was developed as a result of literature review by the researchers. It was formed as five points Likert type and format from multiple choice. The data was evaluated by using descriptive statistical.

Results: Of all the nurses, 33.7% indicated that there was not any kind of system in their institution that they could report the errors of drug administration and 34.3% of them pointed out that they have not got any ideas for filling the sentinel events forms and about the way to be followed. Overall, 57.5% of all nurses believed that it was absolutely necessarily to be informed with the help of the sentinel events forms. But, 37.3% of them informed of medication errors. The most (53.9%) important ones among the reasons of the nurses did not report the medication errors were at first, there was no sentinel events form. Secondly, the drug administrations were not described in a clear way in their hospital. Of all the nurses, 61.7% accepted that there were some near miss errors and 67.2% of them informed that the errors should be reported. When the cases concerning with drug errors were given to nurses, 57.5% of them did not determined one of the medication errors as an error in drug administering, which could be clearly considered as an error.

Conclusion: The results of the research reveal that nurses are very well aware of importance in reporting the medication errors, however, it is obviously seen that the way of corporate governance and the culture in institution effect adversely and negatively the notifications to be informed. We come across as a conspicuous result that the notifications are not proceed because the errors in drug administration were not considered as a mistake. The results lead the way to the managers in management for describing the institution's policies and procedures, instructions and enabling all employees to comprehend and perceive the culture of organization in the same manner and implementing the reporting culture reporting.

Key words: Drug Administration, Medication Errors, Reporting Errors, Reporting Culture

- **RECONSTRUCTION OF THE DRUG MANAGEMENT SYSTEM AND IT'S EFFECTS ON THE MEDICATION ERRORS**
- Mehmet Özgür ÖZHAN, Mehmet Anıl SÜZER, Ayça BOZOKLU, Şule SARIKOYUNCU EMRE, Elvan ULUDAĞ, Ceyda ÖZHAN, Nedim ÇEKMEN, Mehmet Burak EŞKİN
- TDV 29 Mayıs Hospital, Ankara, TURKEY

AIM: Medication errors are main causes of mortality and morbidity in hospitals and also result in the interruption of the first line therapy, need for an additional treatment, discharge delay and increase of overall costs. Therefore, we aimed to investigate the effect of a newly created medication management system on the medication errors in our hospital.

METHODS: A team including hospital director, quality coordinator, pharmacist and nursing service manager has retrospectively evaluated data obtained from regular hospital controls, accident notification forms, inventory control system and complaint forms in past 3 months to determine the cause of medication errors.

There were 27 reported events of medication errors (9 events/ month and %1.1 of all patients) in last 3 months and one patient was treated in the ICU. The others had not required any treatment. The reasons for the errors were determined as follows: inadequate knowledge of patients and hospital staff about the disease and medication, excessive medication storage in services, lack of communication between pharmacist, nurse and physician and insufficient physical condition of drug preparation rooms. Initially, all medications except emergency medications, were collected from services except ICU, ER and OR and transferred to pharmacy. Individual drug containers have been designed in services and a new labelling and shelf system in the pharmacy.

A new drug application flow chart was designed. According to this chart, all drugs of patient were taken at the admittance in the service. After drug order has been completed, a nurse recorded the order into nurse order and hospital drug management program and transferred to the pharmacy. After order control, drugs were prepared and labelled by the pharmacist and transferred in separate container bags to the service. They were placed in distinct drug containers and then given to the patients according to the order. The nurses and patients were informed about this practice.

RESULTS: The evaluation after two months revealed that the number of the medication error events were 10 (5 events/month and 0.64 % of all patients). Seven events happened at first month and three at two months. The incidence of medication errors were reduced approximately 35 %.

CONCLUSION: We think that medication errors which consist 3-7 % of all malpractice deaths can be reduced with reconstructions of the medical management system and education of patients and medical staff.

- **INVESTIGATION OF PYXIS MEDICINE MANAGEMENT SYSTEM IN RESPECT TO THE PATIENT SECURITY**
- Gönül Yıldırım*, Gülten Akıncı*, Çiğdem Toprak**, Sevgi Erdal***, Yeşim Çetinkaya Şardan****
- Hacettepe University, Ankara, Turkey

The developed centers around the world prefer the unit dose medicine system instead of classical medicine management because of many experienced serious security problems about medicine and equipment usage. After hospitalization, medical treatment is performed for almost all patients. Mistakes have been detected about the name, dosage of the medicine, similarity in appearance and about the route of medication in clinical management.

PURPOSE: The purpose of pyxis medicine management system is to provide confident and patient-specific nurse care in respect to the eight rules of medication, by the way of decreasing work load of the nurse (medicine with passed last usage date, medicine load in services, medicine used out of registration, medicine with inappropriate deposition) other than ordinary occupation.

METHOD: A questionnaire with 33 questions has been performed for 103 of 1074 nurses occupied in Hacettepe University Hospitals to detect the opinions of the nurses about the pyxis medicine management system and to investigate the supplementations of the system.

QUESTION	RESULTS
Misreading of the dosage of the medicine because of hand-written medicine order	% 54
Misreading of the name of the medicine	% 61
Misreading of the route of the medication	% 37
The repetition of the last order for many times without regulation with specific intervals	% 74
Wrong medication because of similarity in appearance of the medicine	% 13
Direction of wrong medicine / wrong dosage from pharmacy to the clinic	% 65
Direction of medicine with passed last usage date from pharmacy to the clinic	% 55
Obligation of the nurses to follow –up the last usage dates of the medications	% 48

CONCLUSION: According to the results of questionnaires, it has been detected that the nurses were highly satisfied with the pyxis medicine management system (%94).

The main reasons of the satisfaction are:

1. The decrease in technical work load of the nurses.
(Registration of medication, regulation of the locations of the medication %98)
(Inappropriate loading of medication in the clinics, the obligation of loading of medication in long lasting holidays %88)
2. The new responsibilities given to the pharmacy about the clinics, which facilitates the medicine management of the nurses.
3. The opportunity of the nurses to work in a patient -specific system.

All those new possibilities are thought to increase the security in medicine management.

- **APPLICATION AND IMPLANTATION OF CORONARY CORONARY BYPASS SURGERY CARE MAP IN A CARDIOVASCULAR SURGERY UNIT**

- **Tevfik Tezcaner**, Ayfer Bahtiyar, Selma Çöpçü, Tülay Trabzon Murioğlu, Hafize Taştan, Muammer Akar, Sinan Akbulut, Yaman Zorlutuna
- Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye

Purpose: Patient care maps have been widely used for improving patient care quality and clinical outcomes recently. The goals of this application are to standardize patient care, to coordinate medical groups, to monitorize the course of the illness and to start improvement studies if necessary, to prevent timing errors of staff activities, and to get a contribution from patients and their families. In this study, the application and implantation of a patient care map, which we believe the first in our country for coronary bypass patients is presented.

Method: Patient care map application for coronary bypass surgery patients at our hospital was started in 2009 following these steps:

1. Determination of necessity and review of the literature (1 month)
2. Designation of staff (doctor – nurse – dietitian – physiotherapist – perfusionist – receptionist) activities (2 months)
3. Application of the map as a draft (3 months)
4. Starting the application of the Care Map For Coronary Bypass Patients
5. Starting to present Patient Guide For Coronary Bypass to patients and their families

Patient Care Map included the items of Evaluation – Care – Medication and Therapy – Nourishment – Activity – Patient Education – Expected Outcome in a daily basis during the hospitalization of the patient. In regard to these items the information is processed to the map and the clinical outcomes are evaluated.

Conclusion: Care map application coordinates medical care and constitutes a scientific basis for improvement studies in coronary patients who have a complex surgical process.

- **RADIATION SAFETY OF RADIOGRAPHY ROOMS IN ISTANBUL HEALTH FACULTY IN ISTANBUL UNIVERSITY**
- **Sezdi Manâ**
- Istanbul University, Biomedical Device Technology, Istanbul, Türkiye

Objective: During radiographic diagnosis, because the radiographic devices with high radiologic dose are used, both the radiological staff (user) and the patients that stand around the radiography room, have a risk of high radiation if the necessary prevention of radiation is not generated. In our country, the mission of the preparation of rules about the radiation safety is given to the Turkey Atom Energy Institution (TAEK). In these rules, for the user, the permissible dose value in a year must not be over 50 mSv. Again, the maximum permissible dose in a day is determined as 80µSv/day. For the other people that doesn't work in radiography, the total permissible radiation dose is 5mSv for all body in a year.

Because of this, in each radiography room, there are the lead barriers to prevent the user from the radiologic dose, and to prevent the diffusion of the radiation out of the room, all room walls and the door are covered with 2 mm. In Radiation Safety Rules, the section about "The Controlling of Radiologic Area" (Item 16) says: The measurement of radiation level must be performed by using procedures and time schedule that are planned by hospital". But, in many hospital, the radiologic measurement are performed only for license, after this, the controlling of these areas is not made.

Even if there are barriers in radiography rooms to prevent the user, it is understand that the user has many questions about the safety of these barriers. The complaints- as "The barrier is inappropriate, my shoulder and/or my arm is in the open area" or "The ceiling of the barrier is open, I worry about my safety", affect the working performance in radiographic rooms.

At this time, it is possible that the patients who stand around the radiography room, are affected from the radiologic dose. Also, in the radiography rooms without air, by exposing the X-Ray when the door is open, the all persons in the hall are exposed.

Our objective with this study, is to find the answers to these questions, and to see the situation by controlling the radiologic leakage dose in the radiography rooms in the health faculty, and to inform the users and the management of the hospital about the measurement results, and to plan the necessary regulations.

For future, it is planned that this study will be expanded to all radiography rooms by repeating the study for fluoroscopy, mamography and computer tomography rooms.

Method: All measurements were performed for 5 radiography rooms in Istanbul Health Faculty in Istanbul University. To observe the radiation dose that the user is exposed, the radiation leakage measurements were taken in front of the user barrier (5 cm) and the back of the user barrier (5 cm). To observe the leakage radiation dose from the door, when the door is closed and open, the measurements were repeated for the same exposure values.

All measurements were performed by using the survey detector of "Unfors" radiological test device. The exposure values were adjusted to the 100 kVp and 50 mAs during measurement and these values were fixed in all measurements.

Result: From the measurement results, the knowledge about the leakage radiation dose that the user is exposed, were obtained. By evaluating the condition, the users are informed about the situation, and the necessary regulations were planned. Thus, both the user safety and the patient safety were guarded, and the quality assurance studies in our health faculties started with this radiation leakage tests.

SESSION-3-

- **PERCEPTION OF EMPLOYEE ON PATIENT SAFETY AT GİRESUN PROF.DR.A.İLHAN ÖZDEMİR HOSPITAL**
- Opr. Dr. Ahmet Bal, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey
- Hem. Hatice Yılmaz, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Giresun/Türkiye
- **Tib. Tek. Aynur Çalis**, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey
- Tib. Tek. Resmîye Memiş, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey
- Tib. Tek. Adnan Yıldız, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey
- Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey

- Başhemşire Fatma Tosun, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey

Abstract:

In our study our aim was to define the power of understanding of staff and to compose patient safety culture to examine the factors that helps us in composing and improving patient safety. This study will show us our hospital's patient safety culture. But the staff hesitate to make any mistake declaration. They think that they will be accused because of mistakes that they do. (58,7 %) They think that the mistakes will be kept in their personal files. (43 %). But decreasing the mistake rates or taking away completely them is the basic target of patient safety culture. We determined that the most important topic is reporting mistakes and take an approach that not includes any punishment in making mistakes.

- **DECREASING THE VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA RATE IN THE ANESTHESIOLOGY INTENSIVE CARE UNIT**

- 1. Gaye Aydın, 2. Hakan Doğan, 3. **Gürbüz Akçay**, 4. D. Ali Özdemir, 5. Fatma Toker, 6. Funda Göçer, 7. Selda Bican 8. Fatı Atik, 9. Yasemin Girgin
- Denizli Servergazi State Hospital / Bereketli, Denizli, 20100,

Abstract : We aimed to decrease the rate of ventilator associated pneumonia (VAP) less than CDC defined 13 cases per 1000 ventilator days. Our study enrolled patients on the ventilator in the anesthesia intensive care unit (AICU) between April 1 and October 1, 2008. We determined our strengths and weaknesses by SWOT technic. We determined the strategies to prevent VAP by brain storm technic. Our total patient number was 159 and our ventilator days were 610. The rate of ventilator use and the VAP rate were determined as 41% and 22.24, respectively in 2007. During the first 9 months of 2008 the mean VAP rate was 15.09, and during the study it was 9.07. The same protocols were applied in our AICU after this study. VAP rate was 6.54 between October 1, 2008 and November 1, 2009.

Introduction : The patients that follow up in the intensive care unit have high risk to ventilator associated pneumonia due to pulmoner problems. According to National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS)'s results; VAP constituted approximately 15% in all hospital infections and VAP are the common second cause after uriner tract infections. CDC was determined that VAP rate is 6-15.3 in the 1000 ventilator days in the adult intensive care units. VAP is pneumonia that in before in the without pneumonia case in application mechanical ventilation patient determined to 48 th hour. VAP can decrease in 1/3 ratio by protective measures. VAP prevention strategies are ventilator circuit changes must be than a week intervals, hand washing, semi-target position, to avoid excessive stomach distention.

Material and Method : Sinerji Team members that perform Project was occurred from voluntary employees in AICU. Our study was performed that patients on the ventilator in the AICU between April 01-October 01, 2008. In this study;

- Brain storm, risk analysis, SWOT analysis and root cause analysis (fish of fishbone) methods were used in the working in the selection of topics, strategies, methods, and the determination of cause. Team members collected and analysed data that related this study.
- Every patient requiring invasive mechanical ventilator was evaluated according to the flow chart prepared for mechanical ventilator. Dependent patients with ventilator schedule followed by monitor was recorded.
- To evaluated risk factors determined for VAP for all patients on the ventilator daily. To follow check points determined by hospital infection committee according to the VAP prevention directions. Regarding VAP rate we did surveillance study daily on patients using diagnosis criteria published by CDC. VAP rate was calculated by using formula $VAP\ rate = (VAP\ number / ventilator\ days) \times 1000$.

Results : Our total patients number were 159 and our ventilator days were 610. While the rate of ventilator use and the VAP rate had been determined as 41% and 22.24, respectively in 2007, VAP rate was 9.07 during our study. Our study protocols are still implementing in all ICU in our hospital. VAP rate was 6.54 between October 01, 2008- November 01, 2009.

The study of Cocanour et al. which was aimed decrease VAP rate from 90% to 75% as criteria of NNIS with utilizing both VAP prevention and control strategies produced by CDC shows that VAP rate decreased from 22.3-32.7 to 0-12.8 in 1000 ventilator days. Cocanour et al. also mentioned about administration, doctors and staff work in ICU of the hospital and importance of decrease the cost.

Similarly, our result shows that VAP rate can be reduced if the VAP prevention and control strategies produced by CDC apply attentively.

Conclusion : In our study we showed that if VAP prevention strategies are observed, the VAP rate can be decreased. We also have concluded that if these strategies are observed in our all intensive care units, we may be in a better group nationwide as far as the VAP rate is concerned. And the hospital expenses can be reduced.

- **IMPROVEMENT OF HAND HYGIENE PRACTICES**

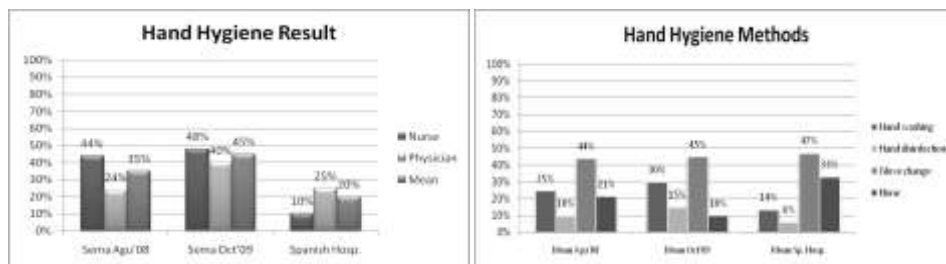
- **Budak Medine**, Öztürk Kirstin, Akçin Betül, Battal Fatma, Caskurlu Hülya
- Sema Hospital

Objective: The purpose of this study was to audit hand hygiene practices with the objective of improving patient safety and preventing potential hospital infections.

Method: A translated and adapted version of the Hand Hygiene and Glove Use Monitoring Form was used to capture data related to observed pre-contact hand hygiene practices, glove use, and post-contact hand hygiene practices. Data collectors received training by the hospital's infection control nurse (ICN).

Sema Hospital has 488 employees. A sample of 200 hand hygiene opportunities were captured twice a week across all units of the hospital. Results were sent to the ICN and later shared with employees on a monthly basis.

Result:



Discussion: Health workers are usually active participants in the spread of hospital based infection and although we know hand hygiene is the most effective weapon in our arsenal, changing this behaviour continues to be a daunting task. Our study indicated a general improvement in adherence to hand hygiene expectations and a solid rise in doctor compliance. The majority of medical personnel are not aware of how much they adhere to hand hygiene expectations so continual feedback and monitoring is fundamental

• THE EFFECTS OF CENTRAL STERILIZATION UNIT CONTROL METHODS ON SURGICAL SITE INFECTIONS

- Peker Ayfer; Devlet Hastanesi/Bursa/Türkiye
- Özsoy Fatih; Devlet Hastanesi/Bursa/Türkiye
- **Mehtap Akyol;** Devlet Hastanesi/Bursa/Türkiye

Objective: The effects of central sterilization unit control methods on surgical site infections (SSI) in our hospital

Method: We used the rate rapors of SSI of UHESA. We compared the SSI rate rapors of our hospital before the Central Sterilization Unit has started to work and after the Central Sterilization Unit started to work. The Central Sterilization Unit has started to work in June 2008 at our hospital. We compared the January-June 2008 (before the Central Sterilization Unit started to work) SSI rate rapors with the June-December 2008 (after the Central Sterilization Unit started to work) SSI rate rapors and we compared the SSI rate rapors between 2008 and 2009. UHESA gives the SSI rate rapors for all types of surgical operation. The rapors show that all types of surgical site infection rate has a reduction after the Central sterilization Unit started to work at our hospital. We worked on the SSI rate rapors of orthopedy surgery before Central Sterilization Unit started to work and after Central Sterilization Unit started to work.

Results: The SSI rate of the hip prothese is %2,1 and the SSI rate of the knee prothese is %1,2 before Central Sterilization Unit has started to work in January-June 2008. The SSI rate of the hip prothese is % 1.6 and the SSI rate of the knee prothese is %1.2 after the Central Sterilization Unit has started to work in June-December 2008. According to the rate rapors of SSI of UHESA, the SSI rate of the hip prothese is %2.0 and the SSI rate of the knee prothese is %1.2 in 2008; the SSI rate of the hip prothese is %0.9 and the SSI rate of the knee prothese is %1.2 in 2009

Conclusion: This study shows the import of the Central Sterilization Unit for the hospital. We see a reduction for all types of SSI after the Central Sterilization Unit started to work at our hospital. The Central Sterilization Unit supply the sterilization management of affairs under one administration. We think that the forms and the applications that we formed to supply sterilization management safety and patient safety lift effectiveness of Central Sterilization Unit on the SSI. These forms are important for statutory protection because of keeping the records and being attainable.

- **FAILURE MODE EFFECT ANALYSIS FOR PREVENTING MEDICATION ERRORS**
- Mehmet Anil SUZER, Mehmet Ozgur OZHAN, Elvan ULUDAG, **Sule SARIKOYUNCU EMRE,**
- Ceyda OZHAN, Nedim CEKMEN, Mehmet Burak ESKIN, Ayca BOZOKLU
- TDV 29 Mayıs Hospital, Ankara, TURKEY

AIM: Failure Mode Effect Analysis (FMEA) is a technique which is used to detect and classify potential failures according to detectability and severity in the processes including production, design and service. This study is conducted to identify and prevent risks for the medication errors with the use of FMEA.

METHOD : FMEA is conducted in 3 steps. First of all, the *priority of the risk (Risk Priority Score)* was calculated. Then, an action plan was designed and at last, a comparison between the beginning and end of the study was done. The risk priority score was calculated in 3 grades. In the first category, the possibility of the occurrence of the failure was determined according to the possibility of frequency. Then, the impact power was evaluated which occurs after the risk becomes true. At the third category, the possibility of detecting the failure was established. All data in these 3 categories were graded between 1-10. The risk factors were established according to the evaluation criteria in three groups and their grades were marked on a grading scale. These three grades were multiplied with each other and the result was expressed as the risk priority score. (Risk Priority Score = Possibility of the occurrence of the failure [1-10] x Impact power [1-10] x Possibility of detecting the failure [1-10]). The total score of failure risks for medication errors was calculated and the result was 10748. An improvement action for each risk factor and responsible employees for each activity were established in the second stage (action plan) and so the plan was conducted.

RESULTS : The same risk factors were evaluated in the same manner after three months and new risk priority scores were calculated. The new result was 3117. According to the results, it was found that improvement activities reduced the potential risks by 70 %.

CONCLUSION: We concluded that the Failure Mode Effect Analysis is an efficient, safe and easily applicable analysis technique because it provides detecting and solutions for all possible risks.

SESSION-4-

- **RISK MANAGEMENT WITHIN ORAL HYGIENE CENTERS: SOKE ORAL HYGENE CENTER**
- Sibel Altıntop Güleç , **Kifaye Aslan Dalmış** , Hakan Ölçüm , Ece Eden

Abstract

Medical errors are a big problem for the whole world. For this reason, patient safety and risk management have been put to the top of health care management agendas. Hospitals are health care institutions and like every other institution there are risks which need to be managed. Risk management within the health care setting is not only a program which protects the institution and provides patient safety, but is also a proactive approach which identifies all risks and associated hazards to control and avoid medical errors and high costs.

The possible risks within the health care institutions are not only medical. In addition, there are risks involving people, properties, financial resources, and credibility. So risk management can be defined as a process where an organization adopts a proactive approach to the management of future uncertainty for handling risks that may harm the patients, the visitors and the employees. It also involves defining the risks that may damage the environment, and taking preventive measures for legal risks that may cause financial loss.

Recently, as a result of the development of technology, competition, increased consumer expectations and new business and management techniques, new areas of service in the health care sector have emerged. Oral Hygiene Centers which provide service for the protective and preventive dentistry are one of those new areas. Literature review and statistical analysis show that patient safety and quality outcomes are the most important functions of risk management. So in this research in order to answer the question how can a safe and high quality service be given at Soke Oral Hygiene Center, the activities with high risk were determined, the associated risks which exist with such activities were listed and grouped, and solutions towards eliminating those risks were identified

Key Words: Health-Care Institution, Risk, Risk Management, Oral Hygiene Center

- **CARDIOPULMONARY RESUSCITATION OUTCOMES**
- **Ayşe Gürel**, İsmail Gökyar, Ayfer Bahtiyar
- Bayındır Hospital, Ankara, Türkiye

AIM: This study was planned by the Bayındır Hospital Anesthesiology Department and Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Committee to evaluate resuscitation care and patient outcomes.

METHODS: Data obtained from CPR efforts during the year 2009 were analyzed retrospectively. An instrument titled "Code Blue Team Data Collection Sheet" was used to obtain data in this study. Data obtained from this instrument was analyzed using the "Statistical Package for the Social Sciences®" (SPSS), version 13.0 for Windows.

RESULTS: During the study period, 115 codes were initiated. Of these, 45 codes (39%) were false alarms. Of the remaining codes, 56 (80%) were cardiac arrests and 4 (5,7%) were respiratory arrests. In 9 (12,9%) patients a code was called when patients' health deteriorated and in 1 (%1,4) patient the code was requested by the patient's primary physician. Of the patients with a cardiac or respiratory arrest, 27 (45%) were female and 33 (55%) were male. Fifty-one patients (85%) had a witnessed arrest. The most frequent location of arrest was the General Intensive Care Unit (58,3%) followed by the in-patient services (22%), the Emergency Service (12%), and the Coronary Care Unit (5%). In 55% of the cases cardiac compressions were initiated by a physician and in 37% they were initiated by the nurses. Thirty-nine patients (65%) responded to resuscitation efforts and spontaneous circulation resumed. The means of continuous variables regarding the CPR process are given in the table below (Table 1).

Table 1. Bayındır Hospital CPR Quality Indicators

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AGE	55	15	96	68,25	19,560
TIMETOTEAMRESPONSE (min)	60	,00	5,00	1,7000	1,19745
TIMETOCARDIACCOMPRES (min)	53	,00	5,00	,6038	1,14924
TIMETODEFIBRILLATION (min)	8	,00	5,00	2,7500	1,90863
TIMETOADRENALIN (min)	44	,00	6,00	1,7500	1,69986

CONCLUSION: These results meet the American Heart Association standard process of care time intervals that optimize patient survival. The pre and post resuscitation Glasgow Coma scores and vital signs 6 hours before code are found to be incomplete in data collection forms, which is an issue for improvement in 2010.

- **QUALITY CONTROL SYSTEM OF MEDICAL DEVICES IN CERRAHPASA HEALTH FACULTY IN ISTANBUL UNIVERSITY**
- **Sezdi Manâ**
- Istanbul University, Biomedical Device Technology, Istanbul, Türkiye

Objective: The most important point that must be considered about the patient safety, is to provide the stability of the diagnostic and therapeutic medical devices that are applied directly to the patient. The stability and the working performance of the medical devices are controlled by medical calibration measurements.

The medical calibration measurement is to determine whether the medical devices are appropriate to the international standards, and if there is a problem about standardization, it is to define these errors.

In this study, the medical devices (33 item, total 1094 medical devices) in the Cerrahpasa Health Faculty in Istanbul University, were controlled by applying calibration measurement procedures and an statistical study was developed from the measurement results. For the calibration measurements, the "Inspection and Preventive Maintenance System" procedures that had developed by ECRI (Emergency Care Research Institute), were used and the measurement results were interpreted again by using these procedures. Primarily, each different medical device was investigated in its group. It was determined how many devices are appropriate to the international standards and how many devices have problems. After this, it was decided which problems are essential for which medical devices.

Our objective with this study, is to be sure from the performance of the medical devices, is to follow the differences on the accuracy of the medical devices by periodical controls, is to solve the devices' problems in short time and is to obtain the conformity to the international standards about medical devices. Thus, it is to ensure more quality, more safety medical services.

Method: For this study, a project that the inventory of the medical devices and the interpretations of the calibration measurement results can be entered, and the statistical study can be generated, was developed. By using dynamic languages, the data can be entered to the system or can be deleted from the system or can be edited. Hence, the statistical graphics can be changed by update.

After the calibration measurements were completed and the results were interpreted, all data-these are "the department which the medical device is in, "device's biomedical number", "device's name, manufacturer, model", the interpretation of the calibration measurement result as "OK-the device is appropriate to the international standard" or "No- the device is not appropriate to the international standard", were entered to the related column. If the device has a problem and "No" is written as the interpretation, the problem was explained exactly in the next column. All data was filtered by parameters (device's name, model,...etc.) and the filtered data of the selected parameter was shown as both bar graphics and circle graphics.

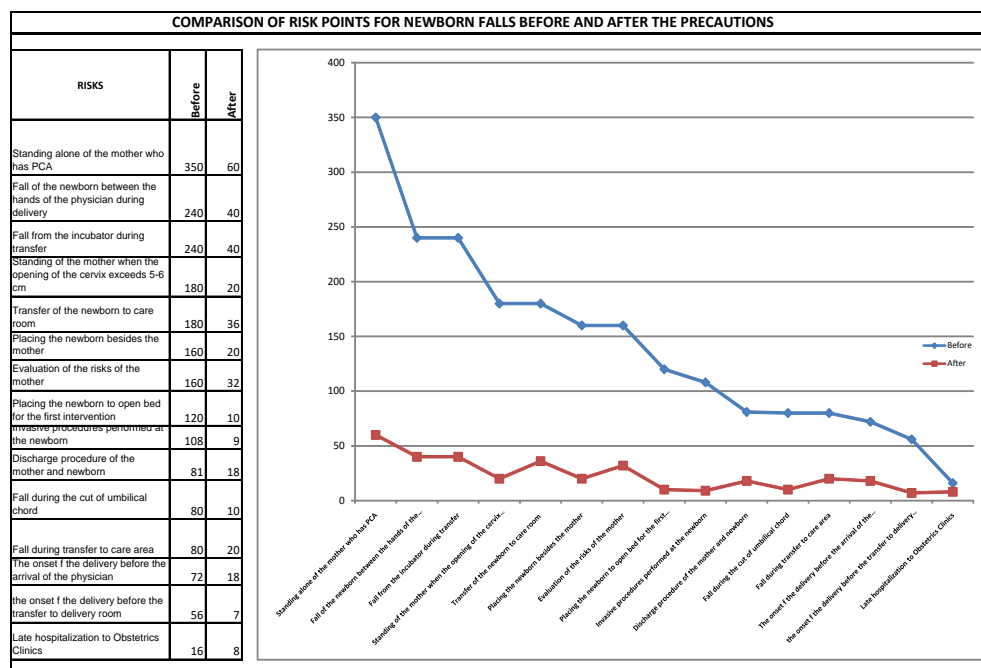
Result: Knowing the problems that could generate in each medical device, makes possible to take the necessary prevention and to store the consumable instruments. Thus, the patient safety is also ensured by preventing the medical device's problems.

- **A RISK ANALYSIS STUDY FOR PREVENTION OF FALLS OF NEWBORNS**
- **Ayfer Bahtiyar**, Selma Çöpçü, Özlüßen Demircan, Serpil Aydoğan, Özlem Aktürk, Faruk Abike, Sinan Tıraş
- Bayındır Hospital, Söğütözü, Ankara, Turkey

Purpose: Departments of Gynecology and Obstetrics and Newborn are in service since the establishment of our hospital. Although we did not experience any newborn fall during our services, it is a fact that examples are present at the literature. In this study we analyzed the risks in the process and developed proactive precautions in order to prevent newborn falls or at least to reduce the risks to minimum level.

Method: We aimed to prevent newborn falls just before the delivery, during the delivery, during the transfer and following care period of the newborn. For this purpose we established a Quality Improvement Team that consisted the employers that were active in this process. This team defined all stages of the process. Then the team performed "Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)" that was a productive and preventive approach to prevent failures before their occurrences, determined the risks and developed precautions against these risks. The process was evaluated before and after the precautions. The risk of newborn falls was observed to be reduced.

Conclusion: A procedure that includes whole process is written and a scale for the risk of newborn falls is developed. Newborn falls are began to be monitored as the sixth vital sign according to quality policy of the hospital. The risks are observed to be reduced as seen on the figure below.



- **BY USING PATIENT SAFETY ENDEX, THE SELF ASSESSMENT OF PROF.DR.A.İLHAN ÖZDEMİR HOSPITAL AMD TO IMPROVE PATIENT SAFETY**
- Opr. Dr. Ahmet Bal, Hem. Hatice Yılmaz, Tıb. Tek. Aynur Çalış, Tıb. Tek. Resmîye Memiş, Tıb. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe,
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey

Abstract: In this study Patient Safety Index Version 01 was used which was created by Patient Safety Union. In this study the aim was to create and accommodate patient safety culture. We are trying to create and accommodate patient safety culture and to define our situation with evaluating ourself. According to evaluating ourself and the results we got 2844 point from the top point is 3666 and 208 criteria. The rate of we got our target is 77,58 %. In patient safety study we examined that there is no study in unexpected risky events. The studies in unexpected risky events are the most important target that must be improved in our hospital. This is the most important problem of patient safety at the same time. This study helped us in examining our patient safety situation and learning in which we should improve ourself. This type of evaluation technics helps us to got the contiuning success in patient safety.

- **EVALUATION OF OCCURENCE VARIANCE REPORTYS WITHIN THE CONTEXT OF PATIENT SAFETY**
- Başhekim Op. Dr. Ahmet Bal, Hem. Hatice Yılmaz, Tıb. Tek. Aynur Çalış, Tıb. Tek. Resmîye Memiş, Tıb. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe,
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

Abstract: In health care service quality management must be center on some important topics such as patient safety by implicatiant medical mistakes.

In the noticed unsuitableness between 2004-2009, the related to patient safety ones which are needed to report have been analysed by their occuring year and subjects. Despite the decreasing noticed unsuitableness per year, noticing unwanted subjects about patient safety have been much more than the total unsuitableness unlike there is no applying about Safe Surgery Practice, The Communication Lack of Staff, Patient Transferring. With the written notification of unsuitableness started as a necessity of total quality management, the action of reporting unwanted subjects about patient safety, their evaluation, their solving, preventing happening twice should be started immediately.

With systematically observation, analysis and evaluation we are aware of the importance of increasing the output of patient safety and with the leadership of Health Ministry Service Quality, The Patient and Staff Comitees have been set up and needed studies and education activities have been going on.

Key Words: 1. Patient Safety 2. Medical mistakes 3. Unisitability declarations

- **A NEW METHOD TO PREVENT PATIENT FALLS: ELECTRONIC WARNING SYSTEM**
- Ayfer Bahtiyar, Hilal Şekerci, Ayhan Arısan, Süleyman Özer, Gökay Şakiroğulları, Tevfik Tezcaner, Yaman Zorlutuna
- Bayındır Hastanesi, Söğütözü, Ankara, Türkiye

Purpose: The institutions that present health care are responsible from provision of patient safety besides qualified health services. One of the most important aspects of patient safety is to be aware of possible risks. One of their targets of pateint safety is to reduce the risk of injuries due to patient falls. Patients falls are defined as "unexpected events" in accordance with the consequences and severity. As a result of the falls, the patients may be subject to considerable harm, planned duration of the treatment may prolong, the patients may become disbled or even they may die. In this study we aimed to prevent patient falls by the use of technological systems.

Method: Electronic Warning System that is a new method in order to prevent patient falls is in service in our hospitals since September 2009. The design of the system was realised by "Quality Improvement and Patient Safety Committee" with the recommendation of Director of Medical Services/Quality Coordinator and technical infrastructure was provided by "Directorate of Technical Services". Electronic warning system includes a bedside tool that has a magnetic trigger, a connective bond between the patient and the trigger and a panel that shows the room number and is located on the desk of the nurses. The fall risk of all hospitalised patients are evaluated. The patients with high risk are monitored with electronic warning system. The length of connective bond is adjusted according to the range of movement in the bed and the clip of the bond is attached to the clothes of the patient. If the patient intends to leave the bed, the bond detaches the magnet from the tool and an alarm bells. This information is transferred to nurse desk with the room number of the patient and the nurse may get into the room of the patient immediately and takes necessary precautions before the patient leaves the bed. As the patients with high fall risk are not allowed to leave the bed alone, the nurse reduces the risk by accompanying the patient. Warning system may only be turned off when the nurse is in the room.

Conclusion: We monitor fall risks of the patients as the sixth finding in our hospitals and take necessary precautions according to risk points. The present study reveals that technologic solutions are effective in prevention of patient falls and provision of patient safety if they are designed and used rationally. We monitored patient falls with indicators since 2006 and found that there was reasonable reduction with the use of electronical warning system.

- **BLUE CODE SYSTEM**
- Başhekim Opr. Dr. Ahmet Bal, Resmîye Memiş, Hastane Md. Hayrettin Kılıç, Tıb. Tek. Aynur Çalış, Adnan Yıldız, Hatice Yılmaz, Süleyman Fatih Menevşe
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi/Giresun/Türkiye

Abstract: In this study the aim was to make condition determination with investigating blue code team's study and to define the areas that we should improve and to define to enlarge the improvement strategies. In our hospital with this study we can increase 2-3 times instantaneous cardiac death survival rate which was because of Early CPR application VF. We examined retrospective 137 blue code team study included 2009 November. The patients that applied CPR; 92 patients of them returned and continued their treatment but 45 patients of them were ex. The time to reach to 137 events is approximately is 2,17 minutes. The studies to minimize the 2,17 minutes-blue code team aid call are contunuing.

- **ATTENTION LEVEL OF NURSES THAT WORK IN SHIFTS**
- Peker Ayfer: Devlet Hastanesi/Bursa/Türkiye
- Karaöz Süreyya; Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu/ İzmit/Türkiye

ABSTRACT

Objective: This study was done to determine attention level of nurses that work in shifts at State hospital in Bursa.

Method: The study sample composed of all nurses that work in shifts at the hospital. However, nurses that work in the operating room, intensive care unit, emergency service and policlinic exclude this research because of the different working conditions. This study was done with 117 nurses. All nurses divide three groups and they were determined by the simple random sampling method. We interviewed and carried out neuropsychological tests with nurses at 12.00-13.00 p.m for the working group at 08.00-17.00, at 04.00-05.00 for the groups working at 16.00-08.00 and 08.00-08.00. We used a form that gives information about the social-demographic characteristics of nurses and the factors play a role on attention and we used Set of numbers learning test which provides an evaluation about attention and short duration memory; Digit Span Test that provides an evaluation about the verbal attention; Corsi Blok Test that provides an evaluation about the visual attention and the Stroop Test that provides an evaluation about continue attention and the inhibiting the unapt reply. The data were evaluated at statistical packet program.

Results: By the statistical analysis we found that the 08.00-17.00 group's attention is better than the 16.00-08.00 group (One-way Anova, Post Hoc, p: 0,005); and the 16.00-08.00 group's attention is better than the 08.00-08.00 group (One-way Anova, Post Hoc, p: 0,005). We found out that the age, neurologic and psychiatric illnesses, sleep disorders, workload, stress/anxiety, having a rest break have a role on the attention of the nurses work in shifts.

Conclusion: This study shows that, long working shifts decrease the nurses attention. The nurses attention levels from all of the attention tests are different at 08-17,16-08,08-08 shifts. Sleep disorders, neurologic and psychiatric illnesses, age, workload, don't have a rest break, high stress/anxiety level have an attenuator function on nurses's attention. According the results of the study we proposed some suggestions for improvements of working conditions for safety of working people and inpatients.

Company presentations

- **Risks facing hospital laundry**
- **Velaaddin Kilic**
- Chemical Engineer
- JohnsonDiversey Technical Customer Services & Application & Trainin Manager

High hygiene risks facing laundry used in healthcare organizations require adopting an approach different from that adopted towards other laundry groups in terms of both wash processes and personal health and safety measures to be taken.

Researches and measurements demonstrate that hospitals are ahead of all organizations which pose high hygiene risks all over the world. In order to minimize these risks, "Hospital Hygiene" should be addressed as a whole, and laundry hygiene, the most important link of infection management, should be deservedly valued within this whole.

In a hospital laundry department, the responsibilities of managers are to establish and maintain standards to ensure hygienic conditions. To this end, infection control should be guaranteed and precautions should be taken against cross contamination when collecting, carrying, washing and storing laundry.

Personnel having any kind of contact with laundry within the cleaning cycle should be considered as facing infection risks, by means of periodic trainings, informed about how they are supposed to handle such laundry, and a vaccination program should be implemented for staff working at critical points. Paying attention to hand hygiene, adhering to cleaning programs, monitoring water hardness and taking measures against cross contamination will promote hygiene safety.

Everything mentioned in the other sections of the book in connection with laundry (both the fabric and wash room) apply to hospital too. In addition to these, there are several more precautions to be taken:

Collection of laundry:

Due care should be exercised when collecting, sorting and loading hospital laundry because it is highly likely that there are sharps such as needles, scalpels, hooks, etc. which may cause personal injury or damage laundry and washers.

In hospital laundry, it is not necessary to sort pieces according to their color, stain and soil load; but contamination risks should prevail. Laundry contaminated with bodily fluids should be collected by personnel at their point of use by minimizing contact with hand and without sorting; the basis for classification should be the resistance of laundry to wash formula and laundry should be directly loaded to the washer.

Formerly, what occurred to the mind when talking about infected laundry was laundry used by patients having infections such as salmonella, dysentery, hepatitis A, B, C, tuberculosis, HIV, and other diseases which considered as posing risks for hospital personnel. Today, this definition has been broadened to include all laundry contaminated with bodily fluids. Such laundry should be placed in water-soluble color-coded bags with labels on them to indicate their origin. These inner bags should be loaded to the washer after they are securely sealed, and outer bags should be washed with other laundry.

Incoming laundry should be washed without keeping them waiting long, and cleaned laundry should also be carried to storage and/or distribution area as soon as possible.

Disinfection:

In wash operations, laundry should be chemically and/or thermally disinfected and laundry which is used in areas such as the operating room should also be sterilized. Disinfection should not be limited to laundry but include all washers, surfaces, equipment and materials which the laundry contacted.

Criteria for thermal disinfection differ from country to country. EN 14065 RABC, CDC, etc. are often considered as generally accepted standards.

Today, besides the thermal disinfection, it is also recommended that the advantages of using chemical disinfection methods are to be taken in account. Ensuring the maximum benefit from the chemical disinfectants, it is important to be aware of the effects of temperature and proper pH of the washing solution. The manufacturer's recommendations should be taken into consideration to find the correct attitude.

Preventing cross contamination:

The first measure to be taken in the laundry of a healthcare organization is to separate contaminated and clean areas completely while also preventing airflow between these areas. Passage from contaminated to clean areas should be controlled and allowed only after changing clothes, and washing and disinfecting hands.

In order to minimize cross contamination risk, two-door washers should be preferred with one door opening to the clean and the other to the contaminated area. Spread of microorganisms with aerosol effect should be prevented by covering wash water drainage channels.

Different carts or vehicles should be used to transport clean and contaminated laundry; if this isn't possible, vehicles should be cleaned and disinfected before carrying clean laundry.

Protecting laundry staff:

Laundry staff should be periodically trained about laundry hygiene and vaccinated as necessary. Personnel contacting contaminated laundry should wear waterproof uniform and gloves; open wounds should be covered with a Band-Aid.

Clean clothes should be worn at each shift change, hands frequently washed, and necessary warnings and graphics should be posted on the walls of the laundry.

- **STERILE FIELD PROCEDURES Validation ASPIRATION SYSTEM (HVAC)**
- **Ali BOYLU**
- Chemical Engineer,
- EGE NISAN TEMİZ ODA HİJ.HAVA SİST.TEST VE DOĞR.HİZM.LTD. ŞTİ.

POSTERS

- **BY USING PATIENT SAFETY ENDEX, THE SELF ASSESSMENT OF PROF.DR.A.İLHAN ÖZDEMİR HOSPITAL AMD TO IMPROVE PATIENT SAFETY**
- Opr. Dr. Ahmet Bal, Hem. Hatice Yılmaz, **Tib. Tek. Aynur Çalış.** Tıb. Tek. Resmîye Memiş, Tıb. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe,
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey

Abstract:In this study Patient Safety Index Version 01 was used which was created by Patient Safety Union.In this study the aim was to create and accommodate patient safety culture.We are trying to create and accommodate patient safety culture and to define our situation with evaluating ourself.According to evaluating ourself and the results we got 2844 point from the top point is 3666 and 208 criteria.The rate of we got our target is 77,58 %.In patient safety study we examined that there is no study in unexpected risky events. The studies in unexpected risky events are the most important target that must be improved in our hospital.This is the most important problem of patient safety at the same time.This study helped us in examining our patient safety situation and learning in which we should improve ourself. This type of evaluation technics helps us to got the contiuning success in patient safety.

- **PERCEPTION OF EMPLOYEE ON PATIENT SAFETY AT GİRESUN PROF.DR.A.İLHAN ÖZDEMİR HOSPITAL**
- Opr. Dr. Ahmet Bal, Hem. Hatice Yılmaz, **Tib. Tek. Aynur Çalış.** Tıb. Tek. Resmîye Memiş, Tıb. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe, Başhemşire Fatma Tosun,
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey

Abstract:In our study our aim was to define the power of understanding of staff and to compose patient safety culture to examine the factors that helps us in composing and improving patient safety.This study will show us our hospital's patient safety culture.But the staff hesitate to make any mistake declaration.They think that they will be accused because of mistakes that they do.(58,7 %)They think that the mistakes will be kepted in their personal files.(43 %).But decreasing the mistake rates or taking away completely them is the basic target of patient safety culture. We determined that the most important topic is reporting mistakes and take an approach that not includes any punishment in making mistakes.

- **ETHİCAL ASPECT OF HEALTH CARE SERVİCES RELATED WITH PATIENT SAFETY**
- **ORHAN,Fatih**
- **Etimesgut Military Hospital/Ankara/TURKEY**

In the evaluation of health care services, primary issues under discussion are objective elements such as sufficiency of sources and number of health care service beneficiaries rather than ethical issues such as attitudes and behaviors towards patients, patient safety and patient's rights in receiving treatment. However, ethical issues are more important to patients, in fact because increasing need for health care services, ineffective use and allocation of limited sources give rise to some ethical problems between health service providers and users.

The survey, on the other hand, aims at identifying the approach of hospital personnel to ethical problems and offering scientific solutions to such problems under the ethical aspect of health care services provision. Universe in this survey is the personnel working at a hospital which is located in Ankara that is health care service providers. Method used in this survey is questionnaire and 203 questionnaires which are eligible for use have been obtained by "face-to-face interview" instrument.

At the end of the survey, it is noted that a majority of hospital employees have never been assigned in an ethical committee and they do not feel competent in recognizing ethical problems and they think ethical problems have an adverse effect on productive work. As a conclusion it is observed that they need an ethical committee at their hospital; Furthermore, statistically significant correlation have been identified between the participants' demographic characteristics and approaching to ethical problems such as rising awareness, prioritizing problems and creating solutions.

Key Words: Health Care Services , Medical Ethics, Patiens Safety

- **THE EVALUATION OF PATIENT SAFETY NOTICE INCOMPATIBILITY ANGLE**

- Başhekim Op. Dr.Ahmet Bal, **Hem. Hatice Yılmaz**, Tıb. Tek. Aynur Çalış, Tıb. Tek. Resmiye Memiş, Tıb. Tek. Adnan Yıldız, Kalite Sek. Süleyman Fatih Menevşe
- Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun/Türkiye

Abstract: In health care service quality management must be center on some important topics such as patient safety by implicating medical mistakes.

In the noticed unsuitableness between 2004-2009, the related to patient safety ones which are needed to report have been analysed by their occurring year and subjects. Despite the decreasing noticed unsuitableness per year, noticing unwanted subjects about patient safety have been much more than the total unsuitableness unlike there is no applying about Safe Surgery Practice, The Communication Lack of Staff, Patient Transferring. With the written notification of unsuitableness started as a necessity of total quality management, the action of reporting unwanted subjects about patient safety, their evaluation, their solving, preventing happening twice should be started immediately.

With systematically observation, analysis and evaluation we are aware of the importance of increasing the output of patient safety and with the leadership of Health Ministry Service Quality, The Patient and Staff Committees have been set up and needed studies and education activities have been going on.

Key Words: 1.Patient Safety 2.Medical mistakes 3. Unsuitability declarations

- **BAHCELİEVLER MEDICAL PARK HOSPITAL APPLICATION EXAMPLES FOR H1N1 INFLUENZA**

- **CAKMAK, Guler**

- Quality and Patient Relations Director, Medical Park Hospitals Group, Istanbul / TURKEY

OBJECTIVE: Our purpose is to determine prevention aimed applications in directions of decisions made by Bahçelievler Medical Park Hospital Infections Control Committee because of pandemic influenza threat at 6 level accepted by WHO and to follow progresses.

METHOD: Follow data and analyzing.

FINDINGS:

- Distribution according to age groups for deaths because of H1N1 influenza in our country (Turkey Health Ministry Data)
- Distribution according to weeks for deaths because of H1N1 influenza in our country (Turkey Health Ministry Data)
- Distribution according to months for out-patients diagnose or suspicion with H1N1 coming to Bahçelievler Medical Park
- Distribution according to months for in-patients diagnose or suspicion with H1N1 coming to Bahçelievler Medical Park
- The number of patients who died because of pandemic influenza at hospital
- The number of staff with diagnose or suspicion with H1N1
- The number of staff who got rest report because of with diagnose or suspicion with H1N1 influenza
- The number of staff who is vaccinated
- The number of educated staff
- Percentage of vaccination according to profession group in Bahçelievler Medical Park
- Percentage of complications after vaccination

RESULTS: As a result, after all necessary prevention are taken, examined data showed us that no complication is that 206 doses of vacation is implemented to staff. 28 in patients out of 32 in patients because of pandemic influenza suspicion and diagnosis are discharged after cure. 4 in patient died in intensive care unit. 23 staff that got rest report from work placed doctor returned to their job after medical treatment. As a result of these application studies ¼ of staff vaccinated, staff became aware about hand washing, using hand disinfections increased.

- **THE RISKS ARISING FROM MEDICAL EQUIPMENTS IN ENSURING PATIENT SAFETY: A STRATEGIC APPROACH**

- **Öğüt, Adem** / Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Konya / Turkey
- **Aksay, Kadir** / Konya Asker Hastanesi / Konya / Turkey
- **Erbil, Cihat** / Selçuk Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Konya / Turkey

In managerial context, technology that is being followed with its rapid development and diversification, and thus having ability to affect structures; is also significant for activation of health organizations. In this regard, patient safety that is conceptualized as "all of the methods used and progresses performed not to give damage to patient", together with who serve in health organizations (health workers), revives technology used in health service delivery (medical technology) and makes itself a new research area.

In this study dealing with approaches intended to prevent/minimize the risks arising from medical equipments, training of health workers, that is responsible for the operation of technology used for service presentation and is determinative in internalization of patient safety culture, is going to be accentuated. Concordantly, workers are informed and guided about approaches to be performed on devices, their usage, maintenance and risks of equipments.

Besides, the risks arising from medical equipments themselves –except for users– are evaluated in the context of the study: calibration management process is formalized. Information technologies and managerial system that are effective in the operation of this process are pointed out. The subject of hygiene and disinfection of medical equipments (in other words, possible infection source) is dealt and aforesaid risks are resized.

In this context, in order to provide patient safety serving strategic purposes of health organizations, a holistic model concerning the management of the risks arising from medical equipments –including health workers– is presented. Model is overseen to be able to serve to usage of sustainable resource. This study based on literature scan and results of the researches performed, commits to be able to contribute researches of performers in managerial aspect and to present a new point of view to scientists.

Key Words: Patient safety, risk management, medical technology management, infection control, training of health workers.

- **FMEA AND AN APPLICATION FOR PROCESS OF BLOOD TEST IN HEALTH SERVICES IN ASPECT OF RISK MANAGEMENT**
- **Aksay, Kadir**, Konya Asker Hastanesi / Konya /Turkey
- **Aydinli, Celal**, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü / Bursa / Turkey
- **Orhan, Fatih**, Etimesgut Asker Hastanesi /Ankara / Turkey

Abstract

FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) which is mainly used in production and engineering areas has recently been perpetuated as an appliance to provide patient safety gaining much more significance in health services. Medical failures culminate very dramatic results for patients and families. For that reason, FMEA is accepted as a significant appliance in strategies concerning risk identification and control applied for preventing failures. Besides, FMEA occupies a significant place in accreditation criteria composed by JCAHO (Joint Commission of Health Care Organization) To be defined, FMEA is a proactive and systematic method analyzing the failure where and how it happened and identifying the parts' processes need to be changed regarding different faults depending on these failures. This approach finds application area to determine a strategy against possible dangers that may occur in the presentation of health service including high risk factors.

In this study, the significance of FMEA administration on providing patient safety having a place in health services in aspect of risk management is emphasized. In this context, by scanning the literature about the subject and additionally FMEA example concerning the process of blood test is presented.

Key Words: FMEA, risk identification, risk control, patient safety.

- **BLUE CODE SYSTEM**
- Başhekim Opr. Dr. Ahmet Bal, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey
- **Resmiye Memiş**, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey
- Hastane Md. Hayrettin Kılıç, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey
- Tıb. Tek. Aynur Çalış, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital Giresun/Turkey
- Adnan Yıldız, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Giresun/Türkiye
- Hatice Yılmaz, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Giresun/Türkiye
- Süleyman Fatih Menevşe Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi/Giresun/Türkiye

Abstract:In this study the aim was to make condition determination with investigating blue code team's study and to define the areas that we should improve and to define to enlarge the improvement strategies.In our hospital with this study we can increase 2-3 times instantaneous cardiac death survival rate which was because of Early CPR application VF.We examined retrospective 137 blue code team study included 2009 November.The patients that applied CPR;92 patients of them returned and continued their treatment but 45 patients of them were ex. The time to reach to 137 events is approximately is 2,17 minutes. The studies to minimize the 2,17 minutes-blue code team aid call are continuing.

- **MEDICAL ERRORS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS AND APPROACH TO THESE ERRORS**
- **Ebru TEMİZSOY**,
- Zeynep Kamil Maternity and Children's Education and Research Hospital, Istanbul, Turkey

AIM: This study was done to determine the amount of medical errors encountered in neonatal intensive care units and the views and approach of physicians and nurses to these errors.

METHOD:A questionnaire was filled out by physicians and nurses working in the largest 4 neonatal intensive care units in Istanbul. There were 27 questions. Results were evaluated by SPSS 11.5 program.

RESULTS: There were 33 (17,6) physicians and 154 (82,4 %) nurses in the study group. 69% of them were aged between 20 – 30 years, with a median working experience in the NICU of 2 (1-4) years. In their opinion, the most frequent medical errors were hospital infections (90,8 %), lack of or erroneous usage of medical equipment (85 %), lack of or erroneous medical documentation (78%), medication errors (75,9%) and injury with sharp objects (50,8 %). The reasons for these errors were reported as personal inattention (73,8 %), inadequate documentation (64,7 %) and lack of education (54,5%). It was reported that almost half (49,7%) of medical errors were reported and in 43,3 % of cases, these errors were discussed openly. However, when an error was encountered, 36,4 % reported that the first thing that happened was questioning of the person in charge of the error, and 53,5 % reported that the cause of the error was investigated. During the orientation process at the start of working in the NICU, 24,2 % of physicians and 75,8 % of nurses reported that they attended an educational lesson on patient safety. Most of the physicians and nurses reported that they learned the medication process from their more experienced peers. Rest of of the physicians consulted the vademecums and package insert information of the drugs, whereas nurses received in course training more often.

CONCLUSION: Medical errors are frequent in hospitals. In order to avoid these errors, education of medical staff and especially the physicians is essential.