ASOS JOURNAL

The Journal of Academic Social Science

Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 8, Sayı: 108, Eylül 2020, s. 418-433

ISSN: 2148-2489 Doi Number: <http://dx.doi.org/10.29228/ASOS.44499>

Yayın Geliş Tarihi / Article Arrival Date
24.06.2020

Yayınlanma Tarihi / The Publication Date
29.09.2020

Müzelfe BIYIK

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Doktora öğrencisi
muzelfeuysal@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Aysun TÜRE

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
ature@ogu.edu.tr

HEMŞİRELİKTE KALİTE GÖSTERGELERİNİN KULLANIMI VE ÖNEMİ

Öz

Dünya'da sağlık sistemlerinde kalite kavramı her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır. Kalite kavramı sağlık organizasyonlarında, sunulan sağlık hizmetinin temel bir göstergesidir. Kalite göstergeleri iyi yönetilen sistemlerin temel özelliği olarak tanımlanmaktadır. Organizasyonlarda kalite göstergeleri maliyetleri azaltmak ve performansı ölçebilmek için etkili araçlardır. Sağlık organizasyonlarında yöneticilerin bu süreçte ölçmeye ve sürekli iyileştirmeye dayalı yönetim modellerini bilmeleri, uygulayabilmeleri oldukça önemlidir. Kalite göstergeleri klinik performansı ve sonuçları ölçmek ve izlemek için kullanılan standartlaşmış kanıta dayalı sağlık hizmeti ölçümleridir. Sağlık hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesi için hemşireliğe duyarlı göstergelerinin kullanımı önemlidir. Hemşireliğe duyarlı göstergeler bakım uygulamalarının sistematik, kanıta dayalı, geçerli ve kapsamlı olarak sunulmasını, hemşirelik bakımının doğru ve kesin bir şekilde ölçülmesini, değerlendirilmesini ve bunların hasta sonuçları üzerindeki olumlu etkilerini kolaylaştırabilmektedir. Hemşirelik bu süreçte anahtar bir role sahiptir. Yönetici hemşireler kalite sistemlerini koordine etmek ve diğer sağlık

profesyonelleri ile koordinasyonu ve iş birliğini sağlayan bir lider konumundadır. Yönetici hemşirelerin kapsamlı verilere ulaşarak, hemşirelik bakımında kaliteyi iyileştirmek için bu verilerin en iyi nasıl kullanılacağına karar vermeleri ve çalışanlarının katkılarını sağlamaları ayrıca önemlidir. Bu derleme yönetici hemşirelere ve hemşirelere bakımın kalitesini ve güvenliğini artırmak için hemşireliğe duyarlı göstergeleri kullanmanın önemine yönelik yol göstermek için hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Kalite, Kalite göstergeleri, Hemşireliğe duyarlı göstergeler.

USE AND IMPORTANCE OF QUALITY INDICATORS IN NURSING

Abstract

The concept of quality in health systems in the world is gaining more importance day by day. The concept of quality is a basic indicator of the health service provided in health organizations. Quality indicators are defined as the main feature of well managed systems. In organizations, quality indicators are effective tools to reduce costs and measure performance. In health organizations, it is very important for managers to know and apply management models based on measurement and continuous improvement in this process. Quality indicators are standardized evidence-based healthcare measures used to measure and monitor clinical performance and outcomes. It is important to use nursing sensitive indicators for continuous improvement of health services. Nursing-sensitive indicators can facilitate systematic, evidence-based, valid and comprehensive presentation of care practices, accurate and precise measurement and evaluation of nursing care and their positive effects on patient outcomes. Nursing plays a key role in this process. Managerial nurses are a leader in coordinating quality systems and coordinating and collaborating with other healthcare professionals. It is also important that managerial nurses reach comprehensive data and decide how best to use this data to improve quality in nursing care and contribute to their employees. This review is prepared to guide executive nurses and nurses on the importance of using nursing sensitive indicators to improve the quality and safety of care.

Keywords: Nursing, Quality, Quality indicators, Nursing sensitive indicators.

GİRİŞ

Günümüzde akreditasyon, kalite ve hasta güvenliği güvencesi arayan organizasyonlar için göstergelerin takibi ve analizine dayanan kalite ortamının yaratılması bir zorunluluktur. Hasta güvenliği endişelerini vurgulayan uluslararası raporlar (Tıp Enstitüsü - IOM, 2001), nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun öneminden bahsetmektedir. Kurumların sistemleri farklılık gösterse de hepsinin ortak bir amacı; hizmet kalitesini iyileştirmektir. Hemşirelerin hasta sonuçlarına katkısını ölçmek için, hemşireliğe duyarlı göstergeler [Nursing-Sensitive Indicators (NSI)] tanımlanmıştır. Bu göstergeler hem sağlık kuruluşları hem de araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır. Sağlık sistemi reformu ve sağlık politikası geliştirilmesi bağlamında göstergeler kanıta dayalı uygulamaları harekete geçirerek hesap verilebilirlik, şeffaflık ilkelerine dayanmaktadır. NSI veri tabanlarının oluşturulması desteklenmektedir (Aydın ve ark. 2004, Kurtzman ve Corrigan 2007). Hasta sonuçlarında hemşirelik bakımının

etkilerini ölçme ihtiyacı yeni bir kavram değildir. Florence Nightingale hemşireliğin kalitesini değerlendirme ihtiyacını 1850'lerde istatistiksel sonuçları kullanarak benimsemiş ve hasta sonuçlarını ölçmeye başlamıştır (Montalvo 2007). Hemşirelikte kalite göstergeleri bakım sürecine ait verilerin toplanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesine yönelik faaliyetlerin niceliksel değerleridir. Donabedian'ın (1988) kalite çerçevesi bakım kalitesini değerlendirmede tutarlı bir şekilde kullanılmaktadır. Bu çerçevede Donabedian'ın (1988) hastalara bakım (yapı) sağlamak, hemşirelik müdahaleleri (süreç) ve hastaların sonuçları ile hemşirelerin nitelikleri arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Donabedian 1988). Dünyada hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerin kullanımında öncü olan Amerikan Hemşireler Birliği [American Nurses Association (ANA)] NSI geliştirme çalışmalarını bu çerçeveye dayandırmaktadır.

Hemşireliğe duyarlı göstergelerin kullanımı bakım uygulamalarının yönetimi için oldukça önemlidir. Hemşirelik uygulamalarını değerlendiren bakım göstergeleri kompleks ve karışık olayların aydınlatılmasını sağlar, böylece bakım süreçlerini ölçülebilir hale getirerek; çalışma sürecinin daha iyi anlaşılmasını ve hedeflerin ne ölçüde gerçekleştiğini belirler. Yönetici hemşirelerin kapsamlı verilere ulaşarak, hemşirelik bakımında kaliteyi iyileştirmek için bu verilerin en iyi nasıl kullanılacağına karar vermeleri ve çalışanlarının katkılarını sağlamaları önemlidir.

Kalite ve Göstergenin Tanımı

Günümüzde sağlık alanındaki meydana gelen değişimler, artan rekabet ve küreselleşme hastanelerin yapısal, yönetsel ve işleyişine yönelik uygulamalarını derinden etkilemiştir. Sağlık politikalarının süreçleri yönlendirmesiyle birlikte kalitenin gelişimi, izlenmesi ve değerlendirilmesi kurumların kaçınılmaz bir gerçeği olmuştur. Kalite, sağlık hizmet sunumunun bir göstergesidir. Hemşirelik bakımının ise çeşitli yönlerini kapsayan geniş bir terimdir. Kaliteyle ilgili yapılmış ilk tanımlar çok sınırlı iken; kalite çalışmalarının da yaygınlaşmasıyla birlikte hastaların ve diğer tarafların görüşleri önem kazanmaya başlamıştır. Bu görüşler ise kalite tanımının sınırlarını çizmiştir (Özçakar, 2010). Örneğin kalitenin müşteri memnuniyeti olarak tanımlanması gibi.

Sağlık hizmetlerinde kalite geliştirmede bir öncü olan Avedis Donabedian, kaliteyi “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak tanımlamaktadır (Aktan ve Saran, 2007). Diğer taraftan kalitenin kavramsallaştırılması noktasında çeşitli tanımlar yapılmıştır. 2001 yılında Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu tarafından istenmeyen olasılıkların azaltılması ve istenen hasta sonuçlarının olasılığını arttırmak için hasta bakım hizmetlerinin derecesi olarak tanımlanmıştır (Kapoor, 2011). En çok kabul gören tanımlardan biri 1990'da ABD'de Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından yapılmıştır. IOM'a göre, kalite “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi” olarak tanımlanmaktadır (Kaya, 2005).

Sağlık hizmetinin kalitesini izlemede, standart süreçten sapmaları gösteren noktalara “işaret”, “gösterge” ya da “**indikatör**” adı verilmektedir. Göstergeler kısa dönemli sonuçlardır. Genellikle bir sayı ya da istatistiksel olarak oran, ortalama, hız, sıklık, yüzde gibi ifadelerle gösterilmektedir. Göstergeler sağlık kurumlarının bütün alanlarında yürütülen süreçlerin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Herkesin süreçleri kontrol edebilmesi ve katkıda bulunması kullanılmasında önemlidir (Ekici, 2013). Joint Commission

on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)'a göre, göstergeler geçerli, duyarlı, özgül, basit, nesnel ve düşük maliyetli olmalıdır (JCAHO, 1989).

Sağlıkta Kalite ve Hemşirelikte Göstergelerin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde standartlaşmanın temelleri 1910 yılında Amerika'da Flexner Raporu ile atılmıştır (Myers, 2012). 1919 yılında Amerikan Cerrahlar Koleji (American College of Surgeons) tarafından hastanelere yönelik minimum standartlar oluşturulmuştur. **Sağlık sektöründe ilk akreditasyon kurumu 1951 yılında birkaç eğitim ve sağlık kuruluşunun bir araya gelmesiyle birlikte "Joint Commision on Accreditation of Hospitals" (JCAH) olarak kurulmuştur.** JCAH tarafından başlangıçta 5 standarttan oluşan doküman geliştirilerek 1953 yılında 11 sayfalık standart set olarak yayınlanmıştır. 1980'lere gelindiğinde kamuda yaşanan sağlık harcamalarındaki artışlar, hükümetleri hastanelerde sunulan hizmetlerinin maliyetini ve kalitesini izlemeye sevk etmiştir. 1987 yılı itibariyle hastaneler dışındaki sağlık kuruluşları da akreditasyon programına dahil edilmesiyle birlikte komisyonun adı **"Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations" (JCAHO)** olarak düzenlenmiştir. JCAHO tarafından yapılan denetimler, 1999 yılı itibariyle örgütün alt kuruluşu olan Joint **Commission International (JCI)** tarafından devam ettirilmektedir. Bütün bu kuruluşlar sağlık örgütlerinin hastalara standartlara uygun kaliteli hizmet sağlayıp sağlamadığını değerlendirmektedir (Kayral, 2018). Günümüzde kurumların kalite yönetim çalışmalarına model olması amacıyla yalın yönetim modeli, toplam kalite yönetimi, Mükemmellik Modeli, ISO-9000 çeşitli standartlar ve kalite yaklaşımları geliştirilmiştir.

Hemşirelik uygulamalarının kalitesinin değerlendirilmesi ise, Florence Nightingale'in hemşireliğin sağlık kalitesindeki rolünü belirlemesi ve hasta sonuçlarını ölçmeye başlamasıyla başlamıştır. Nightingale, 1870 yılında Kırım Savaşından elde ettiği deneyimler ile hastalıklar ve tedavileri hakkında istatistiklerin standartlaştırılmasında ilk girişimleri sağlamıştır. Askerlerin ölüm oranlarını karşılaştırarak nedenlerini araştırmaya başlamış ve önlenabilir ölümleri vurgulamıştır. Topladığı bilgiler ile kanıta dayalı bakım uygulamalarını başlatan Nightingale, sağlık ve hemşirelik bakım hizmetleri ile ilgili önemli çıktılara ulaşarak sonrasında gerekli iyileştirme faaliyetlerini başlatmıştır. Savaş sonrası deneyimlerini İngiltere'deki hastanelerde uygulayarak hastalık ve ölüm oranlarında büyük düşüşler sağlamış ve bu doğrultuda hastaların hastanede kalış sürelerinde azalmalar dikkat çekmiştir. Ayrıca Nightingale, İngiltere'ye ait kolonilerdeki okullarda çalışarak çocukların ölüm hastalıkları ile ilgili veri toplamak için soru formu geliştirmiş, toplanan verileri analiz ederek sonuçlara özgü önerilerde bulunmuştur (Taşkıran ve Temel, 2017).

1960'larda Avedis Donabedian, sağlık bakımını bir sistem olarak tanımlamış ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi değerlendirilmek için yapı, süreç ve sonuç bakış açısını geliştirmiştir. Bu kavramsal model, sağlık hizmetleri araştırmalarında yaygın olarak kabul edilmektedir. Hemşirelik bakımının kalitesini üç boyutta tanımlayarak bakıma klasik çerçeve sunmaktadır (American Nurses Association, 1995, Needleman et al., 2007).

Bunlardan birincisi olan **yapı unsuru**, sağlık sistemindeki kaynakların kullanılabilirliğini yansıtmaktadır. Sistemin fiziksel, organizasyonel ve diğer özelliklerini tanımlamaktadır. Nitelikli hemşire personel sayısı, her hastaya bir günde sağlanan hemşirelik bakım saati, hemşireler tarafından sağlanan bakım saatlerinin oranı bu yapıya örnek olarak verilebilir. Yapı önlemlerine ilişkin veriler mevcut sağlık bilgi sistemlerinden kolayca ulaşılabilmektedir, ancak genellikle bakım sürecinden etkilendiği için bakım kalitesi üzerindeki

etkisini yorumlamak zor olmaktadır (Donabedian, 2005). Bu yapı ölçümlerinin, hemşirelik bakım kalitesinin izlenmesi ve raporlanmasında (Needleman ve ark., 2007) yetersiz kaldığı için bu yapı göstergelerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Hearld, Alexander, Fraser ve Jiang, 2008).

İkincisi **süreç unsuru** hastalara sağlanan hemşirelik bakım sürecini değerlendirmektedir. Hemşirelikte süreç unsuruna örnek olarak hemşirelik girişimleri ve hemşirelik bakım planları verilebilir.

Üçüncüsü ise **sonuç unsurudur**. Bu unsur hemşireler ve hastalarla ilgili bakım sonuçlarını değerlendirmektedir (American Nurses Association, 1996). Sonuç göstergelerinin en yaygın örnekleri bası ülseri, idrar yolu enfeksiyonu, düşme ve düşme kaynaklı yaralanma, pnömoni, kısıtlama, ilaç hataları, mortalite, bakımdan hasta memnuniyeti ve hemşire iş memnuniyeti olarak tanımlanmaktadır. Sonuç ölçütlerinin kullanımı izleme ve raporlama süreçlerinde mevcut hemşirelik kalite uygulamasında en sık kullanılan yaklaşımdır (Donabedian, 2005; Doran ve ark., 2011). Yapı unsuru, süreç ve sonuç unsurlarını etkilemektedir. Örneğin ortamda yeterli insan kaynağı yoksa süreç etkin yürütülemeyecektir. Yapı ve sürecin etkinliği ise ancak ilişkili oldukları sonuçların izlenmesi ile değerlendirilmektedir. Sistemin revize edilmesi gereken durumlarda ise süreçler iyileştirilerek, yapısal sorunlar giderilmelidir. Çünkü sonuçlar sürekli izlenerek iyileştirme ve gelişme sağlanabilir. Kısacası bu üç gösterge birbiriyle yakından ilişkilidir ve bakım kalitesinin yansımaları içerir.

1990'ların başında, ANA'nın hemşire işgücünün yeniden yapılandırılması çalışmaları ile hemşire personeli değerlendirme ve hemşire personeli ile hasta sonuçları arasındaki bağlantıları belirleme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. 1994 yılında ANA, Hasta Güvenliği ve Kalite Girişimi'ni başlatmıştır (ANA, 1995). 1998 yılında yapıyı, süreci ve hastayı yansıtan hemşirelik bakımının sonuçları ile ilgili hemşirelik bilgisini geliştirmek için veri toplama ve oluşturma çabasıyla Ulusal Hemşirelik Kalitesi Göstergeleri Veritabanını [The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)] kurulmuştur (Smith, 2006). NDNQI'nin misyonu, hemşirelik bakımı ve bu bakımın hasta çıktıları ile ilişkisi hakkında araştırmaya dayalı, ulusal karşılaştırmalı veriler sağlayarak hemşirenin hasta güvenliği ve kalite geliştirme çabalarında yardımcı olmaktır. Bu yapıda tanımlanan hemşireliğe duyarlı göstergeler hemşirelik bakımının kalitesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımının sonuçlarına katkısını izlemek ve raporlamak için kullanılmaktadır.

Dünya genelinde sağlık bakım kalitesinin değerlendirilmesine yönelik bir dizi çalışma yürütülmektedir. Hemşireliğe özgü göstergeler yirmi yıldan fazla bir süredir kullanılmaktadır. Amerika'da birçok sistematik, kapsamlı ve standartlaştırılmış hemşirelik gösterge veri tabanları ((NDNQI, Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CALNOC), Military Nursing Outcomes Database (MilNOD) ve Veterans Affairs Nursing Outcomes Database (VANOD)) geliştirilmiştir. NDNQI göstergeleri aşağıda tablo 1'de yer almaktadır.

Ulusal Hemşirelik Kalitesi Göstergeleri		
Gösterge	Alt-gösterge	Ölçüm
1. Hasta Günü Başına Hemşirelik Saatleri ^{1,2}	a. Kayıtlı Hemşireler (RN) ⁴ b. Lisanslı Pratik / Mesleki Hemşireler (LPN / LVN) ⁵ c. Lisanssız Destek Personel (UAP) ⁶	Yapı
2.Hasta düşmeleri ^{1,2}		Süreç ve Sonuç
3.Yaralanma ile Hasta düşmeleri ^{1,2}	a. Yaralanma derecesi	Süreç ve Sonuç
4.Pediyatrik Ağrı Değerlendirmesi, Müdahale, Yeniden Değerlendirme (AIR) Döngüsü		Süreç
5.Pediyatrik Periferik İntravenöz Sızma Oranı		Sonuç
6.Basınç Ülseri Yaygınlığı ¹	a. Toplumdan kazanılmış b. Hastaneden kazanılmış c. Birimden kazanılmış	Süreç ve Sonuç
7.Psikiyatrik Fiziksel / Cinsel Saldırı Oranı		Sonuç
8.Kısıtlama Yaygınlığı ²		Sonuç
9.Kayıtlı Hemşire Eğitim / Sertifikasyon		Yapı
10.Kayıtlı Hemşire Memnuniyet Anketi Seçenekleri ^{1,3}	a. İş Tatmini Ölçekleri b. İş Tatmini Ölçekleri-Kısa Form c. Çalışma Ortamı Ölçeği ²	Süreç ve Sonuç
11.Beceri Karışımı: Sağlanan toplam hemşirelik bakım saatinin yüzdesi ^{1,2}	a. RN b. LPN / LVN c. UAP d. Ajans Personeli tarafından sağlanan toplam hemşirelik saatlerinin yüzdesi	Yapı
12Gönüllü Hemşire Devir Hızı ²		Yapı
13.Hemşire Boşluk Oranı		Yapı
14.Hastane Enfeksiyonları a. İdrar sondası ilişkili idrar yolu enfeksiyonu ² b. Santral kateter ilişkili kan akımı enfeksiyonu ^{1,2} c. Ventilator ilişkili pnömoni ^{1,2}		Sonuç
1. Orijinal ANA Hemşireye Duyarlı Göstergeler 2. NQF Onaylı Hemşireye Duyarlı Göstergeler "NQF-15" 3.RN verileri yıllık, diğer göstergeler üç ayda bir analiz edilir. 4.Registered Nurse (RN): Lisans mezunu hemşiredir. LPN 'nin görevlerine ek olarak hastanın değerlendirilmesi, bakımın planlanması, LPN 'lerin görevlendirilmesi ve hemşirelik bakımının takibini yaparlar. RN olmak için farklı seviyelerde (2 yıllık, 3 yıllık, 4 yıllık) eğitim alınabilir. 5. <i>Licensed Practical/Vocational Nurse</i> (LPN/LVN): IV ve riskli olmayan ilaçların uygulanması, pansuman değişimi, bazı rutin tedaviler ve eğitim gibi işler yaparlar. LPN olmak için genelde 1-2 yıllık mesleki eğitim gerekir. 6. <i>Unlicensed Assistive Personnel</i> (UAP): RN tarafından yetkilendirilir. Hasta bakım faaliyetlerinde destekleyici bir rol oynar, eğitilmiş lisanssız sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır.		

Tablo 1'de Amerika Birleşik Devletleri'nde kayıtlı hemşirelerin (RN) iş doyumu göstergesi 2001 yılında pilot olarak test edilmiş ve daha sonra 2002 yılında uygulamaya geçmiştir. Kayıtlı hemşirelerin memnuniyet anketi, hemşirelerin elde tutulması ve işe alım çabalarının kolaylaştırılması amacıyla hemşirelik liderlerine ve personeline çalışma ortamını değerlendirmede yardımcı olan önemli bir göstergedir. Pediyatrik ve psikiyatrik göstergeler de

daha yakın zamanda eklenmiştir. Amerikan Ulusal Kalite Forumu (NQF)'ndan onay alınarak veri tabanına bu yeni göstergeler eklenmiştir. ANA, bu önlemlerin veri tabanına eklenmesini desteklemektedir. Çünkü hemşireliğe duyarlı göstergeler hemşirelik mesleğinin ulusal düzeyde ilgisini çekmektedir. Hemşireliğe duyarlı göstergeler ANA'nın hemşirelik tedbirleri ile uyumludur (Montalvo, 2012).

Avustralya'da, Kanada'da Canadian Health Outcomes for Better Information and Care (C-HOBIC), Belçika'da The Belgium Nursing Minimum Data Set (B-NMDS), İngiltere'de farklı yapıda hemşireliğe özgü göstergeler kullanılmaktadır (Yavuz Van Giersbergen, 2019). CALNOC veri tabanı ABD, Avusturalya ve Avrupa'nın birçok ülkesinde kullanılmaktadır. American Ayaktan Bakım Hemşireliği Akademisi [American Academy of Ambulatory Care Nursing (AAACN)] ile iş birliği içinde, CALNOC ayaktan tedavi ortamında ülkenin ilk hemşirelik kalite göstergeleri veri tabanı olarak hayata geçirilmiştir (American Academy of Ambulatory Care Nursing, 2015). Programın amacı uygulamaya dayalı kanıtların oluşturulması ve kullanılması konusunda hemşirelik uzmanlığını oluşturmaktır. Ayrıca program bakım mükemmelliğini sağlamak, klinik araştırmayı kolaylaştırmak, hemşirelik uygulamalarına yönelik stratejilerin geliştirilmesi için hemşirelik liderlerinin katılımını sağlamaktadır.

Belçika'da B-NMDS veri tabanında Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından belirlenen bakımla ilgili; hijyen, mobilite, boşaltım, beslenme, tüple beslenme, ağız bakımı, basınç yarasını önleme, yara bakımı, trakeostomi bakımı, endotrakeal tüp bakımı, hemşire kabulü, emosyonel destek, disoryante hastanın bakımı, izolasyona yönelik bakım, temel yaşam bulgularının takibi, klinik bulguların takibi, kan örnekleri, ilaç tedavisi uygulama, infüzyon tedavisi, cerrahi yara bakımı, travmatik yara bakımı göstergeleri takip edilmektedir (Yavuz Van Giersbergen, 2019). Mevcut göstergeler hemşirelik bakımı sürecini sadece görünür hale getirmesinin yanı sıra, hemşirelik bakımının kalitesi ve hemşire personelinin yeterliliğine de rehberlik etmektedir.

İngiltere'de ise hemşireliğe duyarlı gösterge programı resmi şikâyetler, ilaç hataları, enfeksiyon, düşmeler, basınç yarası ve beslenme standartlarından oluşmaktadır.

Kanada'da Canadian Health Outcomes for Better Information and Care (C-HOBIC) veritabanı kullanılmaktadır. Kanada Hemşireler Birliği [(The Canadian Nurses Association (CNA)] ve Sağlık Bakanlığı iş birliği ile sağlık sistemi genelindeki bilgilerin elektronik veri tabanlarına aktarımı sağlanarak sistematik bir dil oluşturmak amaçlanmıştır. Sağlık sisteminin 4 alanında (akut bakım, karmaşık sürekli bakım, uzun süreli bakım ve evde bakım) hemşireye duyarlı, hasta merkezli, klinik sonuç verileri oluşturulmuştur. Hemşirelerin katkısının kanıta dayalı, hemşireye duyarlı sonuçların standartlaştırılması yoluyla görünür kılmak için geliştirilmiştir. C-HOBIC programının bileşenleri hasta ile ilgili işlevsel durum, terapötik öz bakım (taburcu olmaya hazır), symptom yönetimi (ağrı, bulantı, yorgunluk, nefes darlığı), güvenlik sonuçları (düşmeler, basınç ülserleri)dir (Hannah ve ark., 2012). Göstergeler genellikle hemşirelik bakımı ve hasta sonuçları üzerindeki etkileriyle ilgili olarak tanımlanmıştır.

Oluşturulan veri tabanları incelendiğinde en çok düşme oranları, basınç yaraları, enfeksiyonlar, hemşirelik bakımından memnuniyet, hemşire memnuniyeti, bir hasta için harcanan toplam hemşire saati, hasta bakımında çalışan hemşire oranları takip edilmektedir. Ancak Kanada ve Belçika gibi bazı ülkelerde göstergeler ağız bakımı, yara bakımı, ağrının değerlendirilmesi, kronik hastalıklarda bakım gibi hemşirelik bakımına dayandırılmıştır.

Amerikan Hemşireler Birliği, hemşirelik mesleğinin karşı karşıya kaldığı hemşire sayısının yetersizliği, hemşirelerin işten ayrılma oranlarının yüksek olması ve çok sayıda iş gücü

sorunları arasında bazı hastanelerin hemşire sıkıntısı olduğu halde herhangi bir sorun yaşamadıklarını saptamıştır. Çalışmalar sonucu hemşireleri kuruma çeken ve yüksek oranda hemşire memnuniyeti sağlayan hastaneleri “mıknatıs hastaneler” olarak tanımlanmaktadır. Çalışmalardan sağlanan verilerle hemşirelik uygulamalarını ve hasta bakım sonuçlarını mükemmelleştirmek için bir dizi standart belirlenmiştir. Bu standartları karşılayan hastanelerin hemşirelik bakımını kaliteli verdiğini belgeleyerek Dünya genelinde saygınlığını arttırmıştır (Uçak, 2008). Magnet hastane standartlarının içerisinde düşmeler ve düşmelere bağlı yaralanmalar, hastane ilişkili bası yaraları, santral kateter ilişkili sepsis, kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu gibi hemşireliğe duyarlı göstergeler de yer almaktadır. Mıknatıs hastaneler ve mıknatıs özelliği taşımayan hastanelerin hasta sonuçları karşılaştırıldığında ise mıknatıs hastaneler lehine önemli derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Dariel ve Regnaud, 2015). Amerikan Hemşireler Birliği’nin başlatmış olduğu hemşireliğe duyarlı gösterge sistemine ait verilerin %98’i magnet hastanelerden sağlanmaktadır. Hastanelerin magnet hastane olması ile hemşirelik bakım çıktılarına benzerlik sağlaması dikkat çekicidir.

Türkiye’de Sağlıkta Kalite Göstergelerinin Gelişimi

Türkiye’de, kalitenin iyileştirilmesi ve akreditasyon süreci 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının “**Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon**” başlığı kapsamında, Sağlık Bakanlığının öncelikli hedefleri arasında yer alan kalite sistemlerinin temelleri atılmıştır. İlk defa 2005 yılında sağlık hizmetlerinin tüm süreçlerini içeren standartlar yayınlanarak hizmet süreçlerinin dokümantasyonuna başlanılmıştır.

Ülkemizde sağlıkta kalite sistemine ilişkin çalışmalar 27.06.2015 tarihinde yayınlanan “**Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik**” kapsamında gerçekleştirilmektedir. Yönetmelik kapsamında kalite standartlarını içeren SKS Hastane (Versiyon 5) rehberi yayınlanmıştır. Bu süreçte yönetmelik ve yönergeler ile desteklenen standartlar geçmişten günümüze birçok defa yeniden düzenlenmiştir. Rehberde bölümlere ait hasta bakımını değerlendiren kalite göstergeleri yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından en son 14.03.2020 tarihinde SKS Hastane (Versiyon 6) seti güncellenmiştir. Göstergelere ait bölümler; kalite yönetimi, afet ve acil durum yönetimi, eğitim yönetimi, hasta deneyimi, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta bakımı, ilaç yönetimi, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü, transfüzyon hizmetleri, radyasyon güvenliği, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi, doğum, toplum ruh sağlığı, evde sağlık, organ nakli hizmetleri, kemoterapi hizmetleri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, Kimyasal Biyolojik Radyasyon ve Nükleer (KBRN), biyokimya laboratuvarı, mikrobiyoloji laboratuvarı, patoloji laboratuvarı, diyaliz, bilgi yönetim sistemi, tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerinden oluşmaktadır. Bölümlere ilişkin yürütülen hizmet süreçleri ve bu hizmetlerin sonucunda elde edilen çıktılar, somut veriler ile izlenerek, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından kalite standartlarının yayınlandığı rehberler doğrultusunda bölüm bazlı göstergelerin takip edilmesi tüm hastaneler için zorunludur. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş bu rehberlerde hemşireliğe özgü bir gösterge veri tabanı veya hemşireliğe özgü göstergeler kullanılmamaktadır. Bölüm bazlı göstergeler içerisinde hemşirelerin takip ettiği ve sorumlu olduğu göstergeler mevcuttur. Bası yarası oranı, düşme oranı, güvenli doğum kontrol listesi kullanım oranı, üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu hızı gibi hemşirelerin sorumlu olduğu göstergeler örnek olarak verilebilir. Sağlık

kurumlarındaki her birim kendine ait göstergesini takip ettiği gibi ekip anlayışı ile takip edilmesi gereken göstergeler de mevcuttur. Örneğin bilgi yönetim sistemi başlığı altında teknik birimin hastane sağlık bilgi yönetim sistemi (SBYS) arızalarına ortalama müdahale süresi bilgi işlem tarafından takip edilirken Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı birçok meslek grubu ve farklı birimler (cerrahi klinikler, ameliyathane gibi) tarafından takip edilmektedir.

Buna ek olarak ANA bası yaralarını hemşirelik göstergeleri olarak tanımlamaktadır. Ancak basınç ülserlerinin nedeni karmaşık ve çok faktörlüdür. Bu sebeple günümüzde hemşirelikle ilgili bir terim olarak kullanılmamaktadır. Basınç ülserleri bir ekip ve sistem duyarlı göstergeler olarak tanımlanmaktadır. Bu bir paradigma değişimine neden olmuştur (Ayello ve Sibbald, 2019). Sağlık sistemi ve sağlık ekibindeki (hemşireler, doktorlar, fizik terapist, diyetisyen gibi) diğer üyelerle birlikte multidisipliner ekip anlayışı ile bası yaralarının oluşumu, gelişimi ve iyileştirilmesi ile ilgili aksaklıkların giderilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır.

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında belirlenen gösterge sonuçları hastanelerde kalite yönetim birimleri tarafından analiz edilerek hastane yönetiminin ve çalışanların da yer aldığı komitelerde ve hizmet sunum toplantılarında gündem olarak görüşülmektedir. Gösterge sonuçları bakımın kalitesini yansıtmakta ve hemşirelik hizmetlerinin yeterliliğinin sorgulanmasını sağlamaktadır. Sorunların kök nedenlerine bakıldığında süreçlerdeki aksamalar hastanedeki başka sorunların belirtisi olabilmektedir. Örneğin daha düşük düşme oranlarının belirli birimlerdeki daha yüksek personel alımı ile ilişkili olduğu ve düşme oranları, hemşirelik saatleri ve becerileri arasında güçlü bir bağ olduğunu belirtilmektedir (Montalvo, 2007). Hemşire iş yükünün fazla olması hasta bakım sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (Carlesi ve ark., 2017; Cho ve ark., 2015). Hasta güvenliğini etkileyen istenmeyen olayların gerçekleşmesi durumunda Sağlık Bakanlığı kalite yönetim birimlerine istenmeyen Olay Bildirim Sistemi üzerinden bildirilmesini istenmektedir. Hemşirelerin olaylarda sadece veri toplamada bildirim sorumluluğunun yanı sıra süreçlere ve sonuçların yorumlanmasında kalite ekip çalışmalarına dahil edilerek, bakımın iyileştirilmesinde sağlayacakları katkıları önemsenmesi oldukça önemlidir. Bu konuda yöneticilerin gösterge sonuçlarını yorumlamaları ve gerekli desteği çalışanlarından almaları gerekmektedir.

Hemşirelikte Kalite Göstergelerinin Önemi

Literatürde hemşirelik bakım göstergeleri, hemşireye duyarlı göstergeler, bakım kalitesi göstergeleri, klinik hemşirelik göstergeleri, hemşireye duyarlı sonuç göstergeleri, hemşireye duyarlı performans göstergeleri ve kalite standartları veya kriterleri gibi çeşitli terimler kullanılarak tanımlanmaktadır (Yavuz van Giersbergen, 2019). Hemşirelikte gösterge kavramının geliştirilmesi, hemşirelik hizmetlerinin doğasını aydınlatarak hemşirelerin kalite izleme ve raporlamaya katılımını desteklemektedir (Kurcgant ve ark., 2006). Çünkü göstergeler hemşirelik bakımının yapısını, sürecini ve sonucunu yansıtmaktadır (Montalvo, 2007). Hemşirelik bakımı uygulamalarının sağlık sonuçları ve hasta güvenliği üzerindeki etkisini göstermektedir.

Hemşirelik bakımının kalitesini izlemek ve raporlamak için hemşireliğe duyarlı göstergeler geliştirilmiştir. Hemşireliğe duyarlı göstergeler hemşireliğe özgüdür, spesifik ve bakım kalitesinin tıbbi göstergelerinden farklıdır. Örneğin, yapısal bir hemşirelik göstergesi, hasta başına verilen hemşirelik bakım saatlerini içermektedir. Süreçle ilgili hemşirelik

göstergesi hastanın ağrı durumunun değerlendirilmesidir. Hemşirelik sonuç göstergesi ise, hemşirelik bakımından en çok etkilenen sonuçlar olup hasta düşmesi ve düşme sonucu oluşan yaralanmaları kapsamaktadır.

Donabedian (2005)'a göre bakım kalitesini değerlendirmek için en doğrudan yaklaşım, bakım sürecinin kendisinin incelenmesidir. Göstergeler yolu ile bakım sürecinin hangi aşamalarında aksaklıklar olduğu tespit edilerek gerekli iyileştirme faaliyetleri yapılabilmektedir. Bu nedenle, faaliyetlerin planlanması, düzenlenmesi ve değerlendirilmesinde kalitenin ölçülmesi esastır. Göstergeler, süreçleri değiştirmek için değerli araçlar olabilmektedir. Ancak, göstergelerin seçiminde süreçleri değerlendirmek için sunulan sağlık bakım hizmeti, eğitim ve yönetim politikaları, misyon ve organizasyon yapısı; iş sağlık kurumlarının programları ve önerileri, insani, maddi, finansal ve fiziksel kaynaklar, müşterilerin beklentileri gibi unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır (Dorner ve ark., 2009).

Hemşireliğe duyarlı göstergeler organizasyonun verimliliğini ve performansını, hemşirelik bakımının etkinliğini ve maliyetini ölçen sayısal önlemlerdir (Aydın ve ark., 2004; Doran ve ark., 2011). Son yıllarda finansmanı dikkate alan bakım uygulamaları, hasta sonuçlarını iyileştirmek için hemşirelerin ne yapması gerektiğinin nicelleştirilmesi ve bakımın ölçülmesinin gerektiğini belirtmektedir. Bilimsel alanda hemşirelik bakım kalitesini ve hastanelerin kurumsal performanslarını iyileştirmek için kalite standartlarından yararlanması önerilmektedir. (Brown ve ark., 2010, Patrician ve ark., 2010; Doran ve ark., 2011). Çünkü ölçüm sonuçları mevcut hizmetin performansını değerlendirmek, iyileştirilmesi gereken alanları saptamak ve süreçlerdeki değişimlerin performansa nasıl etki ettiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Sistemin izlenebilirliğinin sağlanması gereksiz ve hatalı yapılan işlemlerin düzeltilmesi için yöneticilere ve çalışanlara yol gösterecektir. Bu süreçte belirlenen performans kalite hedeflerine ulaşıp ulaşılmaması sunulan hizmet kalitesinin düzeyini gösterecektir (Ekici, 2013).

Göstergelerdeki verilerden elde edilen bilgiler, belirli bir durumun tanınmasını, belgelenmesini, değerlendirilmesini ve karar vermeyi desteklemeye yardımcı olmaktadır. Göstergeler yoluyla alınan bilgiler mümkün olan en iyi kalite ve daha iyi yönetim uygulamaları için sonraki değerlendirmelere veri kaynağı olarak ve hedeflerin belirlenmesinde kullanılabilmektedir. Sektörler arasındaki iç karşılaştırma ve farklı hizmetler arasındaki dış karşılaştırma, hedeflerin gözden geçirilmesine fayda sağlamaktadır (Menezes ve D'Innocenzo, 2013). Çalışanların en iyi uygulamaları paylaşarak sağlık organizasyonlarının hasta bakımını geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Ancak verilerin rutin olarak toplanması ve analiz sonuçlarının sağlık organizasyonlarının gerçekliği ile tutarlı olmasını sağlamak gerekir. Hasta güvenliğini arttırmak, servisler arası kıyaslama yapabilmek, bakım kalitesini izlemek ve raporlamak için güvenilir verilere ihtiyaç duyulmaktadır (Kennedy ve ark., 2013; Needleman ve Hassmiller, 2009). Göstergelerin sürdürülebilir olması bakım kalitesini artırarak, kullanıcıların güvenliğini sağlayarak finansman kuruluşlarının gereksinimlerini karşılayarak maliyetleri azaltır ve profesyonellerin katılımını teşvik etmeye yardımcı olmadaki temel rol almaktadır (Kurcgant ve ark., 2006).

Göstergelerin sunulan bakımı değerlendirmek, bakımın kalitesini artırmak ve hedeflere ulaşmak için gerekli olan stratejilerin tanımlanması önemlidir (Aiken ve ark., 2009; Needleman ve ark., 2011; Patrician ve ark., 2010; Blegen ve ark., 2011). Hemşirelerin, göstergelerin kaliteyi değerlendirme ve iyileştirme sağlayan araçlar olduğunu anladıkları, ancak bu araçların

nasıl kullanılacağına dair eksik bilgilere sahip oldukları, göstergelere ilişkin verileri topladıkları, analiz ettikleri, ancak çalıştıkları alanlarda iyileştirmeler yapmak için gösterge sonuçlarını değerlendiremedikleri belirtilmektedir. Buna ek olarak hemşireler hizmet sunumu sırasında ve kalite göstergelerini kullanırken bazı zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bu zorluklar; zaman eksikliği, profesyonel hemşire sayısının yetersizliği ve konuyla ilgili hemşirelerin bilgi eksikliğidir. En büyük zorluk ise göstergelerin sürdürülebilirlik konusu olabilmektedir (Thaizy, 2015). Zaman eksikliğine ilişkin sorunların hastaların ihtiyaç duyduğu bakım taleplerinin mevcut profesyoneller tarafından karşılanamaması ve kurumlarda bulunan profesyonellerin sayısının önemli derecede yetersiz olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Hemşirelik profesyonellerinin sayısının azalması ve istihdam sorunları, kalite ve güvenlik önlemlerinin uygulanmasını engellediği literatürde yapılan çalışmalarda da kanıtlanmıştır (Twigg ve ark., 2015; Lucero ve ark., 2010).

Hemşirelik bakım göstergelerinin kullanımı sonucunda yapılan araştırmalarda kliniklerde yeterli sayıda hemşirenin bulunması gerekliliği üzerinde önemle durulmaktadır (Twigg ve Duffield, 2009). Bu doğrultuda hasta hemşire oranları, hastalara sağlanan toplam bakım saati verileri, hemşire devir oranları hem politika yapıcılara hem de yönetici hemşirelere yol göstermede temel rol oynamaktadır. Hemşireler de çalışma koşullarının çalışma sürecindeki hataları doğrudan yansıttığını fark etmektedir. Özellikle kurumların yöneticilerinin sağlık profesyonellerine ve hastalara sunulan sağlık hizmetlerinde daha olumlu bir etki yaratabilmek için çalışan sayılarındaki eksikliğin daha fazla farkında olmaları gerekmektedir.

Son yıllarda hemşireliğe duyarlı göstergeler hasta sonuçlarında hemşirelik bakımı yapısının ve sürecinin etkisini göstermek için daha çok kullanılmaktadır. Buna rağmen, hala kullanımlarının gelişimi istenilen düzey ulaşmadığı bilinmektedir. Çünkü hemşireliğe duyarlı göstergeler genellikle açık bir kavramsal ya da teorik temeli olmadan ve mevcut hemşirelik kalitesi izleme ve raporlama süreçlerinde kullanımı açık hale getirilmeden kullanılmaktadır (Burston ve ark., 2014).

Xu'un (2015) çalışmasında hemşireler sonuç göstergelerinden ziyade yapı ve süreç göstergelerinin üzerinde durulmasını önemle vurgulamıştır. Ancak, literatürde hemşirelik süreç göstergeleri mevcut hemşirelik kalitesi izleme ve raporlama veri tabanlarında en az kullanılan alan olduğu belirtilmektedir. Süreç göstergelerinin hemşirelik süreci alanları ve bakım sonuçları arasındaki ilişkilerini göstermek için kavramsal modeller ile ilişkilendirilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda Irvine ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen "Hemşirelik Rolü Etkinlik Modelini" 15 ulusal gönüllü konsensüs süreç göstergelerini geliştirmek için bir çerçeve olarak kullanmış ve hemşireye duyarlı bakım (NQF-15) standartları olarak Amerikan Ulusal Kalite Forumu (2004) tarafından onaylanmıştır. Aynı şekilde Belçika'da da süreç göstergelerinin geliştirilmesi ve gözden geçirilmesi adına Hemşirelik Müdahale Sınıflandırması kullanılarak, Belçika Hemşireliği Minimum Veri Kümesi oluşturulmuştur (Van den Heede ve ark., 2009). Dünya'da NSI kullanımı yaygın değildir. Hemşireliğe duyarlı göstergeler ile ilgili araştırmaların çoğunluğu Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmaktadır (Doran ve ark., 2011). Birçok ülkede hemşirelik bakımına ait göstergeler çoğu zaman diğer sağlık bakım göstergeleri ile birlikte kullanılmaktadır (Xu, 2015).

Sağlık kurumlarında hastalarla ilgili bol miktarda veri olmasına rağmen mevcut hastane bilgi sistemlerinde verilerin çoğu hemşirelik bakımının kalitesini ve hemşirelerin hasta bakımına katkılarını ölçmek için yetersiz kalmaktadır (Kleib ve ark., 2011). Bu nedenle

hemşirelik veri sistemlerinin olmaması, hemşirelik bakımı, bakım kalitesinin iyileştirilmesi, hemşirelik kaynaklarının planlanması ve hemşirelerin hastalara kaliteli bakım sunduklarını gösteren kanıtların sağlanması engellenmektedir. Hemşirelik veri tabanları ile klinik süreçler ve sağlık bilgi sistemlerinin arasında ortak bir zeminde teorik bir bilgi altyapısı geliştirebilir. (Heslop ve ark., 2014). Bunun için hemşirelerle bir araya gelerek özellikle en fazla gereksinim duyulan alanlarda anlaşmaya varılarak desteklerinin alınarak araştırmalar yapılması gerekmektedir. Bu konuda hemşirelikle ilgili örgütler, dernekler ve akademisyenlerin katkısı büyük olacaktır. Çünkü ideal bir hemşirelik yapısı ve süreci profesyonelliği kolaylaştıracaktır. Çalışmalar hala hemşirelerin özellikle kalite izleme ile ilgili tartışmalarda bulunmadıklarını ve raporlama (Burhans ve Alligood, 2010; Xu, 2015) süreçlerine dahil olmadıklarını göstermektedir. Hemşireler bu süreçte gösterge verilerini raporlamayı zaman alıcı ve külfetli bir süreç olarak görebilmektedir (Burston ve ark., 2014.).

Hemşirelik bakım göstergeleri hemşirelik bakım ortamının özelliği ile ilgili veri sağlamaktadır. Uygulayıcılar arasında iş birliğini, hemşirelik kariyer olanaklarının varlığını, yönetici hemşirelerin liderlik özelliklerini ve yeteneklerini dolayısıyla tatmin edici bir hemşirelik bakım ortamını yansıtmaktadır. Sağlık bakım ortamının kalitesinin yükselmesi, hem çalışan hem de hasta memnuniyetinin sağlanmasını, her iki grubun moral ve motivasyonlarının yükselmesini, örgütsel bağlılığı ve çalışan performansını arttırdığı bilinmektedir. Hemşirelik iş memnuniyetinin pozitif hasta sonuçları üzerindeki etkisi ise önemli ölçüde kanıtlanmıştır (Laschinger ve Leiter, 2006; Tervo-Heikkinen ve ark., 2008; Van Bogaert ve ark., 2009). Sonuçta hemşirelerin birbirleri arasında mesleki ilişkileri ve işbirlikçi uygulamaları, hemşirelerin hasta bakımı için oluşturacakları yaratıcı bir ortam en iyi hasta sonuçlarına ulaştıracaktır. Ayrıca kariyer gelişimi için daha fazla fırsat yaratacaktır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşireliğe duyarlı göstergeler hemşirelik kalitesi izleme ve raporlama süreçlerinin temelidir. Hemşireliğe duyarlı göstergeler yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin bakım kalitesini izlemesinde rapor etmesinde, pozitif hasta sonuçlarının üretilmesinde ve çalışanların performansının iyileştirilmesinde oldukça önemlidir. Göstergelerin yokluğunda, hemşirelik bakımı tüm boyutları ile izlenmesi ve uygun şekilde rapor edilmesi, farklı kurumlar ve sektörler arasında karşılaştırma yapması zorlaşmaktadır. Bu amaçla hemşirelik yöneticileri ve hemşirelik akademisyenleri arasında açık ve sürekli diyalogların geliştirilmesi önemlidir. Gösterge yönetiminin tüm aşamalarının çalışanlar tarafından ne yapılacağına dair bilinerek kolektif bir tutum olması gerektiği de unutulmamalıdır. Hemşireliğe duyarlı göstergelerin tanımı, hemşireliğe duyarlılığı, verilerin nasıl oluştuğunu, bunların klinik uygulamada nasıl rapor edileceğinin ve sürdürüleceğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu doğrultuda, sağlık organizasyonlarında kalite politikalarının benimsenmesi ve uygulanmasının hem çalışanlar hem de sağlık hizmeti alan bireyler üzerinde gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bakımın planlanması ve bakımın değerlendirilmesinde hemşireler için değerli olan bilgilerin ve sonuçların hastane bilgi yönetim sistemlerine dahil edilmesi önemlidir. Hemşirelerin kendileri hakkında sürekli ve zamanında bilgi almak için hemşirelik gösterge veri tabanları oluşturulmalı ve sisteme kolayca erişebilmeleri sağlanarak kullanımlarına sunulmalıdır. Örneğin, hemşirelerin ilaç yönetimi hata oranı, hastane hakkında güncellenmiş verilerden edinilmiş ayrıntılı basınç ülseri oranları ve düşme oranları hakkında bilgiye ulaşarak bakım kalitesine yansıtabilmelerinde yol gösterici olacaktır. Böylelikle, bu bilgi, insan

kaynakları ve kalite girişimleriyle ilgili karar almayı desteklemek için hemşire liderleri tarafından kullanılabilir olacaktır. Buna ek olarak, hastalar da kendilerine sunulan hemşirelik bakımını değerlendirebilmeli ve uygun bakımı seçmek için hemşireliğe duyarlı göstergelerin belirlenmesi ve kullanımı ile ilgili görüş bildirebilmelidir.

Hemşireliğe özgü göstergelerin lisans programlarının müfredatlarına dahil edilmesi hemşirelik öğrencilerinin bu konu ile ilgili farkındalığının ve bilincinin öğrencilik yıllarında oluşturabilmesi için oldukça önemlidir. Programların içeriğinde hemşirelik göstergelerinin ölçümü, toplanması, kullanımı ve raporlama yöntemleri, gösterge kullanımının sonuçları ve hemşirelik gelişimine katkısını içermelidir. Böyle bir bilgi, hemşireleri hemşirelik kalitesini izleme ve raporlama süreçlerine dahil ederek kalite yönetimi ve iyileştirme faaliyetlerinde daha etkin rol ve sorumluluk almalarını sağlayabilir. Ayrıca hemşirelerin eğitim gibi mesleki gelişim, bilgi ve uygulama becerilerini güçlendirebilir. Bu konuda çalışmaların yapılarak hemşirelik profesyonellerinin hemşireliğe duyarlı göstergeler hakkındaki farkındalığı arttırılabilir.

KAYNAKLAR

- Aiken, L.H. Clarke, S.P. Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. International Hospital Outcomes Research Consortium. Int J Qual Health Care, 14(1):5-13.
- Aktan, Çoşkun Can ve Saran Ulvi. (2007). Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, 1. baskı, Aura Kitapları, İstanbul.
- American Nurses Association. (1995). Nursing Care Report Card for Acute Care. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Nurses Association. (1996). Nursing Quality Indicators-Definitions and Implications. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Ayello, EA. Sibbald, R.G. (2019). Pressure injuries: A nursing-sensitive indicator? Pressure injuries. Nursing, 49(8), 6–8.
- Aydin, C.E. vd. (2004). Creating and analyzing a statewide nursing quality measurement database. J Nurs Scholarsh, 36(4):371-8.
- Blegen, M.A. vd. (2011). Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals. Med Care, 49(4):406-14.
- Burhans, L.M. ve Alligood M.R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. J Adv Nurs, 66(8):1689-97.
- Burston, S. Chaboyer, W. Gillespie, B. (2014). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: A Review and Discussion of Issues. J Clin Nurs, 23(13-14):1785-95.
- Carlesi, K.C. vd. (2017). Patient Safety Incidents and Nursing Workload. Rev Lat Am Enfermagem, 6;25: 2841.
- Cho, E. vd. (2015). Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. Int J Nurs Study, 52(2): 535–542.

- Dariel, O. Regnaud, J.P. (2013). Do Magnet®-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: a systematic review protocol. JBI Database Syst Rev Implement Rep, 11 (11). 125–140.
- Donabedian, A. (1988). “The Quality of Care: How Can It Be Assessed?” Journal of the American Medical Association, 260:1743–1748.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. Milbank Q, 83(4):691-729.
- Hearld, L.R. vd. (2008). Review: how do hospital organizational structure and processes affect quality of care? A Critical Review of Research Methods. Med Care Res Rev, 65(3):259-99.
- Doran, D. Mildon, B. Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis. Nurs Leadersh (Tor Ont), 24(2):38-57.
- Dorner, B. Posthauer, E. Thomas, D. (2009). The Role Of Nutrition İn Pressure Ulcer Prevention And Treatment: National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper. Nutrition White Paper. Advances İn Skin & Wound Care, 22(5): 212-21.
- Ekici, D. (2013). Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi. Ankara, Sim Matbaacılık Ltd. Şti. s:77-78.
- Hannah, K. vd. (2012) Standardized Information to Support Clinical Practice and Quality Patient Across Canada. 23;142.
- Heslop, L. Lu, S. Xu, X. (2014). Nursing-sensitive Indicators: A Concept Analysis. J Adv Nurs, 70(11):2469-82.
- Institute of Medicine-IOM. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century/Committee On Quality Health Care in America. National Academy Press, 2101 Constitution Avenues, N.W., Washington, DC:39-60.
- Irvine, D. Sidani, S. Hall, L.M. (1998). Linking Outcomes to Nurses Roles in Health Care. Nursing Economics, 16(2), 58–64, 87.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (US). Characteristics of clinical indicators. QRB Qual Rev Bul, 15(11):330-9.
- Kapoor, P. (2011). Why Quality in Healthcare. Med J Armed Forces India, 67(3):206-8.
- Kaya, S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. Ankara: Feryal Matbaacılık. s.14-15.
- Kennedy, R. Murphy, J. Roberts, D.W. (2013). An Overview of The National Quality Strategy: Where Do Nurses Fit? The Online Journal of Issues in Nursing, 18(3).
- Kleib, M. Sales, A. Doran, D.M. Mallette, C. White, D. (2011). Nursing Minimum Data Sets. In D. M. Doran (Ed.), Nursing Outcomes: State of the Science (2ed.), pp. 487-512.
- Kurtzman, E.T. Corrigan, J.M. (2007). Measuring The Contribution of Nursing to Quality, Patient Safety, and Health Care Outcomes. Policy Polit Nurs Pract, 8(1):20-36.
- Kurcgant, P. Ciampone, MH. Melleiro, MM. (2006). Planing in Health Organizations: Analysis Under Systematic View. Rev Gaucha Enferm, 27(3):351-5.

- Laschinger, H.K.S., Leiter, M.P. (2006). The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout/Engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259–267.
- Lucero, R.J. Lake, E. T. Aiken, L.H. (2010). Nursing Care Quality and Adverse Events in US Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2185–2195.
- Menezes, PIFB. D’Innocenzo, M. (2013). Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na utilização de indicadores de processos. *Rev Bras Enferm*. 66(4):571-7.
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI®). *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3).
- Myers, S.A. (2012). Patient Safety and Hospital Accreditation: Overview of Hospital Accreditation and Patient Safety, Springer Publishing Company.
- Needleman, J. Kurtzman, E.T. Kizer, K.W. (2007). Performance Measurement of Nursing Care: State of The Science and The Current Consensus. *Med Care Res Rev*, 64(2 Suppl):10S-43S.
- Needleman, J. Hassmiller, S. (2009). The Role of Nurses in Improving Hospital Quality and Efficiency: Real-World Results. *Health Affairs*, 28(4), w625–w633.
- Nursing Sensitive Indicators. (12/16/2015). American Academy of Ambulatory Care Nursing. (Erişim Tarihi: 04.05.2020). Erişim adresi: <https://www.aaacn.org/about/press-room/press-releases/calnoc-and-american-academy-ambulatory-care-nursing-announce>
- Özçakar, N. (2010). Bir Kamu Kuruluşundaki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Istanbul University Journal of the School of Business Administration*, 39(1)106-124.
- Patrician, P.A. vd. (2010). Towards Evidence-Based Management: Creating an Informative Database of Nursing-Sensitive Indicators. *J Nurs Scholarsh*, 42(4):358-66.
- Smith, S. (2006). Application of the Clinical Nurse Leader Role in an Acute Care Delivery Model. *J Nurs Adm*, 36(1):29–33.
- Taşkıran, G. Temel, A. (2017). Tutkulu Bir İstatistikçi: Florence Nightingale. *DEUHFED*, 10(2), 113-120.
- Tervo-Heikkinen, T. Partanen, P. Aalto, P. Vehviläinen-Julkunen, K. (2008). Nurses’ Work Environment and Nursing Outcomes: A Survey Study Among Finnish University Hospital Registered Nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 14(5), 357–365.
- Thaizy Valânia Lopes Silveira., Pedro Paulo do Prado Júnior., Andréia Guerra Siman & Marilane de Oliveira Fani Amaro. (2015). The Importance of Using Quality Indicators in Nursing Care. *Rev Gaúcha Enferm*, 36(2):82-8.
- Twigg, D. Duffield, C. (2009). A Review of Workload Measures: A Context for a New Staffing Methodology in Western Australia. *Int J Nurs Study*, 46(1):131-9.
- Twigg, D.E. Gelder, L. Myers, H. (2015). The Impact of Understaffed Shifts on Nurse-Sensitive Outcomes. *Adv Nurs*, 71(7):1564-72.

- Uçak, H. (2008). Hastanelerde Yenilik ve Uygulamalar: Sağlık Kurumlarında Uygulanan Yönetim Eğilimlerinin Değerlendirilmesi. *İç Hastalıkları Dergisi*, 15(3): 145-152.
- Van Bogaert, P. vd. (2009). Practice Environments and Their Associations with Nurse-Reported Outcomes in Belgian Hospitals: Development and Preliminary Validation of a Dutch Adaptation of The Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 54–64.
- Xu, X. (2015). Identification of Nursing-Sensitive Indicators for Nursing Quality Monitoring and Reporting in an Australian Context. A thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy College of Health and Biomedicine Victoria University Melbourne, Australia.
- Yavuz Van Giersbergen, M. (2019). Bakımın Kalite Göstergeleri, 6. Uluslararası, 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, ss 44-53, 19-21 Aralık, Ankara.