hospital manager

Nisan 2010 • sayı 10

sağlık profesyonelinin dergisi



Sağlıkta Kalite Yarışı Kızışıyor

Özel Hastaneler Akreditasyonla Yükseliyorlar

Türkiye En Çok JCI Akreditasyonuna Sahip Ülke

hospitalmanager içindekiler



6

Özel Hastaneler Akreditasyonla Yükseliyorlar

Ülkemizin önde gelen özel hastanelerin yöneticileri akreditasyon standartlarına uyumun hizmet kalitesini ve hasta güvenliğini önemli ölçüde arttırdığında hemfikirler

Kalite, Hasta Güvenliği ve Suistimal Davaları

Uzmanlar hastanelerin kalite düzeyi arttıkça hasta güvenliğinin güçlendiği ve bunun da uzun vadede hekimlere karşı açılan davaları azaltacağını savunuyorlar...



Hekimin yasal sorumluluğunda dört temel adım

48

Hekimin yasal sorumluluğu ve sınırları konusundaki güncel tartışmalar önemini korumaktadır. Tıbbi müdahaleden doğan yasal sorumlulukların (hukuki, cezai, idari ve hatta disiplin sorumluluğu) kongre, toplantı, seminer ve yayınlara yansıması giderek tırmanan bir eğilim içerisindedir...



Bir Yüksek Yargı Kararının Değerlendirilmesi

52

Sağlık kurum ve kuruluşları toplum sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve iyilik halinin devamı için gereken faaliyetlerin gerçekleştirildiği yerlerdir. Söz konusu misyonun yanında önemli sayılması gereken diğer bir yükümlülük de kuruma başvuranların kişisel (sağlık, ekonomik durum, aile vb.) bilgilerinin kaydedilmesi ve saklanmasıdır. Bu görevin hukuki çerçevede yerine getirilmesi hem hizmeti sunan sağlık kuruluşu hem kuruma başvuran kişi hem de yargılama makamları yönünden büyük önem taşır.

14



Sağlıkta Kalite Yarışı Kızışıyor

Özel hastanelerin kalite yöneticileri rekabetin artık kalite bazlı oluşmaya başladığını belirtiyorlar. Konu ile ilgili hospitalmanager'ın hazırladığı dosya bunu doğruluyor

Sağlık Sektöründe Akreditasyonun Farklı Açılardan Değerlendirilmesi:

Ne yapılmaya çalışılıyor, nasıl algılanıyor ve ne gibi güçlüklerle karşılaşılıyor?

Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA, Bayındır Sağlık Grubu Tıbbi Direktörü-
Bayındır Hastanesinin iyi uygulama örnekleri şöyle özetleniyor: "2009 yılındaki yeniden belgelendirme döneminde hastanemizin bazı çalışmaları JCI tarafından "İyi Uygulama" kategorisinde aday gösterildi. Bunların ilki "Bakım Haritası" uygulamaları diğerleri de FMEA alanında yaptığımız 'Yeni-doğanın Düşürülmesini Önlemede Risk Analizi' çalışması ve 'Yenidoğan-bebek Düşme Değerlendirme Ölçeği' çalışmalarıdır...

Prof. Dr. Barış DİREN, Medicana International Ankara Hastanesi Tıbbi Direktörü-
Medicana International Ankara Hastanesi Tıbbi Direktörü Prof. Dr. H. Barış DİREN'in örneklediği iyi uygulama ise 'Taraf Cerrahisi' alanında. Bu uygulamada, ameliyata hazırlanan hastaya ilk kabul sırasında, cilde yazma özelliği olan bir kalem hediye ediliyor ve doktoru kendisini ziyaret ettiğinde bu kalemi taraf işaretlemesi amacıyla ona hediye etmesi hatırlatılıyor. Uygulama konusunda da hekimin bilgilendirilmiş olması iletişimin etkiliğinin bir garantisi oluyor.

Dr. Hasan KUŞ, Anadolu Sağlık Merkezi Genel Direktörü-
ASM'nin iyi uygulamalar konusunda öne çıkardığı konular şöyle: "İyi uygulamalarımız arasında, hastalarımızın güvenliğini sağlamaya yönelik olanlardan söz etmek yerinde olur. Anadolu Sağlık Merkezi olarak, kanıtlanmış iyi uygulamalardan 'Rapid Responce Team' (RRT) çalışmasını başlattık. Bu uygulama, 'büyük yangın kıvılcımlarla başlar' mantığı ile sağlık personeli ve hastaların ihtiyacı halinde yardımcı olmak amacıyla yapılmaktadır.

Dr. Mehmet AYDIN, Özel Kadıköy Şifa Hastanesi – Kalite Koordinatörü-
Kadıköy Şifa Hastanesi Kalite Direktörü Dr. Mehmet AYDIN ise, EFQM modeline dayalı uygulamaların esasen bütünüyle iyi uygulamalar kategorisinde değerlendirilebileceğini belirtiyor. Modelin sektör ayrımı gözetilmeksizin her işletmede uygulanabileceğine değinen Dr. AYDIN, modelin uygulanmasının ayni modeli kullanan kurumlarla kıyaslama olanağı verdiğini de belirtiyor.

Saliha KOÇ, ASG – Hemşirelik Hizmetleri Direktörü -
Akreditasyon gerekleri doğrultusunda kurumsal süreçlerin işleyişine bakabilme tutumunu ve bu konuda çeşitli düzeylerde yetkinliklerin geliştirilmesini bizzat iyi uygulama saymak kanımca çok anlamlı olur... Sağlık hizmeti sunumunun her adımını ve aşamasını, sonuçları etkileyen tüm faktörlerle masaya yatırabilmek, bir kuruluşun ilerlemesinin itici gücü olma potansiyeline sahip...

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI, ASM Tıbbi Direktörü-
ASM Tıbbi Direktörü Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI'nın iyi uygulamalar yaklaşımında vurgulanan noktaları şu şekilde özetlemek mümkün: Dr. ÇAKMAKÇI, gerek ameliyathane gerek diğer tıbbi birimlerde öne çıkan iyi uygulamaların büyük önem taşıdığını ve bunlardan önemli dersler çıkarılabileceğini; buna ek olarak kıyaslamalara esas olacak ölçüm ve izleme sistemlerinin bu yolla olgunlaşacağına olan inancını belirtiyor.



Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Başarı Hizmet Kalitesine Bağlı

Uluslar arası sağlık arenasında Türkiye'nin artan itibarı sağlık turizmindeki şansını da artırıyor. Büyük ölçekte sağlık turizmi oluşturabilmek için yüksek kalitede büyük ölçekli hastanelere ihtiyaç çok.

Türkiye En Çok JCI Akreditasyonuna Sahip Ülke

ABD merkezli uluslar arası akreditasyon kuruluşu JCI'ın kayıtlarına göre Türkiye uluslararası sıralamada en fazla akredite sağlık kuruluşu ile başı çekiyor.



Kalite, Akreditasyon ve Malpraktis

Hospital Manager'in bu sayısı *"Kalite, Akreditasyon ve Malpraktis"* konularına ayrıldı. Sağlık reformu çabalarının ve girişimlerinin bütün dünya ülkelerinin ekonomilerini derinden etkilediği göz önünde bulundurulursa; bu üç ana fikrin tanımladığı kavram kümesinin seçilmiş olması bir raslantı sayılmamalı. Bütünüyle başarı sayılabilecek bir sağlık reformundan söz etmek bu gün için pek olası görünmüyor. Başarısızlık örnekleri oldukça fazla; başarı örnekleri ise belli alanlarla sınırlı kalıyor.

Başarı sağlanan alanlara dikkatlice bakıldığında ise, başarıların altında: ölçülebilirlik, izlenebilirlik ve kıyaslama gibi hayati kurumsal fonksiyonlar hemen göze çarpıyor. Bu kurumsal fonksiyonların oluşturulması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması ise kalite, akreditasyon, süreç iyileştirme ve sonuç yönetimi gibi kavram kümelerinde farkındalığın ötesine geçilerek artık yetkinleşmeye/olgunluğa giden yolda kararlı oyuncuların sayısının artmasına bağlı.

Bu bağlamda; bu yola girmiş, mesafe katetmiş, daha iyiyi ortaya koymayı misyon edinmiş kuruluşların yetkin liderlerinin konulara bakışlarını ve düşüncelerini derginin bu sayısına yansıtmak ana amacımız oldu. Bu vesile ile, henüz tam anlamıyla benimsenmemiş ve yaygınlaştırılması yönünde organize çabalardan söz edemeyeceğimiz kavramların değerli sektör yöneticileri tarafından telaffuz ediliyor olması bizleri çok sevindirdi.

Kanıta dayalı klinik uygulamalar, sonuç yönetimi (klinik), kıyaslamalara izin verecek sistematik yaklaşımların irili ufaklı sağlık kuruluşlarımızda hayata geçmesi temennisiyle.

Sağlıklı olun, sağlıklı kalın, sağlığa katkıda bulunacak yetkinlik ve birikimlerinizi paylaşmaya devam edin.



Yönetim
UHS Yayıncılık Ltd. Şti. adına
İmtiyaz Sahibi
Pelin Soydaş

Yönetim Adresi
Kuleli Sokak
No: 57/1 G.O.P. Ankara
T. 0312 446 91 14
F. 0312 446 91 17
info@hospitalmanager.net

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Pelin Soydaş

Reklam Rezervasyon
T. 0312 446 91 15
F. 0312 446 91 17
info@hospitalmanager.net

Katkıda Bulunanlar
Esat Nadir Eryılmaz

Görsel Tasarım
UHS Yayıncılık Ltd. Şti.

Yayın Türü
Yerel Süreli

Basım Yeri
TŞOF Plaka Matbaacılık A.Ş.
Sincan 1. Organize Sanayi Bölgesi
Dr. Orhan Işık Cad.
No:3 Sincan / ANKARA

Baskı Tarihi
Mayıs 2010

HospitalManager UHS Yayıncılık Ltd. Şti. tarafından T.C. yasalarına uygun olarak yayımlanmaktadır. Derginin isim ve yayın hakkı Pelin Soydaş'a aittir. Dergide yayınlanan yazı ve fotoğrafların her hakkı saklıdır. İzinsiz ve kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz. Reklam sayfalarının içeriği ve markalar konusunda sorumluluk reklam verene aittir.

hospital
manager

sağlık profesyonelinin dergisi

ilan ve abonelik için



0312 446 91 14
www.uhs-tr.com

Sağlık Profesyonellerinin Dergisine
BUGÜN ABONE OLUN,
sağlık sektöründeki gelişmelerden anında haberdar olun!

Ad/Soyad :..... .....

Kurum/Kuruluş :..... .....

Adres :..... .....

:..... .....

Tel :..... e-mail: .....

Lütfen bu formu aşağıdaki banka hesaplarından herhangi birine yatırmış olduğunuz abonelik ücreti dekontunu da ekleyerek 0312 446 91 17 nolu faksa gönderiniz.

Hesap Numaraları:
Garanti Bankası Emek Ankara Şb. No: 778-6299330
İş Bankası Köroğlu Ankara Şb. No: 4234-0325584
Yapı Kredi G.O.P. Ankara Şb. No: 822-81481601
Diğer ödeme şekilleri için lütfen 0312 446 91 14 nolu telefonu arayınız.

uhs Yayıncılık Ltd. Şti.
Kuleli Sokak No: 57/1 G.O.P. Ankara
Tel: 0312 446 91 14 * www.uhs-tr.com

Sağlık Sektöründe Akreditasyonun Farklı Açılardan Değerlendirilmesi:

Ne yapılmaya çalışılıyor, nasıl algılanıyor ve ne gibi güçlüklerle karşılaşılıyor?

Bu sayıda yayınlanan bir yazıda, sağlık hizmetinde kalite şöyle tanımlanıyor[1]:

"…Sağlık hizmetinin kalitesini:

(a) Uygun sağlık hizmetinin zamanında ve yetkin sağlık profesyonellerince verilmesi ve

(b) Uygun olduğu düşünülen bu sağlık hizmeti hastaya –uygun kaynakları harcayarak ve mümkün olan en gelişmiş meslek standartlarına göre- verilirken; verilen hizmetten dolayı ya da sunulan hizmetle ilişkili olarak en küçük bir zararın dahi verilmemesi, yani hata yapılmaması

belirler."

Bu açıdan değerlendirildiğinde, yukarıdaki şekilde tanımlanan sağlık hizmeti kalitesini her alanda ortaya koyabilmek ve bu yetkinliği kurumsallaştırabilmek, sürdürülebilir bir sağlık sisteminin ve rekabet ederek ayakta kalabilir sağlık işletmelerin yerine getirmeleri gereken en temel zorunluluktur. Bu nedenle konuya bakışın vizyon, misyon, ilkeler ve araçlar/yöntemler açısından doğru bir perspektifte kavranması gerektiği kanaatindeyiz.

Bu amaçla, **HospitalManager** dergisinin elinizdeki sayısında, akredite olmuş ve yeniden akreditasyon aşamasından geçmiş ya da geçmekte olan sağlık işletmelerinin farklı konumlardaki yöneticileri ile yapılan görüşmelerde elde edilen sonuçları değerlendiren bir görüşler demeti oluşturmayı hedefledik. Daha geniş kapsamlı olmasını çok istememize rağmen, gerek zaman baskısı gerekse konuyu ele almayı geciktirmemeyi zorunlu kılan sektörel dinamikleri göz önünde bulundurarak temsili olarak yeterli sayılacak bir görüşme listesi ile amacımızı gerçekleştirme yoluna gittik. Aynı değerlendirme ve derlemenin hastane yönetim kurulu üyeleri ve yatırımcıları da kapsayacak şekilde yapılmasının sağlık sektörü açısından önemli tespitlerin okuyucuya ulaştırılmasını sağlayacağı inancındayız. Katılımın daha geniş tabanlı olmadığını düşündürecek eksikliklerden tamamen bu sayının editörü sorumludur.

Görüşmelerimizi aşağıdaki sorular üzerinden sürdürdük ve son derece değerli, yararlı ve sentezleyici görüşlerle karşı karşıya kaldık.

1. JCI akreditasyonuna sahip veya bir başka modele dayanan belgeleme süreçlerinden geçmiş (EFQM) bir hastane olarak, bizlerle paylaşmak istediğiniz "İyi Uygulamalar" dan söz eder misiniz?
2. JCI'ın ve/ya EFQM modelini izleyip değerlendiren kuruluşların (EFQM, KALDER, ISO/TS) müteakip denetimlerinde zorluklar yaşanıyor mu?
3. Akreditasyon yetkisi olan kurumların kendini yenileme hızından ve bu yenilenmelerin kurumsal süreçlerinize katkılarından memnun musunuz?
4. Kalite Yönetimi ve Süreç İyileştirme (ağırlıklı olarak klinik) boyutunda hastanenize/kuruluşunuza özgü projeleriniz ve planlarınız var mı?
5. Ülkemizde sağlık kurumları için kapsamlı ve güvenilir bir "KIYASLAMA" imkanı sizce yakalanabilecek mi? Eğer bu kıyaslama olgunluğuna erişilmesinin mümkün olduğunu düşünüyorsanız bunun yöntem[ler]i ne[ler] olmalıdır?
6. JCI akreditasyonu dışında, kalitede başarıya imza atarak ödül almış (EFQM vb…) hastanelerin kıyaslanmasında sizce sorun yaşanabilir mi?



Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA, Bayındır Sağlık Grubu Tıbbi Direktörü



Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI, ASM Tıbbi Direktörü



Saliha KOÇ, ASG - Hemşirelik Hizmetleri Direktörü



Prof. Dr. Barış DİREN, Medicana International Ankara Hastanesi Tıbbi Direktörü



Dr. Mehmet AYDIN, Özel Kadıköy Şifa Hastanesi - Kalite Koordinatörü



Dr. Hasan KUŞ, Anadolu Sağlık Merkezi Genel Direktörü

7. Klinik sonuç yönetiminde ve klinik etkililik araştırmalarında ortak bir dil ve eşdeğer göstergeler benimsenmeden kıyaslama konusunda başarı sağlamak ve anlamlı sonuçlar çıkarmak sizce mümkün mü?

Şimdi bu soruları cevaplayan ve değerli yorumlar getiren sektör yöneticilerinin görüşlerini aktaralım [2]:

(1) ***JCI akreditasyonuna sahip veya bir başka modele dayanan belgeleme süreçlerinden geçmiş (EFQM) bir hastane olarak, bizlerle paylaşmak istediğiniz "İyi Uygulamalar" dan söz eder misiniz?***

Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA, Bayındır Sağlık Grubu Tıbbi Direktörü-

Bayındır Hastanesinin iyi uygulama örnekleri şöyle özetleniyor: "2009 yılındaki yeniden belgelendirme döneminde hastanemizin bazı çalışmaları JCI tarafından "İyi Uygulama" kategorisinde aday gösterildi. Bunların ilki "Bakım Haritası" uygulamaları diğerleri de FMEA alanında yaptığımız *Yeni-doğanın Düşürülmesini Önlemede Risk Analizi*' çalışması ve 'Yenidoğan-bebek Düşme Değerlendirme Ölçeği' çalışmalarıdır. Hasta düşmelerinin önlenmesi konusunda sürdürdüğümüz bir çalışmamız da olgunluk aşamasına getirilmiş olup, bu çalışmanın da 'İyi Uygulama' kategorisinde aday gösterileceğine inanıyoruz.

Prof. Dr. Barış DİREN, Medicana International Ankara Hastanesi Tıbbi Direktörü-

Medicana International Ankara Hastanesi Tıbbi Direktörü Prof. Dr. H. Barış DİREN'in örneklediği iyi uygulama ise 'Taraf Cerrahisi' alanında. Bu uygulamada, ameliyata hazırlanan hastaya ilk kabul sırasında, cilde yazma özelliği olan bir kalem hediye ediliyor ve doktoru kendisini ziyaret ettiğinde bu kalemi taraf işaretlemesi amacıyla ona hediye etmesi hatırlatılıyor. Uygulama konusunda da hekimin bilgilendirilmiş olması iletişimin etkiliğinin bir garantisi oluyor. Dr. DİREN'e göre bu örnek, organize ekip çalışması yetkinliğini yaygınlaştırma konusunda öğrenmeyi ve uygulamaları kurumsallaştırmayı kolaylaştırıp hızlandırıyor.

Dr. Hasan KUŞ, Anadolu Sağlık Merkezi Genel Direktörü

ASM'nin iyi uygulamalar konusunda öne çıkardığı konular şöyle: "İyi uygulamalarımız arasında, hastalarımızın güvenliğini sağlamaya yönelik olanlardan söz etmek yerinde olur. Anadolu Sağlık Merkezi olarak, kanıtlanmış iyi uygulamalardan 'Rapid Responce Team' (RRT) çalışmasını başlattık. Bu uygulama, 'büyük yangın kıvılcımlarla başlar' mantığı ile sağlık personeli ve hastaların ihtiyacı halinde yardımcı olmak amacıyla yapılmaktadır. Bakım ve tedavi süreçlerinde sağlık personelinin hastayla ilgili tedirginlik duyduğu durumlar olabilmektedir. Bu tür durumlarda gerekli yardım ve desteği sağlamak amacıyla RRT takımları kurulur. RRT, hastaların bakım ve tedavilerini zamanında almasına öncülük eder. RRT uygulaması sonrası yapılan çalışmalar gösteriyor ki; kardiyopulmoner arrest insidansında % 17 azalma, hastane içi - yoğun bakım dışı ölüm oranında % 50 azalma sağlanabilmektedir."

Anadolu Sağlık Merkezi'nde RRT, "HaYaT" adı ile uygulanıyor. HaYaT takımı, yoğun bakım deneyimli bir hekim ve hemşireden oluşmaktadır. Hastanın durumunda tanımlanmış belirli işaretlerin gözlemlenmesi durumunda tüm çalışanlar HaYaT'ı çağırabiliyorlar. Bu sayede de klinik olarak istikrarsız olan hastaya hızlıca yardım edilmesini sağlayabiliyoruz.

Dr. Mehmet AYDIN, Özel Kadıköy Şifa Hastanesi – Kalite Koordinatörü

Kadıköy Şifa Hastanesi Kalite Direktörü Dr. Mehmet AYDIN ise, EFQM modeline dayalı uygulamaların esasen bütünüyle iyi uygulamalar kategorisinde değerlendirilebileceğini belirtiyor. Modelin sektör ayrımı gözetilmeksizin her işletmede uygulanabileceğine değinen Dr. AYDIN, modelin uygulanmasının ayni modeli kullanan kurumlarla kıyaslama olanağı verdiğini de belirtiyor. Bu konuda daha ayrıntılı bilgiler, derginin bu sayısında yer alan yazısında ele alınıp irdeleniyor.

Saliha KOÇ, ASG – Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

ASG Hemşirelik Hizmetleri Direktörü Saliha KOÇ'un, kuruluşlarındaki iyi uygulamalar konusuna getirdiği açıklamalar şu şekilde:

Akreditasyon gerekleri doğrultusunda kurumsal süreçlerin işleyişine bakabilme tutumunu ve bu konuda çeşitli düzeylerde yetkinliklerin geliştirilmesini bizzat iyi uygulama saymak kanımca çok anlamlı olur… Sağlık hizmeti sunumunun her adımını ve aşamasını, sonuçları etkileyen tüm faktörlerle masaya yatırabilmek, bir kuruluşun ilerlemesinin itici gücü olma potansiyeline sahip. Biz bu bağlamda iyileştirme ve geliştirme alanlarının belirlenebilmesini de iyi uygulama saymak durumundayız. Öyle bir iyi uygulama ki başka iyi uygulamaların neler olması gerektiği konusunda da belirleyici ve yönlendirici özellikler taşıyor.

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI, ASM Tıbbi Direktörü

ASM Tıbbi Direktörü Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI'nın iyi uygulamalar yaklaşımında vurgulanan noktaları şu şekilde özetlemek mümkün: Dr. ÇAKMAKÇI,

gerek ameliyathane gerek diğer tıbbi birimlerde öne çıkan iyi uygulamaların büyük önem taşıdığını ve bunlardan önemli dersler çıkarılabileceğini; buna ek olarak kıyaslamalara esas olacak ölçüm ve izleme sistemlerinin bu yolla olgunlaşacağına olan inancını belirtiyor. İyi uygulamaların her zaman somutlaştırılıp basit bir modele indirgenmesinin kolay ve anlamlı olamayabileceğine işaret ederek, aslında 'Bakım Noktası' kavramı çerçevesinde her bir noktada farklılaşan ekip yapılarının oluşturulabilmesi yetkinliğinin tartışmasız en iyi uygulama olacağını ve birçok açıdan olumlu sonuçlara yansıyacağını dile getiriyor.

Derginin bu sayısının editörüne göre [3], bu değerli ve yönlendirici bakış açılarının aynı çerçevede anlaşılmasını sağlamak üzere, 'Hasta Kayıtları ve Enformasyon Yönetimi Akreditasyon Programı'nın sektörde hayata geçirilmesi zorunlu [4]. Bu amaçla sağlıkla ilgili paydaşların bir araya gelmesi, ortak bir anlaşma ve uzlaşma zemini oluşturmaları ve de Devletin de bu alandaki düzenlemeler için tutarlı bir yasal zemin hazırlanması konusundaki çalışmaları yürütmesi gerekiyor. Aslında ABD'de de bu konudaki çalışmalar Akreditasyon kapsamında yer almaya başlamış durumda. Çünkü bunu gerçekleştirmeden akreditasyonu sağlam bilimsel temellere oturtmak pek olası görünmüyor. Bu alanda faaliyet gösteren kuruluşların hemen tamamında son zamanlarda gelişen iki eğilimden birisi süreç odaklı çalışma yetkinlikleri diğeri de enformasyon yönetimi konusundaki yetkinlikler olarak göze çarpıyor.

(2) *JCI ya da EFQM modelini modelini benimsemiş kuruluşların (EFQM, KALDER, ISO/TS) daha sonraki denetimlerinde zorluklar yaşanıyor mu?*

Bayındır Sağlık Grubu: JCI'ın yeniden belgelendirme denetiminde, akredite hastanelerden, standartların aynen uygulanması beklendiğinden; çok paydaşlı dinamik bir konu olan akreditasyonun sürdürülebilirliğinde yerel ve bölgesel koşullardan (insan kaynakları geliştirme, uygun eğitimlere ulaşabilirlik, ihtiyaç olduğu belirlenen bazı alanlarda yetkinleşme vb) kaynaklanan zorlukların yaşanabildiğini belirtmekte yarar var. Bunlar arasında özellikle klinik eczacılık uygulamaları ve kanıta dayalı uygulamaları örnek vermek istiyorum. Tıbbi karar destek sistemlerinin pratiklik ve uygulanabilirlik açısından göze çarpan sektörel yetersizlikler de yaşanan zorlukların temel nedenleri arasında sayılabilir.

Acıbadem Sağlık Grubu: JCI'ın sonraki denetimlerinde, aynı ekiplerle ve kişilerle çalışma şansı pek bulunamıyor. Yeniden denetim süreçleri onlar için bazan ilk heyecan olabiliyor. İlk heyecanın acemiliklerini de yaşayabiliyorsunuz. Sisteme tekrar alıcı gözle bakıyor, kendi eksikliklerinizi de görebiliyorsunuz. Her bir denetim yeni bir tecrübe ve bunun sonu yok… Sürdürülebilirlik, insan kaynaklarının ve denetimin gerektirdiği yetkinliklerin her zaman gündeminizde kalmasını gerektiriyor. Bu en temel zorluk alanlarından birisi…

Medicana International Ankara Hastanesi: Gelişen ve kurumda yer eden çalışma kültürü, standartlara uygun çalışma ve iş görme tarzındaki yetkinleşmeler nedeniyle hiç bir zorluğun yaşanmıyor olması gerekiyor.

Anadolu Sağlık Merkezi: JCI akreditasyonunda ilk tetkik ve sonrasındaki tetkikler arasında bazı farklar var. JCI'ın kuralları gereği ilk tetkikte son dört ayın kayıtları dikkate alınırken, sonraki tetkiklerde son 12 ayın kayıtları dikkate alınıyor. Yani ilerleyen tetkiklerde, kurumdaki kalite çalışmalarının derinliği önem kazanıyor. Diğer bir önemli fark ise, insan kaynakları açısından beklentilerin tetkiklerin ilerlemesiyle birlikte yükselmesi oluyor. Özellikle hekimlerin kredilendirilmesi, yetkilendirilmesi ve performans değerlendirmesinde beklenti yükseliyor ve standartları karşılamak zorlaşıyor. Genel bir değerlendirmeyle, tetkikçilerin tüm standartlar için de beklentisinin ikinci tetkikten itibaren yükseldiği söylenebilir.

Özel Kadıköy Şifa Hastanesi: Yenilikçilik, yaratıcılık v eve süreklilik nedeniyle her hangi bir zorlukla karşılaşılmaması gerekir. Yeter ki süreçlerin ve sonuçların sürekli izlenebildiği bir kurumsal anlayış yerleştirilebilmiş olsun. Bu da birlikte çalışmanın yanısıra etkili ve verimli çalışmayı sürekli hale getirmeye bağlı.

(3) *Akreditasyon Yetkisi olan kurumların kendini yenileme hızından ve bu yenilenmelerin kurumsal süreçlerine yansımalarından memnun musunuz?*

Acıbadem Sağlık Grubu: Kanımca her 5 yıllık sürelerde böylesi radikal değişikliklere ihtiyaç oluyor. Bunun bize çıkardığı en önemli zorluk ülkemizdeki düzenlemelerin ve sağlık kurallarının da bu radikal değişiklikler doğrultusunda eş zamanlı olarak yansımaması. Ancak, eş zamanlı olmadığında erken uygulama zorluklarını yaşayabiliyoruz. Bir de JCI iyi uygulama örneklerini açmalı, satmamalı diye düşünüyorum…

Bayındır Sağlık Grubu: Kesinlikle memnun olduğumuzu ifade edebilirim. Ancak, JCI standartları yenilerken akredite ettiği ülkelerin kültür yapılarını ve sağlık sistemi yapılanmalarındaki sorunları da değerlendirmeye alarak yenileme yaparsa daha yayarlı olur. Yenilenen standartlar ancak bu şekilde sağlık sisteminin gelişimine,



hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik önlemlerin artmasına ve sağlık çalışanlarının gelişimine katkı sağlayabilir.

Anadolu Sağlık Merkezi: Ulusal ve uluslararası programlar dikkate alındığında, kendi içinde yenileme ve geliştirme faaliyetleri açısından JCI'ın şu anda lider bir kuruluş olduğunu söyleyebilirim. Neye dayanarak bu değerlendirmeyi yapıyorum? Öncelikle, JCI standartların üç yılda bir yenilenmesi ritmini artık yakaladı. Türkiye'deki tüm hastaneler akreditasyon sürecine 2003 standartlarıyla başladı. 2007'de yeni standartlar geldi ve 2008'den itibaren de farklı standartlarla akredite olundu. 2010 Temmuz ayında onaylanacak yeni standart seti 2011'in Ocak ayından itibaren geçerli olacak.

Diğer taraftan JCI'ın, tetkikçilere sunduğu eğitim desteği ve kaynaklar açısından da çok önemli mesafeler kaydettiğini yakından gözlemliyorum. Benim bu konuda JCI'ya vereceğim not yüksek olur. Genel bir ifadeyle, JCI'ın dünyadaki gelişmeleri yakından izleyen ve proaktif yaklaşımla gelişmelere yön veren bir yapısı olduğunu söylemek mümkün.

Biz Anadolu Sağlık Merkezi olarak, hem hazırlık aşamasında kendi iyileştirme çalışmalarımızdan, hem de tetkikçilerin tetkik sürecindeki performansından memnun kaldık. JCI açısından bir başka süreç iyileştirme başarısına da tetkik sonrasında tanık olduk. Daha önce en az iki ay süren akreditasyon kararı bu kez iki hafta içinde tamamlandı ve Chicago'daki Akreditasyon Komitesi tarafından onaylanan yeni belgemiz hızla bize ulaştırıldı.

Medicana International Ankara Hastanesi: JCI açısından bu konudaki memnuniyetimizi dile getirmek istiyorum. Akreditasyon sonrasındaki kalite çalışmalarında da kuruluşun 2011 belgelerini esas alarak hazırlanmakta ve gerekli uyarlamaları gerçekleştirmekte ve bunun kurumsal koşullarını hazırlamakta büyük yararlar görüyorum.

Özel Kadıköy Şifa Hastanesi: EFQM Mükemmellik Modeli bütün sektörlerde uygulanabilen bir model. Üretim süreçleri ile hizmet süreçlerinin farklılaşmasından kaynaklanan bazı eksiklikler, diğer yazımızda belirttiğimiz gibi süreçlere yönelme yaklaşımları aracılığı ile farklı bir boyut kazanacak. Bundan sonraki dönemde bizim de çalışmalarımızda ağırlık vereceğimiz alan süreçler ve bunların sonuçlarının izlenebilirliği olacak.



(4) *Kalite Yönetimi ve Süreç İyileştirme (ağırlıklı olarak klinik) boyutunda hastanenize/kuruluşunuza özgü projeleriniz ve planlarınız var mı?*

Medicana International Ankara Hastanesi: Organizasyonel yapılanma da dahil olmak üzere, sürdürülebilir bir kalite sisteminin ilgili altyapının oluşturulması daha inşaat aşamasında düşünüldü. Böyle yapılmış olmasını, ilerlememizin ve sistemimizi sürdürülebilir kılmanın itici gücü olarak değerlendirmek gerekiyor. Bundan sonrasında (Akreditasyon): yönetim felsefesi, eğitimler, oryantasyon, iletişim ve empati konularına eğilerek takım oyununda yetkinleşmeye odaklanabileceğimiz. Konu açısından farklılaşabilecek projelerimizin dayanağını oluşturacak en temel projemiz budur diyebilirim.

Bayındır Sağlık Grubu: Kalite yönetim sistemimiz JCI standartları çerçevesinde oluşturulmuş olup günlük işleyişe entegre edilmiştir. Diğer bir tanımla Hastanelerimizde yaşayan ve dinamik bir kalite yönetim sistemi ve kültürü oluşturulmuştur. Bu da sistemin sürekliliğini ve gelişimini sağlamaktadır.

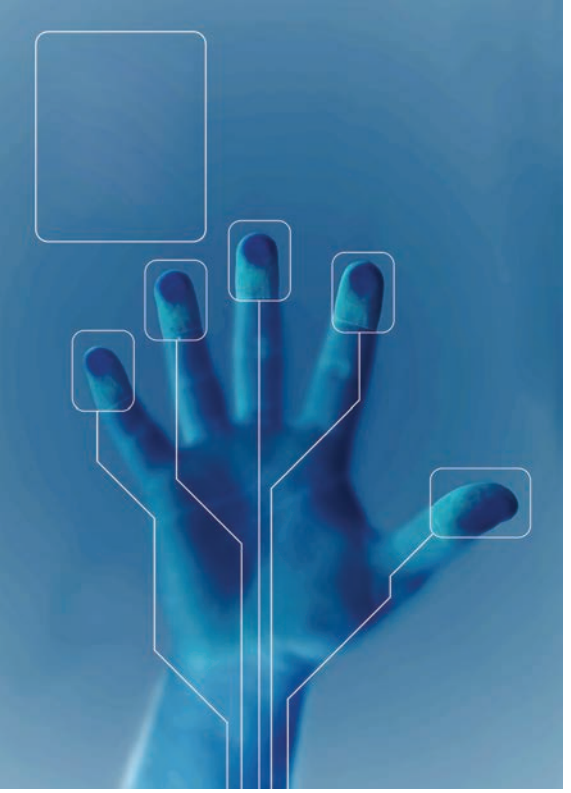
Acıbadem Sağlık Grubu: Bu konuda bir dizi projemiz var. Çalışma kurullarının çıktılarına ödül verilmesi, süreçler konusundaki bilinçlilik düzeyinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, süreçlerin iyileştirilmesi bağlamında gerçekleştirilen çalışmaların hasta, sistem ve çalışan için faydalarının izlenmesi ve ödüllendirilmesi bunlardan sadece bir kaçıdır diyebilirim.

Özel Kadıköy Şifa Hastanesi: EFQM Mükemmellik modelinde bir önceki performans profilinden geri kalmamak ve aynı zamanda gelişme/iyileşme alanlarını, modelin gerekleri doğrultusunda görünür kılmak sürekli çalışmamızı ve bu çalışmalarımızı zamanında yapmamızı gerektiriyor. Buna sürdürülebilir proje gerçekleştirme yetkinliği demek yanlış olmaz sanırım.

Anadolu Sağlık Merkezi: Anadolu Sağlık Merkezi sürekli iyileştirmeyi amaç edinen yapısı ile çalışanların katılımının sağlandığı iyi uygulamalar geliştirmeye çalışmaktadır. Seçilen projeler belirlenen ekipler tarafından Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al (PUKÖ) döngüsü kullanılarak yürütülmektedir.
2009 yılında yürütülen ve tamamlanan projelerimizden biri, cerrahi bakım kalitesini iyileştirme projesidir (Surgical Care Improvement Project – SCIP). Bu çalışma ile Cerrahi Bilimler'den, Hastane Epidemiyoloji ve Enfeksiyon Kontrol Kurulu'ndan hekim ve hemşirelerimizin içinde bulunduğu bir ekibimiz Anadolu Sağlık Merkezi'nde profilaksi amacıyla antibiyotik kullanımının standartlarını oluşturmuş ve bu kurallara uyum oranlarını takip etmiştir. Projenin başlangıcında % 60'larda olan uyum oranımız çalışma sonunda % 98'lere kadar yükselmiştir.

(5) *Ülkemizde sağlık kurumları için kapsamlı ve güvenilir bir "KIYASLAMA" imkanı sizce yakalanabilecek mi? Eğer bu kıyaslama olgunluğuna erişilmesinin mümkün olduğunu düşünüyorsanız bunun yöntem[ler]i ne[ler] olmalıdır?*

Bayındır Sağlık Grubu: Klinik süreçler ve sonuçlar açısından objektif olarak değerlendirilebilen veri ve enformasyon



setleri tanımlanmadan, kanıta dayalı uygulamalara geçilmeden ve bilgi güvenliği politikalarını hayata geçirmek için tutarlı bir yasal çerçeve oluşturulmadan sektörde objektif kıyaslama koşullarının olgunlaşmasını beklemek iyimserlik. Bu olgunluğa erişmek zaman alacaktır, ancak kurumların bunu gündemlerinde tutmasının ve bu olgunluğun gerektirdiği alanlarda yetkinleşmeye dönük eğitimleri başlatmalarının yerinde olacağını düşünüyorum.

Medicana International Ankara Hastanesi: Aynı hizmeti vermek durumunda olan organizasyonların karşılaştırılmasında amaç iyi ortaya konmalı; sonuçların klinik uygulamalar ve klinik süreçler bazında kıyaslanması için oluşturulacak çerçeveler bu anlamda büyük önem taşıyor. Söz konusu kıyaslamaları objektif kriterlere oturtmak son derece kritik bir görev. Puanlamaya yönelme ve indekslenme risklerinin hizmet kalitesine ve maliyetlerine yansımaları konusunda gerçekçi değerlendirmeler yapılmasını sağlayacak kurgulamalar, sektör paydaşlarının katkı ve görüşleriyle devlet tarafından yasal zemine oturtulmalıdır. Aksi takdirde, toplum sağlığı göstergelerine ve hastalık yüklerine uygulamaların olumlu yansıması söz konusu olamaz.

Anadolu Sağlık Merkezi: Kıyaslama, (Benchmarking) sağlık sektöründe en çok gereksinim duyulan konulardan biri. Ancak bu konuda pek mesafe alındığı söylenemez. Kurumların süreçlerini açıklıkla paylaşmamalarının arkasında pek çok neden yatıyor olabilir. Süreçlerine yeterince güvenmeme, kopyalanma endişesi vb. Bu konuda belki bazı pratik uygulamalar ile küçük hedefler yakalanarak adım adım ilerlemek gerçekçi olabilir.

Karşılaştırma konusu da bir başka problemli alanı oluşturuyor. Belki de en zorlanılan alan da burası. Şimdiye dek bu amaçla yapılan üst düzey çalışmalardan sonuç alınamadı. Uluslararası afiliyasyonlarda da bu konuda pek mesafe alınamadığını gözlemliyoruz. JCI yaklaşık dört yıl önce, akredite hastane sayısı 100 iken, kalp sağlığıyla ilişkili ve ABD'de yıllardır başarıyla izlenen göstergelerden yedi tanesini seçerek bir bir proje başlattı. Ancak, 100 hastaneden sadece 19'u veri sağlayabildi, bu sonuçlar da asla açıklanmadı. JCI tarafından yapılan açıklamada, anlamlı ve karşılaştırılabilir verilerin elde edilemediği bildirildi. Yani ABD'de gayet güzel standardize edilebilen veri toplama işi, ABD dışında maalesef aynı sonucu vermedi. Sonuçta, JCI bu uygulamayı bıraktı, şimdi kalp cerrahisinde ölüm oranlarını karşılaştırmak üzere bir çalışma yürütüyor. Çok iyi standardize edilmiş bir alan olması nedeniyle, bu projenin hayata geçirilebileceğini düşünüyoruz.

Özel Kadıköy Şifa Hastanesi: Kalite sistemlerinin uygulanmasında belli bir yetkinliğe ve olgunluğa erişilmesinin ileri basamaklarında, gerekli yasal zemin ve bilimsel altyapı oluşturulabilir ise kıyaslama için gerekli koşulların oluşması yönünde de mesafe katedilmiş olacaktır. Öncelikle, klinik sonuç ölçümlerinin objektif olarak yapılması alanında yetkinleşmenin koşullarına odaklanılması gerektiği kanısındayım.

Acıbadem Sağlık Grubu: Kıyaslama koşullarının gerçekçi ve kullanılabilir bir şekilde oluşması için, benim düşünceme göre benim düşünceme göre belli bir sürenin geçmesi ve belli süreçlerin yoğun olarak yaşanması gerekiyor.

6. JCI akreditasyonu dışında, kalitede başarıya imza atarak ödül almış (EFQM vb…) hastanelerin kıyaslanmasında sizce sorun yaşanabilir mi?

Bayındır Sağlık Grubu: Kalite Sistemlerinin doğası gereği tüm modeller aynı felsefeden kaynaklandığından temel uygulamalarda bir sorun yaşanmayacağı kanaatindeyim.

Anadolu Sağlık Merkezi [5]**:** Bir hastanede klinik süreçler ve ilgili iş akışları, bakımın her noktasında kanıta dayalı uygulamalara olanak sağlayacak şekilde yapılandırılırsa kıyaslamalarda sorun yaşamak için her hangi bir neden kalmaz. Buna ek olarak, klinik süreç uygulamalarının ve sonuçlarının kayıt altına alınmasında yararlanılan sistemler uluslar-arası terminolojilere uyumlu olarak kurgulanmak durumundadır.

Medicana International Ankara Hastanesi: JCI tarafından akredite edilmiş kurumlar ve EFQM modelinden yola çıkanlar arasında kıyaslama açısından bir sorun yaşanacağını düşünmüyorum. Ancak ISO belgeli sağlık kuruluşlarının kıyaslanmasında ileri boyutta sorunlarla karşılaşılabilir. ISO sağlık hizmeti süreçlerine uygun değildir.

Özel Kadıköy Şifa Hastanesi: Bir mükemmellik modelini benimsemiş olmamız nedeniyle süreçlere dayalı gösterge ağırlıklı bir sistematiği kurumlaştırma yolundayız. Bu nedenle böylesi kıyaslamalarda sorun yaşanmasını beklemiyorum.

Acıbadem Sağlık Grubu: Bu konuda bir sorunla karşılaşılacağını sanmıyorum.





7. Klinik sonuç yönetiminde ve klinik etkililik araştırmalarında ortak bir dil ve eşdeğer göstergeler benimsenmeden kıyaslama konusunda başarı sağlamak ve anlamlı sonuçlar çıkarmak sizce mümkün mü?

Medicana International Ankara Hastanesi: Konunun önemini ve işe yararlılığını tartışmanın zamanı geldi hatta geçiyor bile… Yasa koyucunun, ülke kaynaklarının sağlıkta kullanımında adil ve gerçekçi planlamalar yapabilmesi için bu konuya acilen eğilmesi ve klinik süreçlerin izlenebilirliğini olanaklı kılacak, bilimsel ve teknolojik gelişmeleri esas alan düzenlemelere gitmesi; bunu yaparken de ilgili bütün taraf temsilcileri ile birlikte çalışma gerçekleştirmesi zorunlu görünüyor.

Özel Kadıköy Şifa Hastanesi: Sağlık Hizmeti sunumunun dinamik bir karakter arzetmesi nedeniyle, yapılan uygulamaların ve iyileştirme çabalarının sonuçlarını değerlendirebilmek son derece stratejik bir konu haline gelmiştir. Biz bu amaçla EFQM modelinden yararlandığımızdan, süreçlerin ve sonuçlarının karşılaştırılabilmesi herkesçe kabul gören bir ortak dil zemininin oluşması bütün taraflar için yüksek önem taşımaktadır diye düşünüyorum.

Bayındır Sağlık Grubu: Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında elde edilen verileri doğru ve tutarlı şekilde barındıran, standart terminolojilere dayanan klinik veri tabanları olmadan hem kıyaslamaların anlamlı olmayacağı hem de klinik pratiği iyileştirmek anlamında yol gösterici sonuçlar çıkarılamayacağı kanısındayım. Toplanan verilerin bu amaçla işe yaraması için köklü düzenlemelere ihtiyaç var. Bu düzenlemeler sağlam ve tutarlı bir zemine oturması da yrı bir zorunluluk. Bu şekilde hareket edilmesi sağlık sisteminin bütün paydaş, aktör ve taraflarının yararına olacağı gibi bilimsel yayın ve eğitim kalitesine de olumlu katkılar getirecektir.

Acıbadem Sağlık Grubu: Bu konu sürekli olarak işletmelerin ve sektör paydaşlarının göz önünde bulundurması gereken bir konudur. Kurumların, uygulamaları ve aldıkları sonuçlar bazında doğru kıyaslamalar yapabilmeleri bu konuda birbirlerini doğru ve net bir şekilde anlamalarına bağlı. Bu alanda yol almak zahmetli ama hiç vazgeçilmemesi gereken bir süreç.

Anadolu Sağlık Merkezi: Klinik sonuç yönetimi için ortak bir dil belirlenmesi yukarıda bahsettiğim nedenlerle mutlak şart. Ancak, başarı için teknik çalışma kesinlikle yeterli olmayacaktır. Kurumların samimiyetle ciddi çaba sarfetmeleri gerekiyor sağlıklı ölçüm ve karşılaştırılabilir veri toplanması için. Sonuçta kazanan, kendi sonuçlarını zaman içerisinde izleyebilen ve diğer kurumlarla karşılaştırarak iyileştirebilen kurumlar ve bu yaklaşıma sahip kurumlardan hizmet alan hastalar olacaktır.

Burada, ortak dil konusunda vurgulanması gereken önemli bir durum söz konusu ve bu durumun atlanmaması gerekiyor [6]: Belli bir aşamadan sonra teknik çalışmalar gündeme gelse de 'Ortak Dil' konusu salt teknik bir konu değildir. Sağlık hizmetinin disiplinler ve meslekler-arası karakteri göz önüne alınırsa, ağırlıklı olarak sağlık profesyonellerinin yönlendirmesi gereken karmaşık süreçler bütünüdür. Bu yapılmadan kalkışılacak her hangi bir teknik çalışma kurumlara ve mesleki uygulamalara yarar sağlamaz. Her bir sağlık mesleğinin, kendi iç bütünlüğü içerisinde ve bilimsel/teknolojik gelişmeler doğrultusunda diğer alanlarla entegrasyonunu gözetecek terminoloji çalışmaları hem kalite çabalarının klinik süreçlere yansımalarını ölçüp izlemeye olanak sağlayacak hem de daha doğru, adil ve gerçekçi bir sağlık sistemine yönelik adımların atılmasını kolaylaştıracaktır.

(Endnotes)

1. *Esat N. ERYILMAZ, Dr. Metin ÇAKMAKÇI:* ***Kanıta Dayalı Uygulamalar için Yeterli Kanıtımız Var mı?*** **Hospital-Manager** Nisan 2010
2. Yönelttiğimiz soruları cevaplayan sektör yöneticilerinin isimleri, soyadına göre alfabetik sırayla: **(1) Dr. Mehmet AYDIN**, Kalite Koordinatörü – Özel Kadıköy Şifa Hastanesi; **(2) Prof. Dr. Barış DİREN**, Tıbbi Direktör - Medicana International Ankara; **(3) Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI**, Tıbbi Direktör – ASM Hastanesi, GEBZE; **(4) Saliha KOÇ,** Hemşirelik Hizmetleri Direktörü - Acıbadem Sağlık Grubu; **(5) Dr. Hasan KUŞ** – Genel Direktör - ASM Hastanesi, GEBZE; **(6) Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA**, Tıbbi Direktör - Bayındır Sağlık Grubu.
3. Esat Nadir ERYILMAZ
4. CHKS Patient Records and Information Management Accreditation Programme (PRIMAP).
5. Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI, ASM Tıbbi Direktörü
6. Editörün notu





Sağlıkta prestij ölçüsü: JCI

Toplam kalite yönetimi prensipleri temel alınarak hazırlanan Joint Commission International (JCI) modelinde sağlık kuruluşları; birinci basamak hizmetleri, kendi başına yaşayan hastaların bakımı, davranışsal sağlık hizmetleri, ev bakımı ve yatılı bakımı, hastaneler, laboratuarlar, uzun süreli bakım, sağlık hizmet ağları, yönlendirilmiş davranışsal sağlık hizmetleri, muayenehane ve cerrahi uygulamaları, tercihli hizmet kuruluşları alanında akredite ediliyor.

Türkiye'de JCI belgeli sağlık kuruluşları şunlar:

Hastane	İl	Akreditasyon tarihi
Acıbadem Sağlık Grubu Bakırköy Hastanesi	İstanbul	29 Mart 2008
Acıbadem Sağlık Grubu Bursa Hastanesi	Bursa	5 Temmuz 2008
Acıbadem Sağlık Grubu Kadıköy Hastanesi	İstanbul	5 Şubat 2005
Acıbadem Sağlık Grubu Kocaeli Hastanesi	Kocaeli	17 Temmuz 2008
Acıbadem Sağlık Grubu Kozyatağı Hastanesi	İstanbul	5 Şubat 2005
Alman Hastanesi	İstanbul	3 Haziran 2006
Amerikan Hastanesi	İstanbul	15 Aralık 2002
Anadolu Sağlık Merkezi	Kocaeli	17 Şubat 2007
Ankara Güven Hastanesi	Ankara	1 Mart 2008
Bayındır Hastanesi	Ankara	15 Temmuz 2006
BSK Metropark Hastanesi	Adana	5 Mart 2010
Florence Nightingale Şişli (Çağlayan) Hastanesi	İstanbul	17 Nisan 2004
Florence Nightingale Gayrettepe Hastanesi	İstanbul	26 Haziran 2003
Florence Nightingale Kadıköy Hastanesi	İstanbul	12 Haziran 2009
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Merkez Laboratuarları	Adana	20 Ekim 2006
Dünya Göz Hastanesi	İstanbul	19 Temmuz 2006
Ege Sağlık Hastanesi	İzmir	14 Temmuz 2008
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yetişkin Hastanesi	Ankara	14 Eylül 2007
Özel Hisar Intercontinental Hospital	İstanbul	20 Ocak 2007
Acıbadem Sağlık Grubu International Hospital	İstanbul	11 Temmuz 2008
Memorial Hastanesi	İstanbul	29 Mart 2002
Kent Hastanesi	Izmir	10 Haziran 2006
Medical Park Sağlık Grubu Antalya Hastanesi	Antalya	6 Eylül 2008
Medical Park Sağlık Grubu Bahçelievler Hastanesi	İstanbul	14 Kasım 2008
Medical Park Sağlık Grubu Bursa Hastanesi	Bursa	8 Kasım 2008
Medical Park Sağlık Grubu Göztepe	İstanbul	22 Kasım 2008
Medline Alarm Sağlık Hizmetleri	İstanbul	28 Nisan 2005
Mesa Hastanesi	Ankara	1 Temmuz 2006
Özel Ortopedia Hastanesi	Adana	15 Ocak 2010
Medicana Çamlıca Hastanesi	İstanbul	27 Ekim 2007
Medicana Bahcelievler Hastanesi	İstanbul	22 Mayıs 2008
Medicana International Ankara Hastanesi	Ankara	27 Şubat 2010
Medicana International Beylikdüzü Hastanesi	İstanbul	19 Şubat 2010
Sema Hastanesi	İstanbul	19 Aralık 2008
TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi	Ankara	14 Ağustos 2009
Türk Kızılayı	Ankara	29 Haziran 2007
Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları	Bursa	15 Aralık 2007
Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	İstanbul	30 Mayıs 2009
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	İstanbul	2 Kasım 2007

Özel hastanelerde kalite çalışmaları

Akredite kuruluşlar, Joint Commission International (JCI) hakkında ne düşünüyor?

"Hasta güvenliğine ilişkin alışkanlıklar değişti"

"Hekim alışkanlıklarında değişiklik talebi, belki de hepimiz için en zorlanılan konu olmuştur. Bugün **Acıbadem**li olacak her hekimi ilk günden klinik yetkilerin tanımlanması talebiyle karşılıyoruz; tıbbi süreçlerde tanımlanan kurallara uymalarını, kayıtlarını belirlenen formatta tutmalarını istiyoruz, bireysel performanslarını izliyor ve değerlendiriyoruz."

Hospital Manager'in sorularını, Acıbadem Sağlık Grubu adına Tıbbi Standardizasyon ve Kaliteden Sorumlu Tıbbi Direktör Yardımcısı **Çağlayan Saral** yanıtladı

Hastaneniz kaç yıldır JCI akreditasyonuna sahip?
Acıbadem Sağlık Grubu, ilk JCI akreditasyonunu 5 yıl önce aldı. Şubat 2005'te Acıbadem Kadıköy, Bakırköy, Kozyatağı Hastaneleri, Bağdat Tıp Merkezi ve Etiler Tıp Merkezi akredite oldu. Acıbadem Bakırköy Hastanesi ve Beylikdüzü Cerrahi Tıp Merkezi Mart 2008; Acıbadem Kadıköy ve Kozyatağı Hastaneleri ile Etiler, Göktürk ve Bağdat Tıp Merkezleri Nisan 2008'de gerçekleştirilen denetimlerle yeniden akredite olmaya hak kazandı.

Acıbadem Bursa ve Kocaeli Hastaneleri, International Hospital ve International Etiler Tıp Merkezi de Temmuz 2008'de JCI tarafından akredite edildi.

2009 yılında hizmet vermeye başlayan Acıbadem Adana, Maslak ve Kayseri Hastaneleri de ilk günden itibaren Acıbadem Sağlık Grubu politika ve standartları doğrultusunda hareket etmiş; hizmet sunumu, kayıtları, teknik ve idari altyapısı ile JCI gerekliliklerini karşılamıştır. Bu hastanelerimizin de 2010 yılı içinde akredite edilmesi planlan maktadır.

Akreditasyon tekrar denetimlerinde hiç sürprizle karşılaştınız mı?
Acıbadem Sağlık Grubu genelini düşündüğümüzde karşılaştığımız çok hoş sürprizler oldu. İlk hastanelerimizin denetçi ekibinde olup 3 yıl sonraki yeniden



Acıbadem Sağlık Grubu adına Tıbbi Standardizasyon ve Kaliteden Sorumlu Tıbbi Direktör Yardımcısı
Çağlayan Saral

akreditasyon denetiminde tekrar ekip lideri olarak görev alan Dr. Laurence C. Wegienka'yı denetim ekibinde görmek pek çok Acıbademli'yi sevindirmişti.

2008 yılında 4 ay içinde 6 hastane ve 5 tıp merkezinin denetime girmiş olması ilgimizi ağırlıklı olarak denetim süreçlerinde tutmuştu.

JCI akreditasyonunun hastanelerin finansal başarılarına bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
Kalitenin güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında, verimli ve eşit hasta bakımı beklentisi olduğunda hemfikirsek; maliyetlerin nüfus artışı, yaşlı ve kronik hastalığı olan birey sayısının artışı ve yaşam sürelerinin de uzamasıyla arttığını kabul ediyorsak, bu tip sistemlerin finansal başarıları da getireceği açıktır. Klinik kılavuzlar, algoritmalar ve bakım haritalarının çıkış noktası da bu olmuştur.

Süreçlerin iyileştirilmesi ve tıbbi hataların önlenmesi de maliyet açısından kazanç sağlayan çok önemli konulardır.

JCI akreditasyonunun kuruluşunuzda, özellikle hekimlerin alışkanlıklarının değişmesinde (JCI standartlarına uyum amacıyla) etkisi oldu mu?
Acıbadem Sağlık Grubunun tüm ünitelerinde aynı politika ve prosedürlerle hizmet veriyor olmak bazı zorluklara sebep olduğu gibi çok büyük avantajlar da sağlıyor.

Hekim alışkanlıklarında değişiklik talebi belki de hepimiz için en zorlanılan konu olmuştur. Bugün Acıbademli olacak her hekimi ilk günden klinik yetkilerin tanımlanması talebi ile karşılıyoruz, tıbbi süreçlerde tanımlanan kurallara uymalarını, kayıtlarını belirlenen formatta tutmalarını istiyoruz, bireysel performanslarını izliyor ve değerlendiriyoruz.

JCI akreditasyonunun özellikle hasta güvenliğine ilişkin konularda alışkanlıkların değişmesinde itici güç olduğunu söyleyebilirim. Tıbbi işlemler öncesinde hastanın ya da yasal temsilcisinin onayının alınması; ilaçlar için çeşitli uyarıcı etiketlerin kullanımı; sözel order sürecine geri okuma uygulamasının eklenmesi; cerrahi işlem yapılacak hastanın ameliyat tarafının, işlemi yapacak hekim tarafından işaretlenmesi ve işleme başlamadan önce son kontrol (time out) yapılması JCI akreditasyonunun bize kattıklarından oldu.

JCI akreditasyonu kalite yönetimi anlamında yapmak istediğiniz her şey için bir araç sunuyor mu?
Kalite yönetimini sağlamada kullanabileceğiniz birçok seçeneğiniz var. Etkin kaynak yönetimini göz önünde bulundurarak bu araçları bir arada kullanabilirsiniz. Örneğin biz JCI akreditasyonu ile birlikte ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi ve EFQM Mükemmellik Modeli'nden de faydalanıyoruz; klinik laboratuvarlarımız ISO 15189 Tıbbi Laboratuvarların Kalite ve Yeterliliği Sertifikasyonuna sahip. Her birinden elde edebileceğiniz farklı katkılar olduğu gibi aralarında uyumsuzluk da bulunmuyor. Kişisel fikrim JCI akreditasyonunun hastaneler için kapsamlı ve uygun bir araç olduğudur.

"JCI, her koşulda tercih edilirliği arttırır"


Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Kalite Geliştirme Direktörlüğü Kalite Koordinatörü **Emine Kurt**

3 yıldır akredite bir kurum olarak hizmet veren **Yeditepe Üniversitesi Hastanesi**, tekrar denetimine bu yıl ekim ayında girecek. JCI akreditasyonunun pazarlama ve tanıtımda kurumları güçlü kılacağını düşünen Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Kalite Geliştirme Direktörlüğü Kalite Koordinatörü **Emine Kurt**, Hospital Manager'in sorularını yanıtladı

Kuruluşunuz kaç yıldır JCI akreditasyonuna sahip?
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi 2007 yılının ekim ayında denetime girdi ve 3 yıldır akredite bir kurum olarak hizmet vermektedir.

Akreditasyon tekrar denetimlerinde hiç sürprizle karşılaştınız mı?
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi tekrar denetimine Ekim 2010 tarihinde girecek. 2010'da herhangi bir sürprizle karşılaşmamak için tüm çalışmalarını aktif ve etkin olarak sürdürüyor.

JCI akreditasyonunun hastanelerin finansal başarılarına bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
JCI akreditasyonu hastanenin finansal başarısını dolaylı olarak pozitif etkiler; uluslararası bilinirliği en fazla olan sağlık akreditasyon kalite yönetim sistemi olduğu için pazarlama ve tanıtım aşamasında kurumları güçlü kılar; tüm süreçlerin izlenmesine ve somut verilerle takip edilmesine olanak sağladığı, hatta zorunlu kıldığı için karlılığı ve verimliliği art-

tırır; sürekli gelişimi desteklediği için son teknolojiyi takip etmeye, çalışanları sürekli gelişime desteklemekte ve tercih edilirliği arttırır; paydaşların kurum hakkında gerekli performans bilgilerine kolay ulaşımını sağladığı için kurum güvenirliliğini sağlar ve ortak çalışmalar yapmaya teşvik eder; bu akreditasyonun en önemli paydası hasta odaklı ve hasta güvenliği kriterlerini zorunlu kıldığı için toplumun sağlık hizmetlerine olan güveninin artmasını sağlar; Kurumda uygulanan sağlık hizmetlerine güveni artan toplum açısından JCI akreditasyonunu uygulayan kurumların tercih edilirliği ön plana çıkar; hasta ve yakınlarının değişen şartlara uyum sağlaması beklentilerinin karşılanması ve memnuniyet düzeylerinin artırılmasını ve dolayısıyla her koşulda tercih edilirliğin artmasını sağlar.

JCI akreditasyonunun kuruluşunuzda, özellikle hekimlerin alışkanlıklarının değişmesinde (JCI standartlarına uyum amacıyla) etkisi oldu mu?
Üniversite hastanesi olarak kurulmuş olmamız, mevcut hekim kadrosunun son derece kalifiye ve yetkin olması, gelişime açık ve destekleyici bir ekipten seçilmesi JCI akreditasyon çalışmalarında diğer kurumların karşılaştığını tahmin ettiğimiz zorluklar ile karşılaşmamızı engelledi. Akademik kökenli bir ekip ile çalışma tüm kalite yönetim sistemlerinin zorunluluğu olan kayıt mekanizmasının aktif ve tutarlı olarak oluşturulmasına ve devamlılığına olanak sağladı. Kurum olarak hedefinize JCI akreditasyon belgelendirmesini koyduğunuzda ve uygulamada zorluk yaşadığınızda standartları kaynak olarak gösterip zorunluluğunu da mantiken açıkladığınız zaman uygulamada karşınıza çıkan zorlukları kolaylıkla aşıyorsunuz.

JCI akreditasyonu kalite yönetimi anlamında yapmak istediğiniz her şey için bir araç sunuyor mu?
JCI akreditasyonu birçok yönetim sistem belgelendirmesini içinde barındırdığı için kurumda kalite anlamında uygulanmak istenen tüm değişimleri destekleyecek standartlara sahip bir araç.

"Standartlar, her konuda yol gösteremez"

"JCI standartları için, pek çok konuda yol gösterici olmakla birlikte, 'her şey için yol göstericidir' denilemez. Çünkü standart, sadece yerine getirilmesi gereken gerekliliği belirtir, bunun yorumlanması ve ilgili maddeye göre ne yapılması gerektiğine yönelik karar verilmesi noktasında yine kurumun tecrübesi önemli bir rol oynar"

Dünyada, JCI Tıbbi Laboratuar Akreditasyonu standartları kapsamında akredite edilen ilk kan merkezi olan **Türk Kızılayı** Kalite Koordinatörü **Nilay Vurgun Dikici**, Hospital Manager'in sorularını yanıtladı

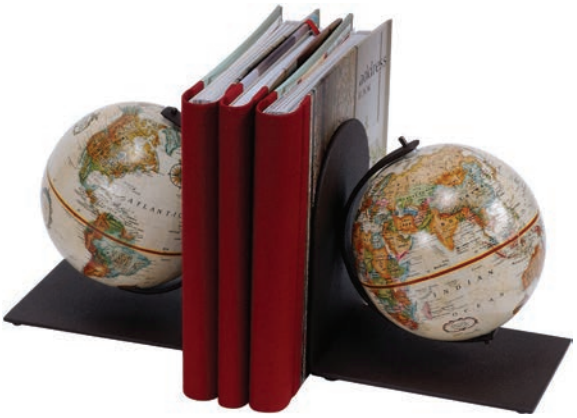
Kuruluşunuz kaç yıldır JCI akreditasyonuna sahip?
Türk Kızılayı Ulusal Kan Hizmetleri Faaliyet Alanı kapsamında, üç kalite modeli ele alınmıştır. Bunlar, ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Standardı, JCI Tıbbi Laboratuar Akreditasyonu, ISO 15189:2007 Tıbbi Laboratuarlarda Kalite ve Yeterlilik İçin Özel Gereklilikler.

Türk Kızılayı Orta Anadolu Bölgesel Kan Merkezi (Ankara) 27-28 Haziran 2007'de JCI tarafından yapılan belgelendirme denetimi sonrasında akredite edilerek, dünyada, JCI Tıbbi Laboratuar Akreditasyonu standartları kapsamında akredite edilen ilk kan merkezi olmaya hak kazanmıştır.

Kuruluşumuz, ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Standartları kapsamında Temmuz 2006'da kalite belgesine sahip oldu. Halihazırda, 45 kan bağışı merkezi bu standart kapsamına dahildir. Her yıl yeni kan bağı merkezleri kapsama dahil edilmektedir.

Laboratuara yönelik akreditasyon ise, sadece laboratuarı bulunan bölge kan merkezleri (BKM) için düşünülmüştür. İlk çalışma olarak Orta Anadolu BKM'de (Ankara) JCI Tıbbi Laboratuar Akreditasyonu ve ISO 15189:2007 Tıbbi Labo-


Türk Kızılayı Kalite Koordinatörü Nilay Vurgun Dikici



ratuarlarda Kalite ve Yeterlilik İçin Özel Gereklilikler Standardı çalışması yapılmıştır.

Aynı merkez, Deutsche Akkreditierungsstelle Chemie (DACH) tarafından, 6 Kasım 2007'de gerçekleştirilen belgelendirme denetimi sonrasında ISO 15189:2007 standardı kapsamında da akredite edilmiştir.

Akreditasyon tekrar denetimlerinde hiç sürprizle karşılaştınız mı?
Çalışmalarımızı, akreditasyonun faydalarını hissederek ve hissettirerek yürüttüğümüzden, iç denetim ve habersiz denetimlerle de sürekli desteklediğimizden, şimdiye kadar böyle olumsuz bir durumla karşılamadık.

JCI akreditasyonunun hastanelerin finansal başarılarına bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
JCI akreditasyonunu hem hastanede hem de kan bağışı merkezinde yürüten bir kişi olarak, çalışmaların finansal anlamda da faydası olduğunu ifade edebilirim. Çünkü standartlar, kurumun var olan performansını izlemesini, iyileştirmeye açık konularını tespit etmesini, eğer gerekliyse iyileştirmeler yapmasını beklemektedir. Yapılan iyileştirmelerin bir kısmı maliyetlerin en aza indirgenmesine hizmet etmektedir.

JCI akreditasyonunun kuruluşunuzda, özellikle hekimlerin alışkanlıklarının değişmesinde (JCI standartlarına uyum amacıyla) etkisi oldu mu?
Doktorların JCI standardını benimsemesinde ilk etken üst yönetimin, çalışmalarımızı tam destek verdiğini hissetmeleridir. Fakat zaman içinde JCI standartlarının kuruma katkısını gördükten sonra, onlar da grubun JCI çalışmalarına destek veren kişilerinden olmuşlardır. Bu arada, doktorların bir kısmının da çalışmanın en başından beri gerekliliğini hissettiklerinden çalışmalara dahil olduklarını ifade etmeliyim.

JCI akreditasyonu kalite yönetimi anlamında yapmak istediğiniz her şey için bir araç sunuyor mu?
JCI akreditasyonu; uluslararası hasta güvenliği hedefleri, yönetim ve liderlik, politika ve prosedürlerin gelişimi ve kontrolü, kaynak yönetimi ve laboratuar ortamı, kalite kontrol işlemleri konularını, standardın her bir maddesine göre eksiksizce yerine getirilmesini gerektirmektedir. Oldukça detay içeren maddeler, pek çok konuda yol gösterici olmakla birlikte, her şey için yol göstericidir denemez. Çünkü standart, sadece yerine getirilmesi gereken gerekliliği belirtir, bunun yorumlanması ve ilgili maddeye göre ne yapılması gerektiğine yönelik karar verilmesi noktasında yine kurumun tecrübesi önemli bir rol oynar.

5 alanda tam puan

"JCI akreditasyonu motivasyon için önemli. Ancak bu bir baskı unsuru olmamalı, kişiler kalite iyileştirme kültürünü benimseyerek uygulamalarına yansıtmalı" diye konuşan **Özel Hisar Intercontinental Hospital** Kalite Koordinatörü ve Tıbbi Direktör Yardımcısı **Dr. Sema Sengez** Hospital Manager'in sorularını yanıtladı

Hastaneniz kaç yıldır JCI akreditasyonuna sahip?
Hizmete başladığımızın ilk yılı olan 2007 yılından beri yani 3 yıldır JCI akreditasyon belgesine sahibiz.

Akreditasyon tekrar denetimlerinde hiç sürprizle karşılaştınız mı?
Denetim sırasında yangın senaryolu tahliye tatbikatı yaptırılması bizim için sürprizdi. Ayrıca dünyada az rastlanılır bir rapor olduğu belirtilerek; kalite iyileştirme ve hasta güvenliği, anestezi ve cerrahi hastalarının bakımı, hasta hakları, yönetim ve liderlik, çalışanların niteliği ve eğitimi başlıklarındaki beş alanda mükemmel olduğumuzun ve bu konularda tam puan aldığımızın açıklanması da güzel bir sürpriz oldu.



Özel Hisar Intercontinental Hospital Kalite Koordinatörü ve Tıbbi Direktör Yardımcısı **Dr. Sema Sengez**


HISAR INTERCONTINENTAL HOSPITAL
Istanbul, Turkey
has been
Accredited
by
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
QUALITY APPROVAL
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
which has evaluated this hospital and found it to meet the international health care quality standards for patient care and organization management.
Effective 20 February 2010 throuogh 19 February 2013
Mary T. Herald, MD
Chair
Karen H. Timmons
Chief Executive Officer
Joint Commission International is a division of Joint Commission Resources Inc., an affiliate of The Joint Commission.
CS 1071.2

JCI akreditasyonunun hastanelerin finansal başarılarına bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
Elbette düşünüyoruz. Özellikle ulusal ve uluslararası alanda sağlık hizmeti kalitesi ve hasta güvenliği konusunda bilinçli olan popülasyonun JCI akreditasyonu olan hastaneleri tercih etmesi; akredite hastanelerin sağlık turizminde dünya çapında güvenli hastaneler kategorisinde yerini alması; yaşlanan nüfusa sahip gelişmiş ülkelerde, sağlık hizmetine erişim sorunu yaşandığından ülkemiz ve akredite hastanelerin alternatif olması ve bunun sonucunda ülke dışından müracaat eden hasta sayısının artması ve hedef kitleyi genişletmesi finansal açıdan olumlu sonuçlar doğuracaktır. Ayrıca; sağlık hizmetini sunarken sloganımız olan güvenilir ve etik uygulamalarımız sadık hasta potansiyelini artırmaktadır.

JCI akreditasyonunun kuruluşunuzda, özellikle hekimlerin alışkanlıklarının değişmesinde (JCI standartlarına uyum amacıyla) etkisi oldu mu?
Tabii ki oldu. Uluslararası kabul görmüş, kanıta dayalı sağlık hizmeti sunulması hedefiyle hasta güvenliği ve hasta hakları bilinciyle hareket edildiğinden kayıtların daha düzenli ve ayrıntılı tutulması sağlanmaktadır. Ayrıca kalite iyileştirme alanında takım ruhu ve ekip çalışmaları ile de motivasyon artmıştır.

JCI akreditasyonu kalite yönetimi anlamında yapmak istediğiniz her şey için bir araç sunuyor mu?
Motivasyon için önemli tabii. Ancak bu bir baskı unsuru olmamalı, kişiler kalite iyileştirme kültürünü benimseyerek uygulamalarına yansıtmalıdır. Biz biliyoruz ki; esas olan, eğitimli ve kurum kültürünü benimsemiş çalışanlar ve sağlık konusunda doğru bilinçlendirilmiş hizmet bekleyen insanlarla başarıya ulaşılabilir.

"JCI alışkanlıkları değiştirdi"

JCI akreditasyonunun en önemli katkısının hekimlere kayıt tutma alışkanlığı kazandırması olduğunu işaret eden **Ankara Güven Hastanesi** Kalite Koordinatörü ve Başhekim Yardımcısı **Dr. Aylin Yaman,** Hospital Manager'in sorularını yanıtladı

Kuruluşunuz kaç yıldır JCI akreditasyonuna sahip?
Ankara Güven Hastanesi 2008 Şubat ayından bu yana akreditasyon belgesine sahip.

Akreditasyon tekrar denetimlerinde hiç sürprizle karşılaştınız mı?
JCI akreditasyonu tekrar denetimleri 3 yılda bir yapıldığından ilk tekrar denetimimize 2011 yılında gireceğiz. İlk denetimimizde "sürpriz" değil fakat komik durumlar yaşadık. Tesis denetiminde yangın güvenliğine yönelik yapılan incelemede, emektar temizlik elemanımız denetime takıldı ve yangın durumundaki görev tanımı sorgulandı. Elemanımız son derece kendinden emin bir tavırla "Öğretileni mi? "Yoksa benim yapacağımı mı?" sorusunu sordu. Denetçi şaşkınlıkla "Her ikisini de öğrenmek istediğini" ifade etti. Bunun üzerine elemanımız, önce doğru görev tanımını; daha sonra


Ankara Güven Hastanesi Kalite Koordinatörü ve Başhekim Yardımcısı **Dr. Aylin Yaman**

ise "Hiçbir şey dinlemem, hastaları sırtladığım gibi kurtarırım" yanıtını vererek, denetime damgasını vurdu.

JCI akreditasyonunun hastanelerin finansal başarılarına bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
JCI akreditasyonu, hiç şüphesiz ki uzun vadede hastanelerin finansal başarılarında rol oynuyor. Akreditasyona hazırlık sürecinde yapılan yatırımlar, bir süre sonra gerek hasta memnuniyetini artırıcı önlemlerin geri dönüşü; gerekse stok kontrolü, düzgün analiz ve değerlendirme süreci gibi kontrol yöntemleri sayesinde hastanelere ciro olarak yansıyor.

JCI akreditasyonunun kuruluşunuzda, özellikle hekimlerin alışkanlıklarının değişmesinde (JCI standartlarına uyum amacıyla) etkisi oldu mu?
JCI akreditasyonunun belki de en önemli katkısı alışkanlıkların değişmesi. Hekimler ise bu süreçteki en zorlu grup. Kayıt tutma alışkanlığı zayıf olan bir toplumun parçası olarak, hekimler, her ne kadar dirense de sonunda vazgeçemedikleri ve her zaman faydasını görecekleri bir alışkanlığa sahip oluveriyorlar. Önceleri külfet gibi gördükleri kayıtlar, bir süre sonra işlerinin doğal bir parçası oluyor.

JCI akreditasyonu kalite yönetimi anlamında yapmak istediğiniz her şey için bir araç sunuyor mu?
Maalesef hiçbir kalite yönetim modeli mutlak bir mükemmeliyet sağlamıyor. Bu nedenledir ki kalite yönetim modellerindeki arayış sürüyor. İşin güzel tarafı da bu aslında... Bu arayışınız, farklı yönetim modellerinin bir sentezi olabileceği gibi; tek tip model içindeki mükemmeli arama serüveni de olabiliyor. Yönteminiz her ne olursa olsun, attığınız her adım sizi bir seviye yukarıya çıkarıyor, fakat hiçbir zaman en doğruya ulaştığınızı hissedemiyorsunuz. Belki de kalite yönetiminin özeti bu. "Her zaman daha iyiyi arama ve hiç tatmin olmama."

"Akreditasyon, finansal riskleri de azaltır"

Tek başına akredite olmanın yeterli olmayacağını; akreditasyonun, kurum kimliğinin yerleşik hale gelmesi yönünde araç olarak kullanılabileceğini belirten **Ege Sağlık Hastanesi** Başhekim Yardımcısı ve Çocuk Cerrahisi Uzmanı **Dr. Hikmet Şahin** Hospital Manager'in sorularını yanıtladı

Hastaneniz kaç yıldır JCI akreditasyonuna sahip?
İzmir'in ilk özel hastanesi olan Ege Sağlık Hastanesi hastalarına uluslararası kalite standartlarında sağlık hizmeti sunmak amacıyla 2006 yılında başladığı kalite çalışmalarına tamamlayarak, JCI tarafından, 14 Temmuz 2008 tarihinde hasta bakım kalitesi ve organizasyon yönetimi doğrultusunda akreditasyon belgesi almayı hak kazandı. Tekrar denetimimiz, 13 Temmuz 2011 de olacak.

JCI akreditasyonunun hastanelerin finansal başarılarına bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
Akreditasyon hızlı, güvenilir ve kanıta dayalı sağlık hizmeti sunmak için tüm koşulları içermektedir. Hasta güvenliğine verilen önemle, hastalarımız güvenle hastanemize başvurmaktadır. Bu sayede tercih edilebilir bir sağlık kuruluşu olmamız sağlanmıştır.


Ege Sağlık Hastanesi Başhekim Yardımcısı ve Çocuk Cerrahisi Uzmanı **Dr. Hikmet Şahin**

Akredite hastanelerin tüm alanları denetime açık ve şeffaftır. Finansal açıdan da belirlenmiş prosedürler ile çalışılması gerektiği için, sürdürülebilir, takip edilebilir bir finansal vizyon sağlar. Her basamakta çalışanın görev yetki ve sorumluluğu tanımlandığı için karmaşa ortaya çıkmaz, önemli yatırımlarda üst düzey yöneticiler, stratejik plan doğrultusunda, yönetim kurullarına gerekli açıklamayı rahatlıkla yapabilirler ve finansal riskler de azaltılmış olur. Ancak tek başına akredite olmak, yeterli olmayabilir. Akreditasyon, kurum kimliğinin yerleşik hale gelmesi için kullanılabilecek en önemli araçlardan biridir.

JCI akreditasyonunun kuruluşunuzda, özellikle hekimlerin alışkanlıklarının değişmesinde (JCI standartlarına uyum amacıyla) etkisi oldu mu?
Akreditasyon kapsamında oluşturulan komiteler sayesinde tüm çalışanlara önemli görevler düşmektedir. Bu ise herkesin kaliteyi benimsemesi ve kalite standartlarına uyumu sağlanabilir. Yapılan cerrahi işlemler, hastaların değerlendirilmesi ve bakımı belirlenmiş standartlar çerçevesinde yürütülmektedir. Özellikle hekimlerin, eğitimleri sırasında benimsedikleri yöntemlerle tam uyuşmayan konularda sorun yaşadıkları gerçektir. Ancak, düzenli eğitimlerle farkındalıkları arttırıldıkça, yapılan düzenlemelerin hem hastalara, hem kuruma hem de hekimlerin kendilerine fayda sağladığı kanıtlanmıştır. Doküman ağırlıklı çalışmanın, hekimin hukuki sorumluluğunu da yerine getirmesinde yararlı olduğu görülmüştür. İlk zamanlarda bir miktar direnç gözlense de, zamanla her hekim prosedürlerin uygulanmasının faydalarını fark ederek davranışlarını değiştirmiştir.

JCI akreditasyonu kalite yönetimi anlamında yapmak istediğiniz her şey için bir araç sunuyor mu?
Akreditasyon, kurumla ilişkili herkes için bir araç olarak kullanılabilir. Yöneticiler için kurumsal yaklaşımı, çalışanlar için memnuniyeti, hizmet alanlar için güvenliği sağlar. Her grubun akreditasyondan beklentisi farklı olsa da, akreditasyon ile her grup kendi amacına ulaşabilir. Bu nedenle, akreditasyonun desteklenmesi, yaygınlaştırılması her grubun yararınadır. JCI akreditasyonu sayesinde çalışanların sürekli eğitilmesi ve bu sayede çalışan niteliklerinin artırılması, modern fiziki altyapı ve teknolojik olanaklar sağlanmaktadır. Hasta ve çalışan güvenliğine önem verilmekte, hataların oluşmaması için risk analizleri yapılmakta, hasta ve ailesinin hakları korunmaktadır. Bunlarda kalite yönetiminin esas amacıdır.

JCI araçları ülkelere göre değişebiliyor

JCI akreditasyonuyla hasta yatış süresinde, enfeksiyon antibiyotik maliyetlerinde, enfeksiyon hızında ve buna bağlı kalış süreleri ile tedavi maliyetinde azalma olduğunu belirten **Florence Nightingale Hastanesi** Kalite Yönetim Sorumlusu **Nilgün Çakır**, Hospital Manager'in sorularını yanıtladı

Hastaneniz kaç yıldır JCI akreditasyonuna sahip?
İlk belgelendirme denetimimiz 2003 yılında Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi, 2004 yılında Şişli Florence Nightingale Hastanesi, 2009 yılında Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi olarak gerçekleşti.



Florence Nightingale Hastanesi Kalite Yönetim Sorumlusu **Nilgün Çakır**

Akreditasyon tekrar denetimlerinde hiç sürprizle karşılaştınız mı?
Hayır.

JCI akreditasyonunun hastanelerin finansal başarılarına bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
Akreditasyon sayesinde; yetkin ve eğitimli personel sağlanması nedeniyle verimli iş gücü kullanımı, hataların azaltılması ve risk yönetimi stratejilerinin kullanımı nedeniyle maliyetlerin azaltılması, standart ve multidisipliner bakım stratejilerinin geliştirilmesi nedeniyle hasta yatış süresinde azalma, enfeksiyon kontrol politikaları nedeniyle antibiyotik maliyetlerinde azalma, koruyucu uygulamaların artması nedeniyle enfeksiyon hızında azalma ve buna bağlı kalış sürelerinde ve tedavide maliyet azalması, hasta güvenliği politikalarının geliştirilmesi nedeniyle hastada maliyete de sebep olan hatalar engelleniyor.

JCI akreditasyonunun kuruluşunuzda, özellikle hekimlerin alışkanlıklarının değişmesinde (JCI standartlarına uyum amacıyla) etkisi oldu mu?
Tıbbi kayıtların öneminin fark edilmesi, tıbbi kayıt güvenliğinin anlaşılması, hasta haklarında sağlanan gelişme nedeniyle onay sürecinin öneminin fark edilmesi, yasal düzenlemelere uyumun sağlanması, multidisipliner bakım kavramının gelişimi ile diğer sağlık ekipleriyle de entegre çalışılması (Diyetisyen, fizyoterapist, eczacı vb) sağlandı.

JCI akreditasyonu kalite yönetimi anlamında yapmak istediğiniz her şey için bir araç sunuyor mu?
Hastaneyi hem tesis, hem işletme hem de sağlık hizmeti konusunda bir bütün olarak ele aldığı için genelde evet. Ama araçlar daha çok o ülkenin yasal düzenlemeleri, kültürel özellikleri ve kurum yapısına bağlı olarak değişebiliyor.

Riskler ayrı ama standartlar ortak

"Her kurumda her bir koşul için farklı güvenlik riskleri olabilir. Bunları tek tek tanımlamak mümkün değil. Aslında binden fazla standardın olduğu bir grupta insanın aklına önce her şeyin dikte edildiği fikri doğuyor. Ancak durum gerçekte böyle değil"

BSK Metropark Hastanesi Tıbbi Direktörü **Doç. Dr. Tarık Zafer Nursal**, JCI akreditasyonu konusunda Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.

Hastaneniz JCI akreditasyonuna ne kadar sürede sahip oldu?
BSK Metropark Hastanesi Temmuz 2009'da açıldı ve 8 ay



BSK Metropark Hastanesi Tıbbi Direktörü
Doç. Dr. Tarık Zafer Nursal

gibi rekor sayılabilecek kısa bir sürede Mart 2010 başında akredite oldu.

Akreditasyon denetim esnasında hiç sürprizle karşılaştınız mı?
Yönetim kadromuzun bir bölümü daha önce JCI denetiminde bulunduğu için hazırlıklıydık. Ancak personelimizin önemli bir kısmı daha önce böyle bir denetimle karşılaşmamıştı. Dolayısıyla heyecana bağlı bazı aksamalar oldu. Ancak büyük bir sürprizle karşılaşmadık.

JCI akreditasyonunun hastanelerin finansal başarılarına bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
Bu sürece hazırlık ve uygulama aşamaları kuruma belirgin bir maliyet yüklemektedir. Ancak orta ve uzun vadede mali açıdan doğrudan ve dolaylı mali üstünlükler getireceği açıktır.

Bunlardan ilki JCI akreditasyonunun sağladığı uluslararası hasta güvenliği standartlarının hasta bakımında daha az soruna ve maliyete yol açmasıdır. Ayrıca bu belgenin toplumda sağlayacağı güven ve hastaların buna sahip kurumları tercih etmesi geliri artıracaktır.

Bir diğeri benzer şekilde yurt dışından gelen hastaların ve ödeme yapan sigorta şirketlerinin bu belgeye sahip kurumlara öncelik tanımasıdır.

SGK kapsamında çalışan hastaneler de son zamanlarda kalite standartlarının da dahil edildiği bir dizi değerlendirmeye tabii tutulmuşlardır. Bu değerlendirmeye göre yüksek kalite standartlarına sahip hastanelerin alabileceği fark ücretleri de diğerlerine göre daha fazladır. Ölçüt alınan kalite standartları JCI standartlarıyla paraleldir.

Ayrıca JCI standartlarına göre tutulması gereken kayıtlar, cihazların sürekli izlemi ve kalibrasyonu, kullanılan cihazların daha uzun süre etkin kullanımını sağlamaktadır. İlaç ve malzemelerin alım-tüketim miktarları ile son kullanım tarihlerinin izlemi stok kontrolünde hassasiyet ve doğruluğu artırıp, kaybı azaltmaktadır.

JCI akreditasyonunun kuruluşunuzda, özellikle hekimlerin alışkanlıklarının değişmesinde (JCI standartlarına uyum amacıyla) etkisi oldu mu?
Kesinlikle etkisi oldu. Güvenlik standartlarının uygulama zorunluluğu ve kayıtların hassas tutulmasının nedenleri ile yararları sürekli toplantılar ve eğitimlerle tekrarlandı. Eğitimlere ve pekiştirmelere zaten devam ediyoruz. Ancak bilgilendirilmiş onam alınması, işlem öncesi hasta kimlik doğrulaması ve diğer hasta güvenliği uygulamaları artık kendiliğinden yapılmaya başlandı. Hastanemiz artık hasta ve çalışanlar için daha güvenli bir yer.

JCI akreditasyonu kalite yönetimi anlamında yapmak istediğiniz her şey için bir araç sunuyor mu?
Evet. Ancak her kurumda her bir koşul için farklı güvenlik riskleri olabilir. Bunları tek tek tanımlamak mümkün değildir. Aslında binden fazla standardın olduğu bir grupta insanın aklına önce her şeyin dikte edildiği fikri doğuyor. Ancak durum gerçekte böyle değil. JCI standartları hasta, çalışan ve tesis güvenliği için gereken adımların atılmasını; prosedür, yönerge, talimat ve formların oluşturulmasını, o kurumun özelinde, kurum tarafından oluşturulmasını bekliyor. Örneğin temizlik arabalarında deterjan ve diğer çözücülerin çocukların ulaşabileceği arabanın alt kısmında olmamasını bildiren bir madde yok. Ancak tehlikeli maddelerin kontrol altında olması bekleniyor. Sonuçta bu standartlar bize balıkları vermiyor, balık tutmayı öğretiyor.

Kalite bazen para kazandırmaz

> “Biz yeni bir hastane olduğumuzdan, sistemimizi JCI ve kalite iyileştirmeye göre planlayabildik. Örneğin Haydarpaşa Numune Hastanesi gibi eski bir hastanede böyle bir sistemi kurmak için gereken toplam yatırım miktarı çok fazla olabilir. Amacı kalite standartlarını yerleştirmek olan hastaneler uzun vadede bunun faydasını görebilir ancak bu etkiyi ölçmek kolay değil”

Sema Hastanesi Performans ve İş Geliştirme Direktörü **Kirstin Özturk**, Hospital Manager’in sorularını yanıtladı.

Hastaneniz kaç yıldır JCI akreditasyonuna sahip?
Yaklaşık 1.5 yıldır. Denetimler her 3 yılda bir yapıldığı için şu anda henüz ikinci bir denetim geçirmedik. Fakat 2010 yılında standartlar revize edileceği için değişiklikleri bekliyoruz.

JCI akreditasyonunun hastanelerin finansal başarılarına bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
Bazen kalite bize para kazandırır; bazen kazandırmaz. Bu konuda az sayıda kanıta dayalı veri var. Elbette bunun finansal etkisi vardır fakat bu etkiyi ölçmek kolay değildir. Tek başına "JCI akreditasyonunun" finansal başarıda belirleyici rol oynadığını, hatta önemli bir faktör olduğunu göstermek bile zordur.

Ancak şunu net söyleyebiliriz; kalitesiz sağlık hizmetlerinin maliyeti yüksektir; hem maddi hem de manevi olarak. Gereksiz tetkik kullanımı, gerekli ama yapılmayan tetkikler ve tıbbi hatalar bir hastaneye çok büyük masraf getirebilir. Hastaneden kaynaklanan enfeksiyonlar, hastaneye masraf getirir, ilaç reaksiyonları masraf getirir.
Kalite artırma yöntemlerinin tümünün finansa yansıma etkisi eşit değildir. Preop antibiyotik profilaksisi ve elektronik ilaç istemleri gibi yöntemlerin maliyet-yarar analizine göre finansa olumlu etkisinin iyi olduğunu söyleyebiliriz. Bazen de ciddi yatırım veya personel gerektiren bir kalite arttırmak yönteminin finansa etkisi az olabilir.

Peki, JCI gibi bir kalite sistemi uygulamadığınızda finansal kazanç veya kayıp oluyor mu?
Cevabı, her hastane için farklı olabilir. Biz yeni bir hastane olduğumuzdan, sistemimizi JCI ve kalite iyileştirmeye göre planlayabildik. Örneğin Haydarpaşa Numune Hastanesi gibi eski bir hastanede böyle bir sistemi kurmak için gereken toplam yatırım miktarı çok fazla olabilir. Ayrıca, kalite konusunda kurum kültürü önemli bir faktördür. Sadece akreditasyon belgesi almayı hedefleyen kurumlar uzun vadeli bir finansal etki görmeyebilir. Fakat amacı kalite standartlarını gerçekten yerleştirmek olan hastaneler uzun vadede bunun faydasını görebilir ancak bu etkiyi ölçmek kolay değildir.



Sema Hastanesi Performans ve İş Geliştirme Direktörü **Kirstin Ozturk**

Kalite iyileştirme çalışmaları bazen sağlık sektöründen, bazen çalışanlardan, bazen Sağlık Bakanlığı politikalarından, bazen de hastaların beklentilerinden kaynaklanabilir. Örneğin JCI standartları arasında hasta memnuniyeti önemli bir yer tutar. Memnun olan hastalar da hastanenizi tavsiye eder. Ancak hasta sayılarındaki artışın, JCI standartlarından dolayı mı yoksa bulunduğunuz bölgede örneğin rakip bir hastanenin kapanışından mı olduğunu belirlemek zordur. Hatalı tıbbi uygulamaların sayısında bir azalma var ise bunun JCI'in hasta güvenliği hedeflerine uymaktan mı yoksa örneğin gazetelerde yayınlanan vakaların etkisiyle mi olduğunu kestirmek kolay değildir.

Sonuç olarak, JCI gibi bir sistemden akredite olmanın olumlu bir finansal etkisi olabilir. Bu hastane yönetimine bağlıdır. Finansal yönde pozitif bir etkisi olması isteniyorsa:
1. Yapılacak kalite iyileştirmeleri kanıta dayalı veri, profesyonel bilgi ve araştırmalara göre seçilmeli.
2. Sahada kararları etkileyecek olan ve günlük işleri yapan kişiler de projelere dahil edilmeli.
3. Kalite iyileştirmemenin de bir maliyeti olduğu bilinmeli ve bunun da analizi yapılmalı.
4. Ölçme ve değerlendirme sağlıklı yapılmalı.

JCI akreditasyonunun kuruluşunuzda, özellikle hekimlerin alışkanlıklarının değişmesinde (JCI standartlarına uyum amacıyla) etkisi oldu mu?
Genel olarak hekimlerde bir "iyi dokümantasyon" yapma veya yaptığını detaylı olarak yazıya dökme sorunu olduğu doğru. Ancak JCI akreditasyonu sürecinde biz hekimlerin tahminimizden çok daha iyi ve hızlı bir şekilde kurallara uymaya adapte olduğunu gördük. Sonuçta, tıp fakültesinde öğrendiğimiz çok farklı değildi. Biz bu süreçte en önemli faktörün "inandırıcılık" olduğunu gördük. Yeter ki hekimleri uymaları gereken kuralların gerçekten gerekli olduğuna inandırın. Tabii ki Türkiye'de açılan davalar ve gerçekleşen tıbbi hataların hekimleri daha hassas yapmış olması da hekimlerin tıbbi hatalara karşı önlem alma adına ek bir motivasyon sağladığı söylenebilir.

JCI akreditasyonu kalite yönetimi anlamında yapmak istediğiniz her şey için bir araç sunuyor mu?
JCI akreditasyon sürecinin kalite yönetimi anlamında sağladığı en önemli katkı, hastaneye sistematik ve organize bir altyapı kurma şansı vermesi. Bu sistem ve altyapı kurulduktan sonra, devamını getirmek hastanenin liderleri ve çalışanlarının kurum kültürünü özümsemiş olmalarına bağlıdır. Kalite bir kurum kültürü haline geldikten sonra, kalite yönetimi anlamında yapmak istediğiniz her şeyi yapabilirsiniz. ■

İngiltere Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon

Çağda ZIRH



Sağlık hizmetlerinde akreditasyon, sağlık hizmeti sağlayıcısı kurum ve kuruluşların önceden belirlenmiş performans standartları çerçevesinde bağımsız bir organizasyon ya da sivil toplum kuruluşu tarafından değerlendirilmesi ve sunulan hizmetlerin belirtilen standartlara uygunluğunun onaylanması anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin gerek kamu gerek özel sektörde rekabete dayalı olarak yeniden yapılandırıldığı 1990'lara kadar akreditasyon programları mevcut kaliteyi iyileştirmek üzere profesyonel fakat gönüllü olarak kullanılıyor iken; bu tarihten itibaren sağlık hizmeti sunucusu ve bu hizmetleri kullananlar arasındaki ilişkiyi belirleyen bir güven unsuruna dönüşmüş ve kademeli olarak yasal mekanizmalarla uyumlu hale gelmiştir.

İngiltere'deki ulusal akreditasyon servislerinin temelleri, sağlık hizmetlerinde özelleştirme politikalarının kesin bir biçimde uygulanmaya başladığı 1990'ların başında atılmıştır. Sağlık hizmetlerinde oluşturulan yeni iç pazarda hizmet alıcılarına, özel ya da kamu hizmet sunucusu kurumlar arasında, tercih yapabilme haklarının sağlanması ile sektörde yaratılan rekabet bir kalite geliştirme aracına dönüşmüştür. Bu dönemde devletten bağımsız çalışan *Health Quality Services* (HQS) ve *Healthcare Accreditation Programme* (HAP) adlı iki ayrı program faaliyete geçerek, günümüzde bu programlar *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS) adı altında tek çatı altında birleşmişlerdir. CHKS tarafından sunulan akreditasyon hizmetine katılım gönüllüdür. NHS (İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi) birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin de dahil olduğu 400'ü aşkın kamu ve özel sağlık kuruluşu ile çalışmış olan CHKS, İngiltere'nin en büyük bağımsız kalite geliştirme hizmetleri sağlayan kurumu olarak karşımıza çıkmaktadır.

İngiltere'de 2004 yılında bir kamu kuruluşu olarak kurulan ***Healthcare Commission*** ise tüm sağlık hizmeti sağlayıcısı kurumların zorunlu olarak kayıt olması gerektiği ve bu kurumların sunduğu sağlık hizmetlerini belirli temel kalite standartları çerçevesinde denetleyen bir yapılanmadır. Bu oluşumun sorumlulukları 2009 yılında Sağlık Bakanlığı ile beraber çalışan *Care Quality Commissio*n (CQC) altında yeniden yapılandırılmıştır.

Yakın zamana dek sadece özel ve gönüllü olarak çalışan sağlık hizmet sağlayıcılarına kayıt olma zorunluluğu getirilmiş iken, 2010 yılından itibaren İngiltere'de sağlık hizmeti sağlayan, NHS hastaneleri ve sosyal bakım merkezleri dahil, tüm sağlık kurumları bu zorunluluk kapsamına alınmıştır.

İngiltere'deki ulusal sağlık hizmetleri 2004 yılından bu yana ***Standards for Better Health***[1] adlı raporda belirtilen strandartlara göre yıllık olarak gerçekleştirilen denetlemelerden geçmektedirler. Bu denetlemelerde sağlık hizmeti sağlayıcıları 24 temel kriterde değerlendirilerek performanslarına göre derecelendiriliyor.

Yeni sistem ile birlikte tüm kayıtlı sağlık kuruluşları aynı kriterlerle değerlendirilerek minimum standartlara uygun olmaları halinde hizmet sunmaya devam edebiliyorlar. Kontrollerin ise geçmişte olduğu gibi uzun ve hazırlık gerektiren ziyaretler yerine, kısa ama belirli hizmetlere odaklanmış ve habersiz olarak gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Yeniden yapılandırılan bu sistem ile duyarlı, dinamik ve güçlü bir denetleme işleyişi kurularak, değerlendirmelerin sistem ve süreç odaklı olmasından ziyade sonuç odaklı olması hedeflemektedir. NHS Trust hastaneleri dahil tüm sağlık kurumlarının performans değerlendirmeleri CQC (Care Quality Commission) web sitesinde halka açık olarak yayınlanmaktadır. 2006 yılından itibaren hastalara acil olmayan tedavilerinde tanınan sağlık hizmeti sağlayıcısını seçebilme hakları ile beraber düşünüldüğünde yukarıda ayrıntılı olarak incelediğimiz performans değerlendirmelerinin kamu hizmeti sunan NHS sağlık kurumları için ne denli önemli bir işlev kazandığı daha iyi anlaşılacaktır.

Medikal turizm açışından baktığımızda, İngiliz akreditasyon sisteminin yurtdışındaki sağlık hizmeti sağlayıcıları için de büyük bir önem arz ettiği görülecektir. İngiltere vatandaşlarına yönelik medikal turizmin gelişmesine bağlı olarak, ulusal akreditasyon hizmetleri sunan kurumlar da uluslararası hizmet vermeye başladılar. Başka sektörlerde de örneğine raslanan bu uygulamaya göre, İngiliz vatandaşları için temin edilecek sağlık hizmetlerinde, kendi akreditasyon sistemlerinin geçerli olduğu kurumların tercihi gündeme gelmektedir.

Bu kurumlardan biri olan İngiltere merkezli *Trent Accreditation Scheme* (TAS), hali hazırda NHS'de çalışmakta olan ya da yeni emekli olmuş bilirkişi kadrosu ile yurtiçi ve yurtdışındaki bağımsız sağlık hizmeti sağlayıcılarına akreditasyon servisleri vermektedir. İngiltere dışında Hong Kong'da büyük sayıda özel sağlık kurumunu akredite eden organizasyon, içerisinde Filipinler ve Malta gibi ülkelerin de bulunduğu farklı merkezlerde faaliyet göstererek özellikle medikal turizm alanında aranılan bir akreditasyon programı olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla, Avrupa pazarı odaklı medikal turizm projelerinde NHS standartlarına dayanan Trent akreditasyonuna sahip olmanın büyük bir avantaj sağlayacağını vurgulamak gerekiyor. ■

1 UK Department of Health

Türkiye'nin sağlığına kalbini verenler...



Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri - 2010

Sağlık Gönüllüleri, Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri'ne aday olacak projeleri son başvuru tarihi olan 30 Nisan 2010 tarihine kadar beklemektedir.

Sağlık Gönüllüleri ülkemizin sağlığına katkıda bulunan tüm kurum ve kuruluşlarımızı projeleri ile ödüllere aday olmaya davet etmektedir.

Saygılarımızla
Oğuz Engiz / Sağlık Gönüllüleri Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri - 2009 sahiplerini buldu.

Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Büyük Ödülü
Dumansız Hava Sahası – T.C. Sağlık Bakanlığı

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sağlık Kuruluşu Ödülü
Annemle Biz Kanseri Yeneriz - Novartis

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sivil Toplum Kuruluşu Ödülü
Kalbini Sev Kırmızı Giy – Türk Kardiyoloji Derneği

Mansiyon
Hepatit B'yi Paylaşmayın - Sudler&Henessey

Mansiyon
Gezici Sağlık Çalışmaları - Ayhan Şahenk Vakfı

Teşvik Ödülü
0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazalarını Önleme Projesi - Denizli İl Ambulans Servisi

Sağlığa En Fazla Gönüllü Katkıda Bulunan Kişi Ödülü
Şafak Akın – Türkiye İnsan Kaynakları Vakfı (TİKAV)

Sağlık Gönüllüleri Onur Ödülü
Prof.Dr. İhsan Doğramacı

Türkiye'ninKalbi
Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri 2008

Sağlık Gönüllüleri | Kuleli Sokak No: 57/1, G.O.P, ANKARA | T 312 446 91 14 F 312 446 91 17 | www.saglikgonulluleri.org | info@saglikgonulluleri.org

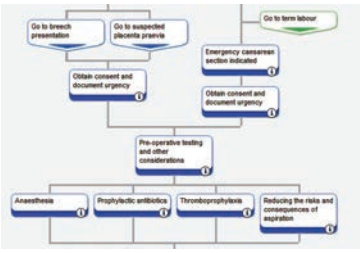
SAĞLIK YÖNETİCİSİNİN BAŞUCU DOSYASI

Sürdürülebilir Bir Sağlık Sisteminin Temel Dayanakları

Yürürlükte olan ya da reformlarla yeniden yapılandırılmaya çalışılan sağlık sistemlerinin temel sorunu sürdürülebilir olmalarını sağlamada karşılaşılan zorluklardır. Toplumun daha geniş bir kesimi hatta tamamı daha kaliteli hizmet talebindedirler. Bu hizmetleri zamanında istemektedirler ve sunulan hizmetlerin güvenilir olmasını, aldıkları hizmetlerden dolayı kendilerine zarar gelmemesinin de takipçisi durumuna gelmektedirler.



Daha Az Kaynakla Daha Kaliteli Hizmet Üretilebilir mi?



Pek yakın bir zamanda yayınlanan bir araştırma sonucuna göre, ele alınan bir hastalık grubu için (non-small cell lung cancer), hayatta kalma sürelerinde anlamlı bir değişme olmaksızın, % 35 daha az kaynakla hizmet sunumunun mümkün olduğu yayınlanmıştır. Bu yayındaki temel görüşlere ve bunun nasıl sağlanabileceğine izleyen sayfalarda özetle değinilecektir.

Daha Az Kaynak Kullanılarak Daha Iyi Klinik Sonuçlar Nasıl Alınır?

Klinik sonuç yönetimi, süreç esaslı çalışma, klinik haritalar, Klinik Kılavuz Kullanımı; Daha iyi klinik sonuçlara daha az kaynakla ulaşabilmenin değişmez yöntem ve araçları olarak uluslar arası yayınlarda ve bilim dünyasında yerini almaktadır. Bunu sağlamanın itici gücü ve dayanak noktası ise, Sağlık sisteminin bütün taraf, aktör ve paydaşlarının bu vizyonda mutabakat sağlamalarıdır. Tek bir işletmenin, sadece bir meslek grubunun veya bir sağlık işletmesinin yalnızca bir biriminin bu görüşü hayata geçirmeye çalışması ile fazla bir başarı sağlanamayacağı unutulmamalıdır.



DAHA AZ KAYNAKLA, DAHA KALİTELİ SAĞLIK HİZMETİ, DAHA İYİ SONUÇ ALINACAK ŞEKİLDE SUNULABİLİR Mİ?



Hani bir öykü vardır: Ne olduğu önemli değil, bir suçla ilgili davanın görülmekte olduğu bir mahkeme salonunda, hakim zanlıya bilindik soruları sormaktadır; " Adın soyadın?" Cevaplar zanlı, "-Falan feşmekan!" ardından diğer malum sorular gelir… "-Okuman yazman var mı?" "-Yazmam var ama okumam yoktur!" diye cevap verir zanlı. Şaşırır hakim ve söylenir kendi kendine, bu nasıl iştir diye. Tekrar sorar ve ayni cevabı alır: "Yazmamız var ama okumamız yoktur dedik ya hakim bey!"

Hakim mübaşire, bir kağıt parçası ile bir kalem götürmesini ve zanlıya bir şeyler yazdırmasını söyler. Zanlı kağıdı ve kalemi alıp bir şeyler çiziktirir. Hakim zanlının bir şeyler yazdığı kağıdın kendisine getirilmesini ister. Bakar zanlının karaladığı kargacık burgacık şekillere, bir anlam veremez ve mübaşire bu kağıt parçasını tekrar zanlıya götürmesini ve zanlıdan da yazdıklarını yüksek sesle mahkeme heyetine okumasını ister. Zanlı, homurdanarak hakime: "-Sayın hakimim, kaç defa söyledim size ki benim yazmam vardır ama okumam yoktur diye. Beni neden bu kadar zorluyorsunuz!"

Öyküyü ve sözü nereye bağlayacağım? Bu bağlama işini okuyana bırakıp ben bazı sorularla yazıma devam edeceğim:

Her şeyden önce benim yazmam okumam var mı? Acaba okuma çabası içine girenler benim "Yazdım!" dediklerimi okuyacaklar mı ve okumaya başladıklarında okumaya devam etmek isteyecekler mi? Okusalar bile okuduklarını yazımın başlığıyla ve bundan sonra yazacaklarımla ilişkilendirme çabasına girip bunda belli anlamlar ve kararlar çıkarma aşamasına erişecekler mi? Bu soruların hiç birinin cevabını bilmiyorum. Ama ya öyle olursa umuduyla yazıyorum ve yazmaya da devam edeceğim.

YATIRIMCI, İŞLETMECİ, YÖNETİCİ ve DİĞER AKTÖRLER/PAYDAŞLAR AÇISINDAN SAĞLIKLA İLGİLİ BAZI KAVRAMLARA FARKLI YAKLAŞIMLAR

2-3 sayfalık bir yazıya: sağlıkla ilgili temel kavramları yansıtmak, bu kavramlarla ilgili olarak gelişen ve düzeltilmesi gereken eksiklikleri yanlışlıkları örneklemek; yanlışlıkların düzeltilmesi, eksikliklerin giderilmesi yönünde açıklama ve anlatımlara kalkışmak hem olanaksız hem de haddini aşar. Derginin hedef kitlesi ve okuyucu düzeyi düşünüldüğünde buna gerek de yoktur. Bunun yerine, sağlık alanında kapsamı ve tanımı belli bir olgunluk düzeyine eriş[e]memiş kavramların adlarının anılmasıyla yetinilecektir:

"KALİTE, SÜREÇ, İŞ AKIŞI, KANITA DAYALI TIP, KANITA DAYALI HEMŞİRELİK, İYİ KLİNİK UYGULAMA[LAR], PERFORMANS, SİSTEM, KLİNİK UYGULAMA KILAVUZLARI, KLİNİK UYGULAMA HARİTALARI, TERS ETKİ, YAN ETKİ, BEKLENMEYEN ETKİ, SİSTEM GİRDİSİ, SİSTEM ÇIKTISI, KLİNİK SONUÇLAR, LOINC, SNOMED CT, PROBLEM VE EPİSOD BAZLI HASTALIK KAYITLARI, TEMEL SAĞLIK KAYITLARI, KAYIT VE BELGE ARASINDAKİ FARKLAR, CPOE, İLAÇ VE DİĞER UNSURLARLA ETKİLEŞMELER, SDE (Structured Data Entry) vb…

Başlıktaki sorunun cevabının ***"EVET, KESİNLİKLE!"*** olduğu düşünülürse, yöneticinin en temel görevlerinin arasında, yukarıda sadece adlarını vermekle yetindiğimiz kavramları çok iyi anlayan ve bu alanlarda yetkinleşmiş insan kaynaklarını oluşturması gelmelidir.

Sıraladığımız bu kavramların belli bir olgunluk düzeyine taşınamamış olmasının altında dogmatik eğitim sistemimizin yanı sıra kamu ve özel sağlık kuruluşlarımızdaki istihdam politika[sızlık]ları yatmaktadır. Sektördeki sevindirici gelişme göstergelerinden biri ve belki de en anlamlısı, akredite olmuş ve akredite olma hazırlığı içerisinde olan sağlık kuruluşlarının sayılarının artma eğilimidir. Bu eğilim, sektördeki sürdürülebilir gelişmelerin ihtiyaç gösterdiği insan gücü profili ve niteliklerinin de netleşerek ortaya çıkmasına katkıda bulunacaktır. Bu sevindirici gelişme eğilimine karşılık, eğitimleri akredite olmuş kurumlarımızın sayısı nedir? Ya da böyle kurumlar var mıdır? Ülkemizin sağlık sisteminin acilen ihtiyaç duyduğu sağlık meslekleri (Tıp, hemşirelik, kayıt teknisyenliği, bilgi güvenliği uzmanlık alanları, sağlık hukuku uzmanlığı vb…) alanında akreditasyonu hedefleyen çalışmalar, projeler var mı? Varsa da ben henüz bilmiyorum…



Son yıllarda, eğitim sistemimizin yetersizliklerini belli alanlarda belli başlıklar altında düzenlenen sertifika programları ile kapatmaya çalışan bir tutumun yerleşmeye başladığı göze çarpıyor. Düzenleme ve denetim olmadan bu uygulamaların yaygınlaşmasının, temel farkındalıklar yaratmaya dönük kısmi başarıların ötesine gidemeyeceği endişesini taşıyorum. Daha iyi bir planlama ile daha yararlı eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi alternatifi varken, yukarıdaki eğilimin tırmanması sağlık sektörü için tehlikeli bir gelişmedir. Oysa farkındalık ve genel kültür içerikli programlar; hangi kurumun çatısı altında düzenlenirse düzenlensin yetkinlik sertifikaları ile sonuçlanmamalıdır. Bu tutumda ısrarın, "SERTİFİKA" kavramının da anlamını yozlaştıracağını ve bu kavramın da içinin boşalacağını öngörmek o kadar zor değildir.

Şimdi de başlıktaki sorulara ve olası cevaplarına biraz değinerek yazımı sonlandırmak istiyorum. Nelerdi başlıkta dikkatinize getirmeye çalıştığım can alıcı sorular ve konular?

A. Daha kaliteli sağlık hizmeti sunmak ne demektir?
B. Sağlık hizmeti sunumunda daha iyi sonuç almak ne demektir?
C. Daha az kaynakla, daha kaliteli sağlık hizmeti sunmak ve daha iyi sonuç almak ne demektir?
D. Bir önceki maddede (C) konu edilen durumu hayata geçirmek mümkün müdür?
E. Aslında gizli bir soru daha var ama o soru ile yazıyı sonlandırmayı düşünüyorum.

[A] sorusundan başlayalım: İzninizle, bilgi birikiminize ve sektör deneyiminize saygısızlık etmemek için bu konuda akademik ve pedantik bir söyleme girmeyeyim. Bu mümkün müdür sorusuna gelince, buna "EVET" diyen ve sonuçların karşılaştırılmasına dayanarak örnekler sunan binlerce yayın var. Hatta bunun nasıl yapılacağına işaret eden binlerce yayın ve yüzlerce araç var. Önemli olan buna ilgi duyulup duyulmadığı… Prof. Yaşar ÖZCAN'ın bir makalesinde, sistemli kayıt tutan hastanelerin daha kaliteli hizmet sunduklarına ve daha iyi klinik sonuçlar elde ettiklerine değiniyor. Bu sonuçları ortaya koyarken başvurulan en temel ve kritik yaklaşım da "Kıyaslama". Ortak bir dil çerçevesine uymayan ve standart terminolojilere dayanmayan kıyaslamaların ise hiçbir anlam ifade etmediği açıkça gösterilmiş durumda. Morbidite ve mortalite bakımından önemli bir kategori oluşturan Akut Koroner Sendrom'larla ilgili geniş katılımlı bir çalışma, verilebilecek anlamlı örnekler arasında: GRACE – (Global Registry of Acute Coronary Events) projesine her geçen gün daha fazla hastane katılıyor ve alınan sonuçlar klinik uygulamalara yansıyıp olumlu sonuçlar alındıkça katılım eğilimi tırmanıyor. Projenin temel amacı AKS (Akut Koroner Sendrom) u olan hastalara sunulan hizmetlerin kalitesini iyileştirmek. Genişletilmiş kapsamlı ikinci aşamada ise, konuyla ilgili bir veri toplama aracının geliştirilmesiyle ilgili fizibilite esas amaç durumuna geçiyor.

Ülkemizdeki sağlık işletmelerinde (kamu ve özel) bunu başarabilmenin temel koşulları: Sürdürülebilir Bir Sağlık Sisteminin Temel Dayanakları

Ayrıntısına girmeden:

- Kalite kavramının ne olduğunu sağlıkta nasıl anlaşılması gerektiğini, tartışmalara ve farklı yorumlara meydan vermeyecek şekilde sağlam bilimsel temellere oturtmak ve bunu kurum kültürünün bir parçası haline getirmek
- Kalitecilik: hemşirelik, eczacılık, doktorluk, görüntümle teknisyenliği, sistem analistliği, bilgisayar programcılığı gibi bir meslek değildir. Ancak, belli alanlarda kalitenin hayata geçirilmesine ve sonuçlarının dönük yetkinliklerden söz edilebilir. Kalitedeki bu etiketçi anlayışın kökten değişmesi zorunludur. Uluslar-arası toplantıların bazı oturumlarında bazı oturumlarında hala, TPS (Toyota Production System) in sağlık hizmetlerine uygulanması ve uyarlanması konusu gündemdeki yerini koruyabilmektedir. Bu yaklaşım, düzlem geometri kurallarını küresel geometri alanına uyarlamaya çalışmaktan farklı bir şey değildir. Sağlık hizmeti sunumunda, ürün ağacına dayalı yöntemler çalış[a]maz. Ürün ağacı yaklaşımı, alüminyum folyo üretimine dahi uymamaktadır. Sağlıkta kalite anlayışı bu esaslar uyacak şekilde gözden geçirilmelidir.
- Sağlık hizmeti sunumu, belli yakınmalarla gelen hastaların; belli klinik süreçlerden geçilerek yakınmalarının ortadan kaldırılmasını ve yaşam kalitesi göstergelerinin yeniden istenen düzeylere çekilmesini hedefler. Sağlık hizmeti, bir sonucu veya tanımlı sonuçları elde etmek üzere sunulur (Tanı koymak, tanısı konmuş bir hastalık durumunun tedavisini ve bakımını planlamak, belli durumlarla karşılaşılmamasını sağlayacak önleyici tedbirleri uygulamak ve bireyleri bu yönde bilgilendirmek) Bu durumları kayıt altına almak ve gerekli sistemleri ve sistematiği oluşturmak, işletme yöneticilerinin ana görevleri arasındadır.

Yürürlükte olan ya da reformlarla yeniden yapılandırılmaya çalışılan sağlık sistemlerinin temel sorunu, sürdürülebilir olmalarını sağlamada karşılaşılan zorluklardır. Toplumun daha geniş bir kesimi hatta tamamı daha kaliteli hizmet talebindedirler. Bu hizmetleri zamanında istemektedirler ve sunulan hizmetlerin güvenilir olmasını, aldıkları hizmetlerden dolayı kendilerine zarar gelmemesinin de takipçisi durumuna gelmektedirler. Sağlık kuruluşları bu talep artışına ve talep değişimine nasıl cevap verebilirler? Buna ait görüşler, "Ayrıntısına Girmeden:" başlıklı kutu içerisinde yer almaktadır.

Daha Az Kaynakla Daha Kaliteli Hizmet Üretilebilir mi?

Kanıta-dayalı Klinik Haritalarla ilgili ilk Maliyet-Etkililik Araştırması, hayatta kalma sürelerinde değişiklikle karşılaşılmaksızın % 35 daha az kaynakla klinik uygulama (Non-small-cell Lung Cancer) yapılabildiğini ortaya koymaktadır . Araştırmada dile getirilen en önemli husus, bu sonucun, sadece klinik kılavuzlara dayanmadığının belirtilmesi ve sonuca götüren faktörün kanıta-dayalı klinik yol haritaları (pathway) olduğunun belirtilmesidir. Araştırma ABD'de faaliyet gösteren 8 farklı onkoloji grubunun 1409 hastasını kapsamaktadır. Benzer sonuçları araştırmalarına konu edinen ulusal/uluslar-arası bir dizi çalışma ve büyük ölçekli proje yürütülme aşamasındadır.

Bu bağlamda, artık [B] sorusu ile ilgili cevaplar için bir açılım getirebiliriz:

Sağlık hizmetinde daha iyi sonuç almak:
1- Daha az mortalite;
2- Daha uzun hayatta kalma süreleri;
3- Daha düşük maliyetler;
4- Daha düşük oranda toksisite ensidansı;
5- Hastaya sunulan hizmetlerle ilgili zararların en aza inmiş olması şeklinde özetlenebilir.

Sonuçlar açısından yapılan bu değerlendirme çerçevesi, sağlık hizmeti kalitesinin tanımı ve kavramsal çerçevesi ile de tamamen uygunluk içerisindedir. Sonuç itibariyle, daha kaliteli sağlık hizmeti sunumu daha iyi klinik sonuç almakla örtüşen kavramsal çerçevelerdir. Birbirlerinden ayrı tutulmaları ve değerlendirilmeleri söz konusu değildir. Bir madalyonun iki yüzü gibidirler de demek yanlış olmaz.

Daha Az Kaynak Kullanılarak Daha İyi Klinik Sonuçlar Nasıl Alınır?



Klinik sonuç yönetimi, süreç esaslı çalışma, klinik haritalar, Klinik Kılavuz Kullanımı; Daha iyi klinik sonuçlara daha az kaynakla ulaşabilmenin değişmez yöntem ve araçları olarak uluslar arası yayınlarda ve bilim dünyasında yerini almaktadır. Bunu sağlamanın itici gücü ve dayanak noktası ise, Sağlık sisteminin bütün taraf, aktör ve paydaşlarının bu vizyonda mutabakat sağlamalarıdır. Tek bir işletmenin veya bir tek meslek grubunun ya da işletmenin tek bir biriminin bu görüşü hayata geçirmeye çalışması ile kayda değer bir başarı sağlanamayacaktır.

Daha az kaynak kullanılarak daha iyi klinik sonuçlar almanın, sağlık sistemi paydaşlarının her biri için ne anlam ifade ettiği çok iyi anlaşılmalıdır. Araştırma ve eğitim bağlamında neler sağlanabileceği bu yazının kapsamı dışında değerlendirilmiştir. Bu konu, farklı bir yazı olarak planlanabilecek kadar çok yönlü ve geniştir, ayni zamanda karmaşıktır da… Biz kısaca diğerlerine değinelim:

Sağlık Hizmetini alan açısından getiriler şöyle sıralanabilir:

- Daha az sayıda komplikasyon,
- Daha seyrek karşılaşılan toksisiteler
- Hizmet sunumuyla ilgili olarak hastaya verilen zararın en alt düzeye çekilmesi
- Daha kısa yatış süreleri
- Daha seyrek hastaneye gitme durumu

Sağlık Hizmetini sunan açısından getiriler şöyle sıralanabilir:

- Daha az komplikasyonun yansıması olarak daha az kaynak kullanımı (altyapı yararlanma zamanları, ilaç ve tıbbi malzeme, tedavi ve bakımla ilgili insan kaynakları, tıbbi malzeme ve sarflar, …)
- Daha seyrek karşılaşılan toksisitelerin yansıması olarak hasta memnuniyeti artışı, gereksiz ilaç kullanımının en aza indirilmesi fırsatlarının artması, etkili ve verimli sağlık



hizmeti kriterlerine uygunluğun artması ve klinik göstergelerde iyileşmeler

- Sağlıkta Malpraktis açısından olumlu gelişmelerin, farklılık yaratacak şekilde kurumsal itibar artışına dönüşmesi
- Daha düşük maliyetle sağlık hizmeti sunma yetkinliğinin kurumsallaşması
- Rekabet ve sürdürülebilirlik boyutunda kazanımlar
- Potansiyel büyüme alanlarının ortaya çıkması ise en stratejik fayda olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık Hizmetini ödeyen kurumlar açısından getiriler şöyle sıralanabilir:

- Kaynakların eşit, adil ve tıbbi gereklilikler doğrultusunda kullanımı için gerekli ipuçları elde edilir
- Hasta grupları, demografik yapı, morbidite değerlendirmeleri açısından stratejik kaynak planlaması ve yönetiminin enformasyon altyapısı oluşur (Burada bahsedilen enformasyon sistemleri ile, donanım olarak bilgisayarlar ve ağ altyapıları kastedilmiyor. Sağlık hizmeti sunumu ile ilgili veri ve enformasyon sınırları içerisinde kalınması tavsiye ediliyor)
- Kanıta-dayalı geri-ödeme sistemlerinin kurgulanabilmesi için gerekli enformasyon altyapısı standartlarla uyumlu olacak şekilde oluşur. İyileştirme alanlarının net olarak belirginleştiği bir "BİLGİ YÖNETİMİ ALTYAPISI" nın zeminine doğru olumlu adımlar atılmış olur.
- Sağlık Finansmanı ile ilgili kamu yapılanmasına güvenin oluşması anlamında kazanımlar ortaya çıkar.
- Devletin düzenleyici ve denetleyici rolünün bilimsel esaslara dayandığı bir işleyişin koşulları oluşur ve bu da sağlık sistemi ile ilgili uygulamaların sürdürülebilirliğine katkı sağlar.

Bir gizli soru daha var dediğim soruyu sorarak yazımı sonlandırmak istiyorum. İçeriğini değerlendirebileceğimiz, satır aralarını okuyabileceğimiz sistemler kurmak asli görevimiz değil mi? Bu durumda neyi nasıl yazacağımız konusunda bir fikir birliği en acil işimiz olmuyor mu? Bunu yapmazsak, yazının başındaki zanlının durumuna düşmez miyiz?

Daha Az Kaynak Kullanılarak Daha İyi Klinik Sonuç Almanın Gerektirdiği Adımlar Nelerdir?

- Kazanılmış olması gereken en temel yetkinlik, bakımın devamlılığı konusunda kurumsal bir stratejinin benimsenmiş olması ve üst yönetimde bu stratejinin gerekleri konusunda gerekli adımları atma kararlılığının oluşmasıdır.
- Bakımın devamlılığı kavramında yetkinleşmek, hasta kayıt sistematiğinin ve operasyonel hastane kayıt sistemlerinin standartlara uygun olarak yapılandırılmasıdır.
- "Sağlık Hizmetleri Sunumu"nda tanı, tedavi ve bakım kararlarının hemen hemen % 80'i laboratuar sonuçlarına dayanmaktadır. U alan, en az düzenlenen hatta teknoloji ve terminoloji anlamında hiç düzenlenmemiş bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Yalnızca ICD 10 ile bir sağlık sistemini yapılandırmak ve sürdürülebilirliğini izlemek olanaksızdır. Laboratuvar alanında LOINC ya da benimsenecek başka bir sistemin klinik pratiğe sokulması, bahsettiğimiz alanlardaki getirilerden fayda sağlamak için zorunludur.
- Sağlık ve hastalık kayıt sistemlerinin standart terminolojilere göre tutulması, klinik sonuç yönetiminin ve izlenebilirliğinin olmazsa olmaz koşuludur. (Hemşirelik hizmetleri için ICNP, klinik kodlamalar için SNOMED CT, Prosedür ve işlem terminolojileri, klinik sonuç terminolojileri…) Ortak bir anlaşma zemini olmadan bu sistemleri benimsemenin somut yararlarını görmek ve değerlendirmek mümkün değildir. Bir yerlerden, bir şekilde başlanmalı ve sonuçlar yaygınlaştırılacak şekilde paylaşımlı çalışma yöntemleri benimsenmelidir.
- Hastalık Yönetimi yaklaşım ve teknikleri, önceliklere göre belirlenecek hastalıklar için küçük ama ölçeklenebilir bir şekilde uygulamaya sokulmalıdır. Hastalık yönetimi yaklaşımlarının başarıya ulaşması için, önceki maddelerde sayılan adımlar somut olarak atılmış ve sonuçları değerlendirilmiş; uygulama planları netleştirilmiş olmalıdır.
- Bütün bu yetkinliklerin gelişmesinin temel unsuru öğrenmeye ve eğitilmeye açık, motivasyonu tam, yaptığı iş kurumunca takdir gören "İNSAN" dır. Sistemler problem çözmezler, sistemler tanı koymazlar, sistemler hastaya gülümsemezler, elini tutmazlar; sistemlerin üstün yanı, büyük hacimde veri ve enformasyonu depolayabilmeleri ve ihtiyaç duyulduğunda bunlara erişim sağlayabilmeleridir.

Kalite, medikal malpraktis ve sağlık reformu

Beril Öngen

Üzerinden 10 yıl geçmesine rağmen, Amerikan Tıp Enstitüsü'nün (*Institute of Medicine, IOM*) 1999 yılında yayınladığı "To Err is Human" (*Hata Insana Mahsustur*) adlı raporu hala kalite, tıbbi hata ve medical malpraktis tartışmalarının orta yerinde bulunmaktadır. Yayınlandığı günden bu yana en çok referans gösterilen *tıbbi hata sonucu gerçekleşen ölüm sayıları* bu rapordan alınmaktadır. 1980 ve 1990ların başında New York ve Colarado eyaletlerinde yapılan iki çalışmanın sonuçlarını değerlendirerek ülke geneli için istatistiki çıkarımlar yapan rapora göre, her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde 44,000 ile 98,000 kişinin tıbbi hatalar sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Aslında *'her yıl 98,000 kişi öliyor, ya da geçen yıl Amerika'da tıbbi hatalar nedeniyle 98,000 kişi ölmüştür'* şeklinde müspet ve kesin bir tesbit yapılmamakla birlikte, IOM raporuna atıfta bulunulduğunda genellikle tahmini aralık yerine "*Her yıl ABD'de tıbbi hatalardan dolayı 98,000 kişinin öldüğü belirlenmiştir*" benzeri, çok da doğru olmayan cümleler kullanılmaktadır. Her halukarda, bu raporun ABD'de ciddi bir kültür değişimine sebep olduğunu iddia etmek mümkündür. O zamana kadar konuşulmayan ya da kapalı kapılar ardında konuşulan bu konu birden medyada geniş yankı bulmuş; akademik araştırma ve müfredatların önemli bir parçası haline gelmiş; ülkenin dört bir yanında sivil toplum kuruluşları ve hasta güvenliği dernekleri kurulmuş; hasta güvenliği hizmet sağlayıcıların jargonunda, kalite göstergelerinin takibi ise iş listelerinde ilk sıralara oturmuş ve nihayet federal hükümet de dahil olmak üzere sigorta kurumları tıbbi sonuçlar ve önlenebilir komplikasyonları ödeme yapılarına dahil etmek üzere girişimlere başlamıştır.

Kalite ve tıbbi hatalarla birlikte geçtiğimiz günlerde gündemi ekseriyetle meşgul eden diğer bir husus da, medikal malpraktistir. ABD'inde hata ya da ihmal sonucu zarar gören hastaların kayıplarının tazmin edilmesi federal değil eyalet hükümetlerinin salahiyetindedir ve eyaletler arasında farklılık göstermektedir. Sorumluluk hukukunun *(tort law)* bir parçası olan medikal malpraktis sisteminde, haklı bulunan davacının uğradığı ekonomik kayıplar (ihtiyaç duyulan ve gelecekte duyulabilecek tıbbi tedavinin masrafı, işgücü kaybı vb) ve ekonomik olmayan kayıplar (manevi) jürinin uygun bulduğu miktarlarda tazmin edilmektedir. İşte bu manevi kayıpların bedellenmesi hususu genellikle eleştiri oklarına hedef olmaktadır çünkü farklı jüriler birbirinden çok farklı ve zaman zaman da çok yüksek tazminatlara karar verebilmektedir. ABD genelinde dava başına ödenen ortalama tazminat $325,000 civarında iken bu risklere karşı hekimlerin satın almak durumunda kaldığı malpraktis sigortalarının yıllık bedelleri ise $200,000'lara çıkabilmektedir (Örn. Florida, OB/GYN). Medikal malpraktis sistemine yöneltilen diğer eleştiriler arasında; zarar gören hastaların büyük çoğunluğunun dava etmediği, dava eden hastaların altıda birinin herhangi bir tazminat almadığı, ortalama bir davanın sonuçlanmasının 5 yıl civarında sürdüğü ve kazanılan her doların 54 sentinin avukat ve diğer mahkeme masraflarına gittiği bulunmaktadır. Asıl tartışma, medikal malpraktis sisteminin hasta güvenliğine olumlu katkısı olup olmadığından ziyade, maliyetlere olan etkisi üzerinedir. Malpraktis sigortası fiyatlarından ya da tazminat bedellerinden (ki Harvard Üniversitesi araştırmacılarına göre malpraktif davalarının yıllık toplam maliyeti $10 milyar dolar civarında) daha önemlisi; artık "*defensive medicine*" yani *"defansif tıp"* ibaresiyle kullanıma yerleşmiş olan dava edilme korkusunun hekim davranışı ve dolayısıyla da maliyetler üzerindeki etkileridir. Örneğin, geçtiğimiz haftalarda *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*'da yayınlanan bir araştırmada ankete katılan 600 kalp uzmanının %24'ü dava edilme korkusunun tanı aşamasında bazı testleri isteme kararlarında etkisi olduğunu ifade etmiştir. Defansif tıbbin sisteme maliyeti konusunda çok net bir rakamlar bulunmamakla birlikte, Amerikan Tabipler Odası $200 milyar civarında meblağlar telaffuz etmektedir. Malpraktis sisteminin iyileştirilmesi yönünde sunulan önerilerin en başında (özellikle de Cumhuriyetçiler tarafından desteklenen) tazminat miktarlarına limit getirilmesi yer almaktadır. Tartışmanın en can alıcı noktası olan tazminat limitleri tabipler odasıyla avukatları da karşı karşıya getirmiş durumdadır: lobi gücü oldukça fazla olan avukatlar birliği tazminatlara getirilecek limitlerin sistem genelinde çok ufak (yıllık toplam harcamaların yaklaşık %0.5 ile %2si arasında) tasarruflar yaratacağını, bu ufak hesapların (IOM raporuna da atıfta bulunarak) hastaların güvenliğini erozyona uğratmaya değmeyeceğini iddia etmektedir. Malpraktis sistemini iyileştirmeye yönelik diğer önerilerden biri ise davaların halk jürileri yerine, İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda'da olduğu gibi bağımsız eksper paneller tarafından değerlendirilmesidir. Ayrıca malpraktis sistemi ile kalite arasında organik bir bağ kurularak, mahkum edilebilecek tazminat seviyelerinin ilgili hekimin kalite indikatörlerine/ hasta güvenliği programlarına iştirakine/klinik kılavuzları kullanımına bağlanması gibi öneriler de bulunmaktadır.



Bunlara rağmen, gerek Başkanlık seçimlerinde, gerekse sağlık reform tartışmaları sırasında oldukça gündemde olan malpraktis yapısı, geçtiğimiz aylarda Kongre'den geçirilen reform yasasıyla önemli bir değişikliğe uğramamıştır. Yasa, sadece 2011 itibarıyla eyaletlere alternatif malpraktis sistemlerini geliştirmeleri ve denemeleri için 5 yıllık hibeler öngörmekte ve ücretsiz kliniklerin kadrolarına sorumluluk hukuku altında birtakım yasal korumalar getirmektedir. Son günlerde Obama yönetiminden yapılan açıklamalar da, sisteme federal bir yaptırım getirmek yerine, topu eyaletlere atmak ve onların bu alanda yapacakları girişimleri desteklemek yönündedir. Görünen o ki, malpraktis sistemi bu zamana kadar olduğu gibi eyaletler platformunda ele alınmaya devam edilecektir.

***Resim**: Sağlık reformu Kongre'de görüşüldüğü günlerde Texas'tan bir sokak tabelası: "Obama reform yasası küçük işletmelere zarar verecek, onun yerine maliyetleri düşürmek için sorumluluk hukuku reformu!"*

hospital **manager**

Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri



Hospital Manager dergisi her yıl sağlık sektöründe başarı gösteren yönetici ve girişimcileri ödüllendiriyor. Sağlık sektöründe işletmeci ve yönetici olarak çalışanlar bu ödüllere bizzat başvurabiliyor ya da aday gösterilebiliyorlar.

Ödülün Amacı

Ülkemizde sağlık sektöründe başarılı yöneticileri teşvik etmek ve sağlık kuruluşlarında yönetim becerilerinin gelişimini desteklemektir.

Kimler Katılabilir

Kamu ya da özel sağlık kuruluşlarında yönetici pozisyonunda bulunan tüm çalışanlar ve özel sektör girişimcileri bizzat başvurabilir ya da aday gösterilebilir.

Başvuru Yöntemi

Başvurular kişinin kendisi ya da aday gösteren tarafından adayın aşağıda değerlendirme kriterlerinde belirtilen tüm özelliklerini içeren dosyasını yedi kopya olarak 30 Mayıs 2010 tarihine kadar aşağıdaki adrese ulaştırması yeterli olacaktır.

Başvuru Adresi

Hospital Manager
Kuleli Sokak No: 57-1 G.O.P. Ankara Tel: (312) 446 9114

Son Başvuru Tarihi

30 Haziran 2010

Ödül Kategorileri

1 Yılın En Başarılı Sağlık Yöneticisi
2 Yılın En Başarılı Sağlık Girişimcisi
3 Yılın En Başarılı Kamu Sağlık Yöneticisi
4 Yılın En Başarılı Medikal Yöneticisi
5 Yılın En Başarılı Hemşire Yöneticisi

Ödül Gecesi

Ödüller Kasım 2008'de İstanbul'da düzenlenecek gecede sahiplerine ulaştırılacaktır.

Ödül Kriterleri

i) Yöneticinin eğitim geçmişi, aldığı yönetim eğitimi, katıldığı seminerler, eğitimler, kongreler ve konferanslar
ii) Yöneticinin sağlık yönetimiyle ilgili yayınları, verdiği konferanslar, eğitimler, seminerler ve yaptığı konuşmalar
iii) Yöneticinin profesyonel ve sivil toplum kuruluşu üyelikleri
iv) Yöneticinin kuruluşuna/topluma kazandırdığı başarılar; yenilikler, gelir artışı, büyüme, ödül, vb.
v) Girişimcinin ortaya koyduğu büyüme, gelir artışı, ödüller

Ödül Jüri Üyeleri


Prof. Dr. Barış Diren


Prof. Dr. Metin Çakmakçı


Prof. Dr. Melih Bulut


Yaşar Yıldırım


Bülent Kiymir


Oğuz Engiz


Meri Bahar

Hasta Memnuniyeti:
Kazanımı, Ölçümü ve Ölçüm Sonuçlarının Performansa Yansıtılması



1. Hasta, "bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür."

Hastaların psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri incelendiğinde beş temel psikolojik ve üç temel sosyo-kültürel ögenin hasta memnuniyetini etkilediği görülmektedir.

Psikolojik ögeler;

- kişilik,
- algılama,
- motivasyon,
- tutum,
- yenilikçilik düzeyi

olarak tanımlanırken, sosyo-kültürel ögeler ise

- sosyal sınıf,
- kültür
- aile ilişkileri

olarak tanımlanmaktadır.

Kişilik Hastalar kendi kişilikleri ile veya çevreye yansıtmaya çalıştıkları kişilikleri ile satın aldıkları hiz-

Hastalar, sağlık kuruluşu seçimini, o kuruluş hakkında elde ettikleri algılamalar ve imaj ile yaparlar. Seçim sonrası görüşleri de algılamalarına bağlı olarak değişir.

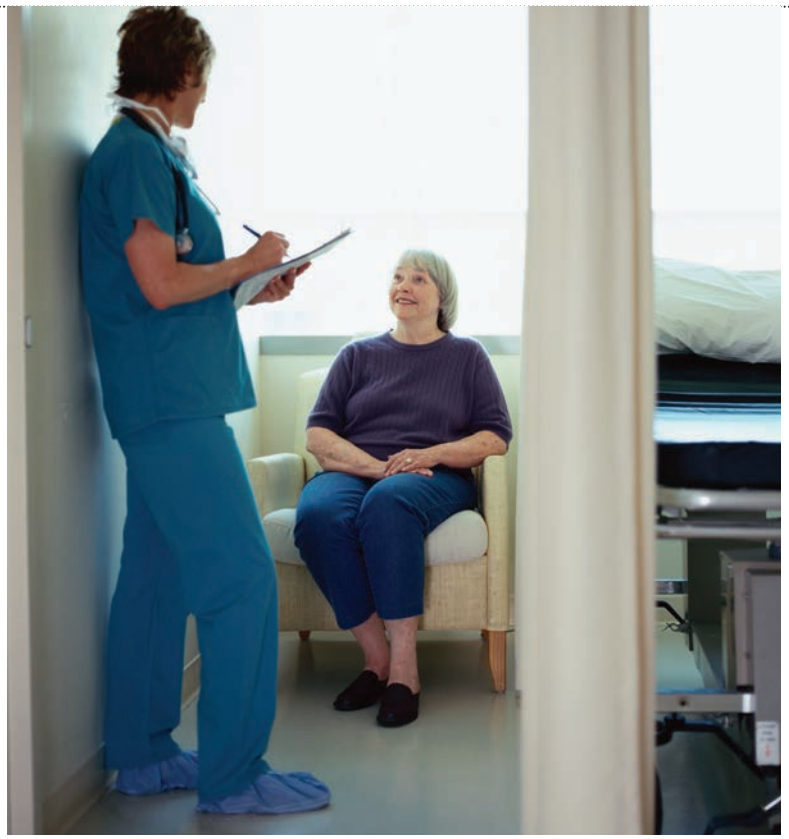
metin imajını karşılaştırırlar ve uyumlu olmasına dikkat ederler. Genç olmayı, hareketli ve enerjik kalmayı kendi kişiliği ile bağdaştıran bir hastaya benzer şekilde yaklaşılması, daha fazla konuşulması ve çevresinin onun seveceği şekle sokulması memnuniyetini olumlu etkileyecektir.

Algılama Hastalar, sağlık kuruluşu seçimini, o kuruluş hakkında elde ettikleri algılamalar ve imaj ile yaparlar. Seçim sonrası görüşleri de algılamalarına bağlı olarak değişir.

Motivasyon İnsanlar, bir hizmetin yardımı ile ne kadar çok ihtiyacını karşılarsa, o kadar çok fayda sağlarlar. Motivasyon ise gideremedikleri ihtiyaçları ve gerçekleştirmek istedikleri karşısında, insanları harekete geçiren itici bir güçtür. Insanları motive eden güç, ihtiyaçlarını karşılayabilme umududur. Hastalar hizmeti satın almadan önce ne kadar çok motive olmuşlar ise, kullanım ve faydalanma sonrası tatmin yada hayal kırıklıkları da o derecede yüksek olacaktır.

Tutumlar Tutumlar ve inançlar birbirini destekleyen güçlerdir. İnsanlar herşeye karşı tutum geliştirip inanç oluşturabilirler. Dolayısı ile, bir hastanenin reklamlarına, tanıtımına, satış gücüne, yansıttığı imaja, hizmetlerine karşı oluşabilecek en basit negatif bir tutum veya ters yönlü inanç, potansiyel hastaları soğutabilir ve alternatiflere yönelmesine neden olabilir. Asla unutmamak gerekir ki hastalar bu konuda oldukça acımasız olabilirler. Eğer hastaların ilk edindikleri izlenim olumlu ise, tutumları da olumlu olacak ve ilk bulundukları aşamadan (-ki bu aşamalar i) haberdar olma, ii) karşılaştırma yaparak

İnsanlar, bir hizmetin yardımı ile ne kadar çok ihtiyacını karşılarsa, o kadar çok fayda sağlarlar. Motivasyon ise gideremedikleri ihtiyaçları ve gerçekleştirmek istedikleri karşısında, insanları harekete geçiren itici bir güçtür.



karar verme ve satınalma ile iii) tatmin olma aşamasıdır.) bir sonrakine geçmek için bir kıvılcıma sahip olacaklardır.

Yenilikçilik Düzeyi Zaman ilerledikçe bir alanda geliştirilen teknolojik yenilik, bilginin bilgiye uyarlanması ile hızla diğer alanlara atlamaktadır. Bir lazer ışığının ne kadar çok çeşitli amaçlarla kullanıldığı buna çok basit bir örnektir. Piyasaya sürülen yeni hizmetler kullanıcılarına artık daha fazlasını vermektedirler. Hastaneler de sundukları hizmetler ile hastalarına daha fazla olanaklar, kullanım kolaylığı, fayda, zaman tasarrufu sağladıkça, onların daha fazla tatmin olmalarını sağlayabilirler. Tatmin öncelikli olarak yenilikçilik düzeyi yüksek olan hastalar da belirir. Hastalarda oluşturulan her artı tatmin, yeni hastalar ve olumlu izlenimler demektir.

Sosyal Sınıf
İnsanların fiziksel ihtiyaçları dışında, refah düzeyini arttırmak (zenginleşmek), diğer insanlar tarafından fark edilmek ve takdir edilmek (prestij kazanmak), kişisel seçim haklarını ve alternatifleri genişletmek (güç shibi olmak) gibi ihtiyaçları da olabilmektedir. Kişiler bu ihtiyaçlarını, bulundukları sosyal sınıflarda karşılamaya çalışırlar. Daima bir üst düzey sosyal sınıfa geçmeye çalışmanın nedeni ise, sözkonusu ihtiyaçların orada daha çok giderilebileceği umududur. Hastalara verilen hizmetlerde, insanlarda bulunan bu ihtiyaçlara dikkate edilmeli ve gerekirse bu ihtiyaçların tatmin edilmesine yer verilmelidir.

Kültür Hastaların tatminini sağlamak için, hastaların sadece fiziksel ve medikal ihtiyaçlarını gidermek yeterli olmayacağından, sunulan hizmetin yansıttığı kültürün ve değerlerin, hastalarınki ile uyum ve benzerliğine dikkat edilmelidir.

Aile Hastalar, asla tek başlarına birer tüketici olarak kabul edilmemelidir. Hasta tatmininin sağlanabilmesi için gerekli şartlardan birisi de, bir hastaya sunulan hizmeti, yakınlarının beğenmesi demektir. Örneğin; poliklinik hizmeti verilen bir çocuk ya da yaşlı hastanın, alınan hizmetten tatmin olması, öncelikle refa-

Piyasaya sürülen yeni hizmetler kullanıcılarına artık daha fazlasını vermektedirler. Hastaneler de sundukları hizmetler ile hastalarına daha fazla olanaklar, kullanım kolaylığı, fayda, zaman tasarrufu sağladıkça, onların daha fazla tatmin olmalarını sağlayabilirler.



poliklinik hizmeti verilen bir çocuk ya da yaşlı hastanın, alınan hizmetten tatmin olması, öncelikle refakatçilerinin verilen hizmetten memnun kalması ile sağlanabilecektir. Aile bireylerinin hizmet kalitesi ve yeterliliğinden memnun olması, hasta tatminini önemli ölçüde etkilemektedir.

katçilerinin verilen hizmetten memnun kalması ile sağlanabilecektir. Aile bireylerinin hizmet kalitesi ve yeterliliğinden memnun olması, hasta tatminini önemli ölçüde etkilemektedir.

2. Hasta Memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunuluşunun sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur.

Hasta memnuniyetinin korunması ve arttırılması için, hastanın hizmeti satınalma öncesinde hizmetten haberdar olmasından, onunla ilişkisi tamamem kesilene kadar geçen süreçte yukarıdaki tanımda belirtilen faktörlere zaman içinde doğru karşılık verilmesi gerek ve yeter şarttır. Hasta tatminini etkileyen kriterler olarak hijyen, ilgi, teknolojik altyapı, zamanlılık gibi hizmetin fiziksel özelliklerinin yanısıra, ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilen, uygun fiyatta ve uygun kalitede olma kriterleri de gözönünde bulundurulmalıdır.

Hastaların, sunulan hizmetlerle ilgili beklentilerini etkileyen dört temel olgu vardır:

- hastanın medikal (tıbbi) ihtiyaçları,
- diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübeler,
- sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları
- zihinlerindeki kalite tanımı.

Kişilerin medikal ihtiyaçları, kendilerini rahatsız hissetmeleri, kaza ya da daha

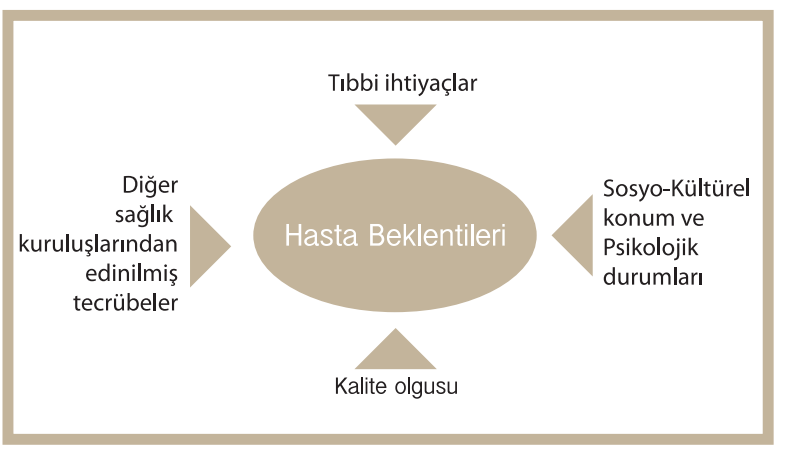
Hasta tatminini etkileyen kriterler olarak hijyen, ilgi, teknolojik altyapı, zamanlılık gibi hizmetin fiziksel özelliklerinin yanısıra, ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilen, uygun fiyatta ve uygun kalitede olma kriterleri de gözönünde bulundurulmalıdır.

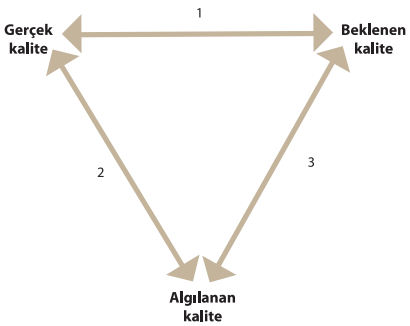
farklı sağlığı bozucu bir etkileşime girmeleri ile ortaya çıkmaktadır. Tecrübe olgusu ise, hastaların bir sağlık kuruluşuna gelmeden, önce diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübelerdir. Hastalar, önceki tecrübelerine paralel beklentiler içinde olabilecekleri gibi, yakınlarının bu sağlık kuruluşu hakkında ilettikleri tecrübelerine benzer beklentiler içinde de olabilirler.

Kuruluşlar, müşteri beklentileri ile mal ve hizmetlerin evrensel doğruluğu olan yöntemler ile üretilip sunulma sürecini optimize etmek suretiyle, doğru hizmete hakettiği değerlendirmeyi kazandırabilir. Kuruluş, mal ve hizmet üretim ve sunumunda, çevresel şartları, verimlilik ve maliyet etkinliği, politik doğruluğu, bilimsel ve teknik gereklilik ile ahlaklı ticaret şartlarını yerine getirirken, müşteri hak, ihtiyaç, istek ve beklentilerini de yerine getirmeye çalışır ve bu iki uğraşın çatışmasına izin vermeyecek yönetim becerilerini geliştirir.

Hasta geri bildirimleri ile hedeflenen esas konu gerçek, beklenen ve algılanan kalite olgularını optimize etmek ve hasta memnuniyetini yakalamaktır.

3. Hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve





hassas konudur. Konunun hassasiyetinin en belirgin kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında, herzaman yakalanamıyan bir uyum olma zorunluluğudur. Hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra başka ihtiyaç ve beklentilerinin de olması, salt medikal hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında bir yeniden yapılanma ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Artık sağlık kuruluşları, hastalarının medikal ihtiyaçlarının yanısıra, estetik, duygusal ve kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verebilir duruma gelmek zorunda kalmışlardır.

Hizmet kalitesinin arttırılması üç temel aşamada incelenebilir;

i) kuruluşun altyapısı
ii) kuruluşun işlettiği süreçler
iii) kuruluşun çıktıları

Hizmet kalitesindeki eksiklikler ya da aksaklıklar incelenirken bu üç aşama gözönüne alınmalıdır. Bir sağlık kuruluşunda hasta memnuniyetini orta ve uzun vadede etkileyen en önemli faktör olan sağlık hizmeti kalitesi, ancak, o kuruluşun medikal çıktıları ile ölçülebilir. Bu çıktılar ise, o kuruluş içinde koordine edilen süreçlere bağlıdır. Süreçler de tabiki uygun ve yeterli bir altyapının varlığı ile geçekleşebilir.

Kalitenin yönetilmesinde sağlık kuruluşu çalışanlarının üç temel konuda donanımlı olmaları sağlanmalıdır. Bunlardan birincisi motivasyondur. Çalışanların motivasyonunun ancak kendileri tarafından sağlanabileceği konusu önemlidir. Ikinci temel konu çalışanlar arası iletişimdir. Bu da sistematik yaklaşım ve gerçek takım çalışması ile sağlanabilecektir. Üçüncü temel olgu tüm çalışanların kuruluşlarına bağlılıklarının sağlanması ve kuruluşları içinde insiyatif sahibi ve lider kişiler haline getirilmeleridir.

Hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra başka ihtiyaç ve beklentilerinin de olması, salt medikal hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında bir yeniden yapılanma ihtiyacını da beraberinde getirmektedir.

Rekabet gücünü arttırıp pazarda sürekli hizmet verme gayretinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi sağlık kuruluşları da hizmetlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve ne derecede memnun kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadırlar.

Motivasyon
- Çalışan Katılımı ve Yetkilendirmesi
- Otokontrollü Özgürlük
- Eğitim ve Öğretim

Iletişim
- Amaç Birliği
- Takım Çalışması
- Karar Verme ve Problem Çözmede Bilimsel Yaklaşım

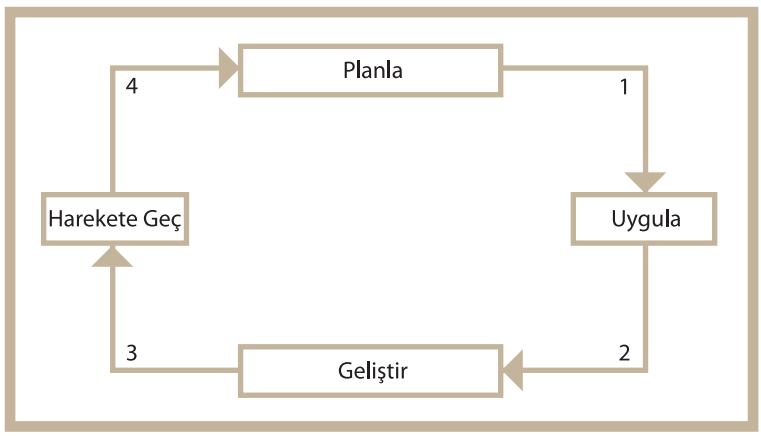
Liderlik
- Kalite Tutkunluğu
- Uzun Dönemli Bağlılık
- Sürekli Süreç Gelişimi

Kalitenin yönetilmesinde kuruluşlara ışık tutan temel araç sürekli kalite iyileştirme modelidir.
- Problem veya iyileştirme alanının tanımlanması
- Sürecin tanımlanması ve yazılı hale getirilmesi
- Süreç performansının ölçümü
- Sebeplerin analizi ve değerlendirme
- Alternatif önerilerin geliştirilmesi ve çözümünün seçimi
- Çözüm önerisinin uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi



4. Hasta memnuniyetinin ölçümü; Rekabet gücünü arttırıp pazarda sürekli hizmet verme gayretinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi sağlık kuruluşları da hizmetlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve ne derecede memnun kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadırlar.

Hastalardan geri bildirim toplamayı ve değerlendirmeyi sürekli hale getiren sağlık kuruluşları;
- verimliliği, etkililiği ve kaliteyi yakalarlar,
- sürekli kalite gelişimi içinde olurlar,
- kalite odaklı kurumsal kültür oluşumunu hızlandırırlar,
- rekabet güçlerini arttırıp, sektör lideri olurlar.





Hasta memnuniyeti ölçümlerinin
1. Amaçlara uygun hazırlanmış olması
2. Çalışanları ya da hastaları rencide edici unsurlar bulundurmaması
3. Kolay ve az maliyetli uygulanabilir olması
4. Sonuçlarının sistematik olarak analiz edilebilir olması

dikkat edilecek temel kriterlerdir.

Sağlık kuruluşları için son derece önemli olan hasta sadakati, "Hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirip, diğer yandan hastanenin hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesi" olarak tanımlanabilir.

Hasta Memnuniyet Ölçüm Yöntemleri:

- Odak Grup Çalışması: Küçük bir hasta grubu (8 ile 12 kişi) ile yürütülür ve çalışmayı koordine edenin hastaların belirli konularda görüşlerini alması ile gerçekleşir.
- Kritik Olay Değerlendirmesi: Uygulayıcı hastaya belirli bir olay hakkında soru sorar ve kritik gördüğü konuları açıklamasını ister.
- Direkt Gözlem: Uygulayıcı hastaları yakından izler ve ihtiyaçları ve memnuniyetlerini yakından gözler. Alternatif olarak uygulayıcı bir hasta gibi de davranabilir.
- Mektup ve Önerilerin Içerik Analizi: Hastaların yazdıkları mektuplar içerik açısından incelenir ve analiz edilir.
- Yazılı Anketler: Hastaların hastanede kaldıkları belirli bir gün sonunda doldurmaları ya da evde doldurup yollamaları istenir.
- Arşiv Çalışması: Hastaların bazı tutum ve davranışları kaydedilir ve buradan hastaların nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadıkları arşivlenir (örneğin tepside bırakılan yemek çeşitlerinden hastaların yemek tercihleri öğrenilebilir).
- Telefon Anketleri: Yazılı anketler gibidir ancak hastalar sorulara telefonda cevap verirler.
- Yüz Yüze Görüşme: Uygulayıcı hastaya belirli konulardaki görüşlerini yüz yüze görüşerek sorar.

5. Ölçüm Sonuçlarının Performnsa Yansıtılması Ham veri tek başına hiçbir şey ifade etmeyecektir. Hastaların ihtiyaçları, beklentileri ve memnuniyeti hakkında toplanan verilen dikkatlice değerlendirmeye tabi tutulmaları gerekecektir. Bu değerlendirme bize,

- mevcut performans hakkında bilgi verir
- gelişim için karşılaşılan fırsatları belirtir
- farklı fırsatlar arasından öncelikleri sıralamamızda ve
- gelişimin sağlanabilmesi için ana problem nedenlerini belirlememizde yardımcı olur.

Hasta memnuniyeti ölçümünün takibinde uygulama ekiplerinin en çok yararlandıkları ve kullandıkları araçlar istatistiksel süreç kontrol araçlarıdır. Bu araçlar bütünüyle sorunlara sebebiyet veren hatalı ya da eksik uygulamaların belirlenmesi ve bu olumsuzlukların giderilmesi için çözüm önerileri geliştirilmesi ve işleme konulması ile işleme konan önerilerin etkilerini ölçmek amacıyla geliştirilmişlerdir.

- Yeni bir sürecin ya da eskisinin yeniden tasarlanmasında iş akış şemaları kullanılabilir
- Beyin fırtınası oturumları yaratıcı gelişim konusunda yararlanılabilir
- Pareto Analizleri geliştirme çalışmalarının problem noktaları üzerindeki etkisini ölçmede kullanılabilir
- Kontrol şemaları süreç üzerindeki değişikliklerin etkisini ölçmede kullanılabilir.

6. Hasta Sadakati: Önceki bölümlerde de değindiğimiz gibi hasta memnuniyetinin bir davranış olmadığı, ancak davranışı etkileyen beklenti ve algılamalardan oluşan bir duygu olabileceğini saptamıştık. Ayrıca hasta memnuniyetinde genellikle hastanenein hastaları kapsandığından, pazarın durumu, rakiplerin performansı gözönünde bulundurulmamaktadır. Rekabetin yoğun yaşandığı günümüzde, hastaların sürekli artan beklentilerini, onlara rakiplere göre fazladan birşeyler sunarak karşılamak ve kuruluşa bağlı hastalar yaratmak gerekliliği ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bu aşamada karşımıza çıkan kavram "hasta sadakatidir".

Sağlık kuruluşları için son derece önemli olan hasta sadakati, "Hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirip, diğer yandan hastanenin hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesi" olarak tanımlanabilir.

Hastaların sağlık kuruluşuna sadık olmasının yararları ayrıntılı olarak incelendiğinde hasta sadakati adı verdiğimiz davranışın en temel etkisinin hastayı elde tutma olduğu görülmektedir. Sadık hasta sonraki hizmet ihtiyaçlarında aynı sağlık kuruluşunu tercih eder.

Hasta sadakatinin diğer bir etkisi de memnun hastaların sunulan hizmetleri potansiyel hastalara tavsiye etmesidir. Gerçekten de yeni kazanılan hastaların yarısına yakın bir kısmının, kuruluşun sürekli hastalarının tavsiyeleri ile elde edildiği araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur. Artık kuruluşlar sadık hastalarla çalıştıklarında, elde edecekleri kazancı hesaplamaktadırlar. Örneğin ABD'de hayatı boyunca bir özel hastaneden hizmet alan hastadan (ortalama büyüklükteki ailesi ile birlikte) elde edilebilecek değerin 250 000 $ olduğu belirlenmiştir. Yeni bir hasta kazanma maliyetinin eski bir hastayı elde tutma maliyetinden 5-6 kez daha fazla olduğu araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur.

Hasta ile güvenilir bir işbirliği elde edildiğinde, yani sadık bir hasta yaratıldığında, bu hasta kuruluşun sunduğu hizmete pazardaki diğer benzer hizmetlerin tutarından daha fazlasını ödemeye hazırdır. Bu da kuruluşun karlılığına doğrudan etkisi olan bir unsurdur.

Tüm bu etkilerin kuruluş için anlamı ise; mevcut ve tekrarlı hastalardan gelir, pazar payındaki artış, hasta kazanma maliyetinde ve işletme giderlerinde azalma, sonuç olarak kuruluşun karlılığıdır. ■

Kalite konusunda kamu-özel ayrımı yapılmamalı

"Kalite bilinci istenilen seviyede değil. Bu bilinç sadece hastanelerin çalışmalarıyla değil, hastaların talepleriyle de artacak. Kalite standardı oluşturma ve kriterleri ölçme konusunun çok iyi yönetilmesi gerekir. Tüm sektörün yönetim ve denetimi özel-kamu ayrımı olmadan yapılmalı"



Kadıköy Şifa Sağlık Grubu Kurumsal Performans ve Kalite Müdürü Mehmet Aydın,

Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin uygulanabilirliği konusunda neler düşünüyorsunuz?

Sağlık kuruluşu olarak bizlerin hata yapma lüksü yoktur. Meydana gelebilecek bir hatada etkilenen doğrudan insandır ve bu durum çoğu zaman telafisi imkânsız sonuçlar doğurmaktadır.

Özel hastaneler hizmet kalite standartları, hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları vb. çalışmalar toplam kalite yönetimine ilişkin, son dönemde atılmış adımlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kalite konusunda çeşitli hastanelerin münferit çabaları olmakla birlikte bilinç şu anda istenilen seviyede değildir. Bu bilince sahip hastaneler European Foundation for Quality Management (EFQM) Mükemmelik Modeli, Joint Commission International (JCI) akreditasyonu ve International Organization for Standardization (ISO) belgelendirmesi vb. kalite sistemleri ile hizmet kalitelerini ve standartlarını üst seviyeye taşımaya çalışıyorlar. Ancak bu bilinç sadece hastanelerin çalışmalarıyla değil, buralardan hizmet alan hastaların talepleriyle de artacaktır. Gelişmiş ülkelerde hastalar hastaneye gitmeden önce hizmet

standartları, başarı oranları, doktorunun tecrübesi vb. kriterleri sorgulamaktadırlar. Bizler de birey olarak bu sorgulamaları yapmaya başladığımızda hastanelerimiz kalite çalışmaları yapmak ve performans sonuçlarını açıklamak zorunda kalacaklardır. Bu yüzden hastanelerimizle birlikte hizmet alan birey olarak bizlere de çok iş düşüyor.

"Sağlıkta Kalite" kavramını hem sistem bazında, hem de uygulama olarak değerlendirir misiniz?
Başarılı bir planlama yapabilmek için; mevcut kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, sunulan hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynakların, gerekse hizmete ihtiyacı olan kimselerin ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmetten yararlananların ve hizmeti sunanların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir.

Sağlık hizmetinde kalite kavramından söz ederken öncelikle sağlık hizmetini özel kılan önemli noktaları doğru tanımlamak gerekir. Bunlar;
Sağlık hizmetlerinde hastalar satın alacakları hizmetlerin miktar ve kalitesini çok net tayin edemezler çünkü kişinin hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir.

Bununla birlikte sağlık hizmetleri, diğer sektörlerdeki hizmetlerin aksine standart değildir ve hastalar çoğunlukla satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında genellikle sınırlı bilgiye sahiptirler.

Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlamak güçtür, bu hizmetler ikame edilemediği gibi, aynı zamanda ertelenemezler ve en önemlisi sağlık hizmetlerinin sunumunda hataya yer yoktur. Bu konuda ABD'de yapılan bir araştırmaya göre, yılda 44 bin – 98 bin kişi önlenebilir tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybetmektedir.

Kurumunuzda kalite süreçleri nasıl işliyor?
Kadıköy Şifa Sağlık Grubunda 2000 yılında, Yönetim Kurulu tarafından başlatılan Sürekli Kalite Gelişimi (SKG) Programı çerçevesinde, mevcut durum değerlendirmesi sürecine başlanmıştır. Bu program çerçevesinde yürütülen yeniden yapılanma sürecinde, organizasyonel açıdan da yenilenme başlamıştır. EFQM Mükemmellik Modelinin, 2005 yılında Kurumsal Yönetim Modeli olarak uygulanmaya başlanması ile birlikte, mükemmellik kültürünü içselleştirmek için kurum içi ve dışı eğitimlere ağırlık verdik ve bu eğitimleri oryantasyon programımız çerçevesinde tüm çalışanlarımız için zorunlu hale getirdik.



Eğitimlerimiz devam ederken bir taraftan da süreçlerimizi gözden geçirerek gerekli düzenlemeleri yaptık.

Hastanemizde süreç liderleri, ilgili süreçte yer alan, süreci iyi bilen, sürece önemli katkısı olan ve ekibini yönlendirebilen kişilerden seçilmiştir. Özellikle kilit süreçlerimiz olarak tanımlanan operasyonel süreçlerin liderlerini uzman hekim kadrosundan oluşturarak gönüllü hekimlerin bu sürece hızlı bir şekilde katılmalarını sağladık. Süreç ekipleri, kendi içlerinde planladıkları düzenli toplantılarla, süreçlerinde meydana gelen aksaklıklar üzerinde fikir paylaşımı yapma, iyileştirme noktaları belirleme, çözüm önerilerinde bulunma, ölçüm sonuçlarını tartışma ve karara bağlanan uygulamaları hastane geneline yayma konularında yetkilendirildi. Aynı zamanda "Ölçmeden İyileştiremezsiniz" gerçeğinden yola çıkarak tüm süreç ekipleri performans göstergeleri belirleyerek süreçlerini ölçmeye ve iyileştirmeler için girdi toplamaya başladı.

Elde ettiğiniz sonuçlar nasıl?
Modeli uygulamaya başladığımız 2005 yılından beri sonuçlarımız yıllar bazında olumlu eğilim gösterdi. Yüzde 89 olan çalışan genel memnuniyetimiz yüzde 94'e, hasta memnuniyetimiz yüzde 92'den yüzde 95'e, hasta tavsiye etme oranımız yüzde 94'ten yüzde 98'e ulaştı.

Bir takım ruhu içinde gerçekleştirdiğimiz çalışmalarımızla 2007 yılında Mükemmellikte Yetkinlik 4 Yıldız Belgesi'ni, 2009 yılında Ulusal Kalite Ödülü sürecinde, Kamu Sektörü Sağlık Hizmetleri Kategorisinde Ulusal Kalite Büyük Ödülünü almaya hak kazandık.

Sektörde kalite egemenliği sağlamak için genel hedefler ne olmalı?
Sağlık sektörü şu anda yeniden yapılanma sürecinde. Ancak bu konunun çok iyi yönetilmesi gerekir. Tüm sektörün yönetim ve denetimi özel-kamu ayrımı olmadan yapılabilmeli. Kalite bilincine sahip, bu konuda çalışmaları olan bizim gibi kurumlar örnek olma, örnek gösterilme, teşvik etme gibi motivasyonlarla sektöre katkıda bulunabilir. Kaliteyi daha egemen bir hale getirebiliriz. Bu konuda üzerimize düşen sorumluluğun farkındayız, kıyaslama ve bilgiyi yayma şeklindeki gayretlerimiz sürüyor. ■

Kalite yolculuğunun neresindesiniz?



Ömer Demir
Siemens Global Solutions

Kalite için en beğendiğim benzetme bir yolculuk olduğudur. Bitmeyen ve bitmemesi gereken bir yolculuk… Bu yolculuğun en güzel yanı yolculuk sırasında yanımızda kılavuz olarak uluslar arası tecrübelere dayanan standartların olması. Durum böyle olmasına rağmen ne yazık ki birçok kurum ya bu yolda yürümemekte ya da yarı yolda vazgeçmektedir. Peki ya devam eden kurumlar? Dünyanın en büyük şirketlerine baktığınızda hepsinin bu yolculukta yer aldıklarını görüyorsunuz. Sürekli iyileştirme döngüsü ile çalışmalarına devam etmekteler.

Dünyadaki Sağlık Sektörü kalite çalışmalarına baktığımızda aslında çok daha detaylı bir çalışma ve standardizasyon görüyoruz. Daha bir sağlık tesisinin tasarımında ciddi standartlar ve gereklilikler ile karşı karşıyayız. Çünkü bir sağlık işletmesinin varlık nedeni ve ana çalışma sebebimiz "İnsan". Konu insan olunca salt kalite standartları ile ilerlemek yeterli olmuyor. Bir hastanın daha kapıdan girdiği andan itibaren başlayan klinik süreçleri belli standartlara göre yapmazsanız sonuç bir insanın yaşamı ile sonuçlanabilir. Bu ise en istenmeyen durumdur. Sağlık dışı sektörlerde özellikle kurumsallaşamama, işlet-

me körlüğü, standart dışı çalışma gibi sebeplerle ortaya genellikle ayıplı ürün veya hizmet gibi maddi sonuçlar çıkmaktadır. Sağlık sektöründe bu durum karşımıza en basit sonuç olarak çıkıyor. Sakat kalma, Yanlış Taraf Ameliyatları ve en önemlisi hastanın kaybı. Burada en önemli konu ise "Hasta Güvenliği". Özellikle "Yanlış Kişi Ameliyatları" veya "Yanlış Taraf Ameliyatları" ciddi bir sonuç olarak gelişmiş ülkelerde dahi karşımıza çıkmaya devam edebiliyor gösterilen bütün çabalara rağmen…

Uğraştığımız ana işimiz İnsan ve sonucu ise İnsanın Yaşam Kalitesinin artmasıdır.

Bir hastanın, acil servise bilinçsiz halde ve ana fonksiyonları durma noktasında ulaştığı andan itibaren hummalı bir insan hayatını kurtarma çabası başlar. Ana amaç fonksiyonları stabil hale getirip hastayı hayatta tutabilmektir. Gelen vakanın o an için bilinen özellikleri tahmini yaş, cinsiyet ve fiziki durumudur. Bununla beraber herhangi bir ilaca karşı olan reaksiyon durumu, kronik hastalıkları ve tedaviye etki edebilecek diğer bilgilerden mahrumuzdur. Bu şartlar altında bile en iyi hizmeti vermek esastır. Vakamıza devam edecek olursak: acil serviste hastaya müdahale etmek için kullandığımız cihazlar doğru değerleri mi gösteriyor? Acaba bu cihazlar en son ne zaman kalibre edildi? Üzerindeki kalibrasyon etiketine güvenebilir miyim?

Hasta stabil hale getirilip servis katına alındıktan sonraki süreçler doğru ve güncel olarak tanımlanmış, belgelenmiş mi? Hasta, bulunduğu oda içerisinde başka hasta ile yatağını kendisi değiştirdiğinde o hastaya yanlış ilaç ve tedavi yapılmasını nasıl engelliyorsunuz. Hasta ameliyata alındığında hangi ameliyat ve hangi taraf olacağı net tanımlanmış mı? Hasta tekrar hasta katına alındığında kendisi için kullanılan malzemelerin takibi ve faturalandırılması doğru yapılmakta mıdır? Hasta taburcu işlemleri doğru ve tam olarak yapılabilmekte midir?

Peki, bu süreci nasıl yönetiyoruz? Gerçek bir Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) mevcut mu, etkin olarak kullanılmakta mı? Yoksa HB-YS sadece Medula bağlantısı ve fatura kesmek için mi kullanılmaktadır. Tüm operasyonel ve klinik süreç performansları ölçümlenmekte ve iyileştirme çalışmaları yapılmakta mıdır?

Çok kabaca anlattığımız bu süreç



aslında çok daha karmaşık, stresli ve bir o kadar da önemli. Aslında iyi yönetilmediğinde karşımıza:

- Verimsizlik,
- Kalite Maliyeti
- Çalışan Memnuniyetsizliği
- Hasta Memnuniyetsizliği ve
- Gelir Kaybı

olarak karşımıza çıkmaktadır. Peki, kalite bize ne getirecek?

- Tanımlanmış süreçler sayesinde aksamayan hizmet kalitesi
- Sürekli iyileşen operasyonel süreç performansı ve kalitesi
- Klinik sonuçlarda iyileşme ve sağlık hizmeti kalitesinde artış
- Çalışan ve Hasta Memnuniyeti
- Verimlilik
- Karlılık ve en önemlisi de
- Sürdürülebilir bir kurum döngüsü.

Bizlerin bu yolda ilerlerken kullandığı ISO 9000 ve JCI gibi standartların yanında Mükemmeliyet Modelini de kullanıyor musunuz? Mükemmeliyet modelinde ilk madde Liderliktir. Ve hep söylenen "Kalite Liderle Başlar" kuralını burada da görüyoruz. En önemlisi kalite çalışmaları yapan bir kurumun başarısı Lider değişse bile çalışmaların değişmeden devam edebilmesidir. Geçmişte ülkemizde ve dünyada kalite çalışmalarında ilkleri yapan kurumların tepe yöneticileri değiştiğinde kurumun tamamen değiştiği hatta neredeyse piyasadan silindiklerini görüyoruz. Bu sebeple kalite kurumun DNA'sına işlemeli ve bir kurum kültürü haline gelmelidir.

Burada bu standartlara da ciddi bir iş düşüyor. Özellikle çalışanlar açısından kabul görüp yaşatılabilmesi için standartların süreç odaklı bir yapıda olması ve ilave bir yük getirmemesidir. Kurumun üzerinde koştuğu süreçler için ayrı bir efor kalite çalışmaları için ayrı bir efor olmamalıdır. Sürekli ölçme ve iyileştirme felsefesi doğrultusunda kalite standartları bir disiplin olarak destekleyici olmalıdır. ISO standartlarında bu değişimi net olarak görebilmekteyiz. JCI standartları da bu doğrultuda ilerlemekte ve ilerlemek zorundadır. Aksi takdirde Kalite, Kalite çalışmalarının yürütülmesi ile görevlendirilen birimin sorumluluğunda yürüyen bir anlamda zorla yaptığınız bir iş yığını haline gelecektir.

Toplam Kalitenin ana felsefesi olan sürekli ölçme, değerlendirme ve iyileştirme için gereken ölçme ve istatistik konusunda ülke olarak daha ilerlememiz gereken ciddi bir mesafe olduğunu hep birlikte görüyoruz. Sağlıklı bir veri alt yapısının önemli çıktısı etkin süreç iyileştirmesi olacaktır. Bu alanda da ilerleme sağladıktan etkin sonra kurumsal kıyaslama çalışmalarını başlatarak ülke olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına katkıda bulunabiliriz.

Bu anlatılanlar doğrultusunda acaba kurumunuza baktığında ne görüyorsunuz?

Kalite yolculuğunun siz neresindesiniz? ■

Akreditasyonun anahtar meslek grubu hekimler mi?

Yrd. Doç. Dr. C. Gökhan Osmanoğlu
Kalite Koordinatörü
Medicana International

En zor ikna edilen, dirençli, moral ve motivasyon kırıcı hekimler bu işin başarılmasında çok önemli bir rol oynadı ve süreci sahiplendi

Evet yanlış okumadınız… Konuyla bir şekilde ilgilenen hemen herkesin akreditasyon süreçlerindeki anahtar grubu "Hemşireler" olarak gördüğünü çoğumuz biliyoruz. En zor ve dirençli grubun ise –bazı istisnalar dışında- adı bellidir: Hekimler…

Akreditasyonun önemine ve sağlık hizmetinin kalitesine katkısına inanan bizler, hemşirelerimizin bu konudaki desteğini takdir ediyoruz. Beklentiye uygun olarak her aşamada son derece büyük desteklerini verdiler. Ama biz bu hazırlık süreçleri sırasında farklı bir şeyi başardık: Bu da bütün hekimlerimizin yoğun ilgisini ve desteğini almaktı.

"Bu bir takım işidir!" diyerek yola çıktık ve birlikte başardık. Ben de bir hekim, bir cerrah ve bu sürecin liderlerinden biri olarak bu övüncü yaşıyorum. En zor ikna edilen, dirençli, moral ve motivasyon kırıcı hekimler bu işin başarılmasında çok önemli bir rol oynayarak katkı sağladılar ve süreci sahiplendiler. Aslında akreditasyon süreçlerinin tarihsel gelişimine göz atıldığında ABD'de ilk kez hekimlerin ve özellikle cerrahların böyle bir standartlaştırma - risk azaltma aktivitesine ihtiyaç olduğunu ortaya attıklarını görüyoruz. Çünkü sağlıkta akreditasyonun en çok fayda sağladığı grup da hekimlerdir.



Hekimleri ikna etmek zor

Mutlaka vurgulanması gereken bir başka konu da iletişimin önemi... Bilgi konusunda neredeyse her grupla asimetrik bir ilişki yaşayan hekimlerde bu iletişim konusu daha da ön plana çıkıyor. Bu konunun getirilerinin ve yararlarının çok iyi anlatılması gerekiyor; hatta çoğu zaman bu da yetmeyebiliyor; bilimsel destek, literatür desteği gerekiyor. İkna etmek zor oluyor. Meslektaşlarımın ikna edilmesinde, yirmi yıllık bir hekim, on beş yıllık bir cerrah ve beş yıla yakın bir süredir de yönetici olmanın çok yararını gördüm. Kimi hekim arkadaşımın omzuna elimi koyarak, kimine abla – ağabey, hocam diyerek kimine de "Kardeşim sen daha gençsin meslek yaşamının ve kariyerinin ilerleyen aşamalarında bunların önemini daha da iyi anlayacaksın" diyerek yaklaşabildim. Belki de on beş yıl devlette ardından üç yıl da üniversitede çalışmanın sağladığı tecrübenin getirdiği bir rahatlıktı bu. Bir hekim olarak zaafları, riskleri bilmekti belki de. Kısacası, konulara aynı pencereden bakabilmekti. Evet, biz hekimlerimizin yoğun desteğini aldık. Zaman oldu en yoğun anda yardım istedik, zaman oldu gecenin yarısında hastaneye çağırdık. Onların desteği ile başarımız daha da arttı. Burada amacım diğer grupların eşsiz desteklerini küçümsemek değil sadece farklı bir durumun altını çizmek.

JCI akreditasyonu henüz taze

Kalite Direktörlüğü ekibi olarak yolculuğumuz Ağustos 2008'de başladı, Kasım 2008'de Hastanemizin hizmete girmesiyle hızlandı, 3 Mart 2010 tarihinde de JCI tarafından akredite edildiğimizde de tabii ki bitmedi. Yolculuğumuz uzun soluklu ve bitmeyecek bir yolculuk; daha yapacak çok işimiz var.

Bu alanda başarı oranını yükseltmek, değişimi ve iyileştirme faaliyetlerinin sürekliliğini sağlamak için de, akreditasyonun getirdiği yeni sorumluluklarda ve bakış açılarında, hemen her meslek grubundan bireyin/sağlık profesyonelinin anahtar role sahip olduğu düşüncesini kurum kültürünün doğal bir parçası durumuna getirmeyi amaçladık. İnsana doğrudan hizmet sunulan karmaşık sağlık süreçlerinde, yaklaşımlar da bir o kadar hatta daha ileri boyutta insani unsurlar taşımak zorundadır. Bunun en gerçekçi yansıması da hastaların ve yakınlarının bir sağlık işletmesine ve oradaki ekiplere duyduğu saygı ve bağlılık duygusudur.

Hasta güvenliği nasıl sağlanır?

Hasta güvenliği politikası oluşturulmasında beş temel unsur; liderlik, süreç tasarımı, veri toplanması- analizi ve iyileştirme sürecidir.



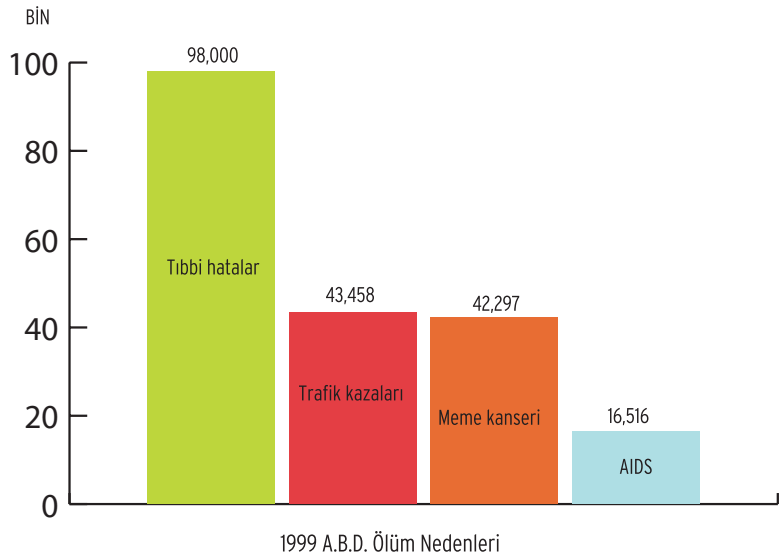
Doç. Dr. Yaman Zorlutuna
Tıbbi Direktör Bayındır Sağlık Grubu

"Primum Non Necere" (Öncelikle Zarar Verme)

Hasta güvenliği için Hipokrat tarafından konulmuş bu en değerli ilkeden zaman zaman sapmalar olduğunu hiç kuşkusuz hepimiz hissediyorduk. Ama bu konuda ilk somut ve ciddi veriyle karşılaşmamız yaklaşık 2500 yıllık bir gecikmeyle gerçekleşti.

1999 yılında Institute of Medicine tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma, bir anlamda tüm gerçekleri su yüzüne çıkarıyordu. Yayınlanan raporda, ABD'de bir yılda 98 bin hastanın tıbbi hatalar nedeniyle kaybedildiği bildiriliyordu. Bu; trafik kazası, meme kanseri ve AIDS nedeniyle ölenlerin toplamının üzerinde bir rakamdı.

Bu gerçek hasta güvenliği konusunda çalışmaların ciddi anlamda ivme kazanmasına neden oldu. Hepimiz tarafından kabul gören tıbbın 3 temel değerinden en önemlisi "İnsana (hastaya) zarar vermekten kaçınmak" ilkesi önemli bir tehdit altındaydı. (Diğer 2 ilke; yaşamı korumak ve ağrıyı ortadan kaldırmaktır) Bu amaçla tıbbi otoriteler ve sivil toplum örgütleri geniş

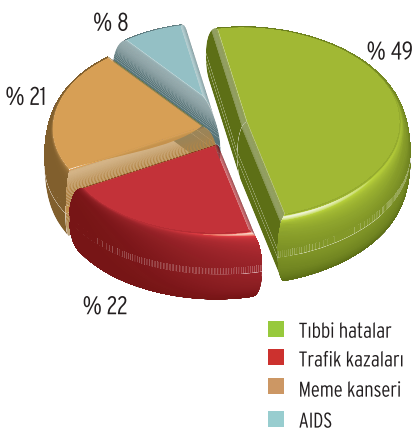


1999 A.B.D. Ölüm Nedenleri

kapsamlı çalışmalar başlattılar.

Hasta güvenliği için 5 ana unsur

Hasta güvenliği denildiğinde; sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemler anlaşılmalıdır.



Hasta güvenliği birçok akreditasyon programında ayrıntılarıyla ele alınmaktadır. Kurum kültürünü oluşturmak için beş ana unsurun yerleştirilmesi gerekiyor. Buna göre, kurumun lider veya liderleri hasta güvenliği politikalarını her alanda destekleyen davranış sergilemelidir; her kurum kendi yapısına özel süreçleri bilimin ve gerçeklerin ışığında tasarlamalıdır; uygulamaların sonuçları mutlaka ölçülebilir olmalıdır, "Veri toplama" olarak tanımlanan bu aşamada bize endikatörler yardımcı olmaktadır, her kurum kendi şart ve gerçeklerine göre süreçleri ölçümleyebilecek endikatörleri belirlemelidir; veriler analiz edilmelidir; ardından iyileştirme sağlanmalıdır.

Hasta güvenliğinde tehditler neler?

Günümüzde hasta güvenliğini tehdit eden bir çok unsur artık tartışılmaz bir biçimde ortaya koymuştur. Bunlardan en önemlileri; yanlış ve yetersiz dokümantasyon, kontrolsüz ilaç uygulamaları, hasta bilgilendirme eksiklikleri, kurum içi iletişim yetersizliği, tıbbi cihaz kalibrasyon hataları, uygulamalarda çift kontrol kuralına uyulmamasıdır.

En az bunlar kadar önemli olan hususlar ise hasta ve yakınlarının hasta güvenliği için tehdit oluşturabilecek talepleri ve kurumun ticari kaygılarıdır.

Hasta ve yakınları doğal olarak sağlık kurumlarının otelcilik hizmetlerinin de üst düzeyde olmasını arzulamaktadır. Bu bağlamda konfor sağlamak amacıyla enfeksiyon riski bir kenara itilebilmekte veya hastanın beslenme disiplini göz ardı edilebilmektedir.

Bu konuda bir başka sorunlu alan da, son yıllarda karşılaştığımız "babaların sezaryen ameliyatında bulunma ve o anın fotoğraf veya video ile kayıt altına alınması" talepleridir. İşin olumsuz yanı bu taleplerin özellikle bazı doktorlar, sağlık kurumları ve bu süreçten ticari çıkar sağlayan fotoğrafçılar tarafından da desteklenmesidir. Ameliyat odasına, o alanda görevli olmayan bir kişiyi (baba veya hasta yakını) almakla, hasta güvenliği konusunda bir takım olumsuzluklara zemin hazırlanmaktadır.

Doktorlar ve hasta güvenliği

Yıllardır "Hekimin iyiliği mi?", "Hastanın iyiliği mi?" tartışması yapılmıştır. Bana göre iyi hekim hastanın iyiliğini, bir başka deyişle güvenliğini sağlayan en önemli unsurdur. İyi hekim kimdir? Yalnızca mesleğinin icaplarını teknik anlamda yerine getirenlere iyi hekim denilebilir mi? Bunun yanında hekimlik sanatında "erdemli" olmanın da vazgeçilmez bir unsur olduğu muhakkaktır. Hekimin erdemli olması; insanları sevmesi, cesur, adil, dürüst, akılcı, uyumlu olması, daima iyiyi araması ve sorumluluğunu bilmesi olarak tanımlanabilir.
Sonuç olarak kurumlar; süreç yönetimini, fiziksel olanaklarını ve çalışanlarının niteliklerini ne kadar üst düzeyde tutabilirlerse o kadar üst düzeyde hasta güvenliğini sağlayabilmektedirler.

Hasta güvenliği politikası oluşturulmasında beş temel unsur; liderlik, süreç tasarımı, veri toplanması- analizi ve iyileştirme sürecidir.



Hekimin yasal sorumluluğunda dört temel adım

Gürkan SERT
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Deontoloji ABD.

GİRİŞ

Hekimin yasal sorumluluğu ve sınırları konusundaki güncel tartışmalar önemini korumaktadır. Tıbbi müdahaleden doğan yasal sorumlulukların (hukuki, cezai, idari ve hatta disiplin sorumluluğu) kongre, toplantı, seminer ve yayınlara yansıması giderek tırmanan bir eğilim içerisindedir. Bu arada tıp ve hukuk alanındaki pek çok bilimsel toplantıda konu ile ilgili oturumlara yer verilmesi, ülkemizdeki tıbbi müdahalelerin yasal çerçevesinin belirlenmesine katkıda bulunduğu da şüphesizdir. Günümüzde sağlık hizmeti sunumunun geldiği noktada, hekimin tıbbi müdahalelerden doğan bireysel yasal sorumluluğundan çok görev aldığı (ister özel, ister kamuya bağlı) hizmet sisteminin tıbbi müdahaleden doğan yasal sorumluluğu öne çıkmıştır. Tıbbi müdahale sürecinde, tek bir hekimin sorumluluğundan çok hekimin de içinde yer aldığı bir tedavi hizmeti sisteminin sorumluğu gündeme gelebilmektedir. Hekimin hekim olarak sorumluluğunun yanında, sağlık hizmetini veren kurumların da sorumluluklarının tartışılması tıbbi müdahalelerden doğan yasal sorumluluklarının sınırlarının ve kapsamının belirlenmesine önemli katkılar sağlayacaktır.



Henüz ulusal ve uluslararası literatürde kapsamı ve içeriği konusunda tam bir netlik ve açıklık bulunmayan ***"tıp hukuku"*** konusunda son dönemlerdeki yoğun ve ayrıntılı çalışmalar, ülkemiz tıbbı ve hukuku açısından önemlidir. 1950'li yıllardan itibaren değerli hukukçu hocalarımızın tıp hukuku başlığı altında bulunan pek çok konu ile ilgili ülkemiz hukuk sistemine yol gösterecek çok değerli yayınları ürettikleri ve bu değerli yayınların günümüzde halen yararlanılan güncel kaynaklar olduklarını ve günümüzdeki başarılı çalışmaların bu değerli eserlerin ve fikirlerin ışığında yürütülüp şekillendirildiğini vurgulamak gerekir.

Günümüzde yasaların, tıp uygulamalarının ve uygulayıcılarının aleyhinde olduğunu savunan güncel fikirlerin karşısında, yasaların tıp uygulamalarının ve uygulayıcılarının lehinde olduğunu savunan fikirler de vardır. Özellikle 2005 yılında Yeni Türk Ceza Yasasının Yürürlüğe girmesi ile başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının yasal sorumlulukları ile ilgili tartışmalar yoğunlaşmıştır. Yeni gelen düzen-

lemenin beraberinde tıp uygulamaları ile ilgili pek çok yeni kuralı getirdiği vurgulanmakta ve tartışılmaktadır.

Henüz ulusal ve uluslararası literatürde kapsamı ve içeriği konusunda tam bir netlik ve açıklık bulunmayan "tıp hukuku" konusunda son dönemlerdeki yoğun ve ayrıntılı çalışmalar, ülkemiz tıbbı ve hukuku açısından önemlidir.

Yeni bir ceza yasası ile ilgili her konuda pek çok konunun tartışılması ve doğru tespitlerin yapılması kuşkusuz ülkemiz hukuk sitemi ve tıbbı açısından önemlidir. Ancak hekimin yasal sorumluluğu konusundaki bazı konuların da Yeni Türk Ceza Yasasından çok önce olduğu ve ülkemizin yasalarında ve yargı uygulamasında her zaman yer aldığı göz ardı edilmemelidir. Örneğin hukuk sistemimizin ve yargı uygulamamızın tıbbi müdahale kavramına yaklaşımı ve tıbbi müdahaleden doğan yasal sorumluluğu belirlemedeki içeriği bu önemli konulardan biridir. Bu anlamda hukuk sistemimizin ve yargı uygulamamızın tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için aradığı unsurları kısaca belirlemek ve bu konuda ilgili kişilere kısa bir kontrol listesi oluşturmaya yardımcı olmak önemlidir.

TIBBİ MÜDAHALE

İnsanın vücut bütünlüğüne yönelik her türlü müdahale yasalarla engellenmiştir. Ancak, yasalarda belirlenen şartlar çerçevesinde, hekimler kişinin vücut bütünlüğüne yönelik müdahalelerde **(tıbbi müdahaleler)** bulunabilmektedir. Tıbbi müdahalede bulunan hekimin yasa, tüzük ve yönetmeliklerde bulunan kurallara ve hasta ile arasındaki sözleşmeye uygun davranması gerekir. Bunlara uygun davranmaması halinde hekimin yasal sorumluluğu ortaya çıkar.

Hekimin yasal sorumluluğunun belirlenmesinde tıbbi müdahale kavramı önemlidir. Hekimin gerçekleştirdiği girişimin bir tıbbi müdahale niteliği taşıması hekimin sorumluluğunun ve sınırlarının belirlenmesi açısından önem taşır. Tıbbi müdahale: "Tıp mesleğini icraya yetkili bir kişi tarafından (hekim) doğrudan ya da dolaylı tedavi amacıyla gerçekleştirilen her türlü faaliyet [1]" şeklinde tanımlanabilir. Tanımdan da anlaşılacağı üzere müdahalenin bir *hekim* tarafından gerçekleştirilmesi ve müdahalenin *doğrudan* ya da *dolaylı* tedaviyi amaçlaması tıbbi müdahalenin temel unsurlarıdır. Bunlarla beraber hastanın *onamının alınması*, tıbbi müdahale sürecinde *tıp bilimi ve uygulamasına uygun hareket edilmesi* ve *gereken özenin gösterilmesi* de tıbbi müdahalenin yasal çerçevede kabul edilmesi için temel teşkil eden unsurları oluşturmaktadır.



Hekimin gerçekleştirdiği girişimler süresince ve sonucunda hastanın zarar görmesi halinde, tıbbi müdahalenin, hekimin yasal sorumluluğunu gerektirmemesi için, söz konusu tıbbi müdahalede yukarıda sayılı unsurların bir arada bulunması gerekir. Hekimin sorumluluğu konusundaki yargısal süreç, tıbbi müdahalenin unsurları üzerinden yürümektedir. Bu unsurlardan birinin eksikliği ya da bu unsurlardaki bir eksiklik hekimin sorumluluğunu gerektirmektedir. Bu bağlamda hekimin hukuki sorumluluğunun belirlenmesinde dört temel başlığın önemli olduğu kabul edilebilir. Tıbbi müdahale sürecinde, gerçekleştirilen müdahalenin yasal bir sorumluluk getirip getirmeyeceği bu başlıklar çerçevesinde değerlendirilebilir.

Müdahalenin bir hekim tarafından gerçekleştirilmesi ve müdahalenin doğrudan ya da dolaylı tedaviyi amaçlaması tıbbi müdahalenin temel unsurlarıdır.

Hekimin sorumluluğu konusundaki yargısal süreç, tıbbi müdahalenin unsurları üzerinden yürümektedir.

Tıbbi müdahale kapsamında hekimden beklenen, hekimin tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü şartlara bağlı kalarak gerekli teşhisi koymak ve konulan teşhise en uygun tedavi yöntemini uygulamaktır [2]. Buradaki amaç hastanın isteğine ve yararına uygun olarak hastanın sağlığına kavuşmasını temin için gereken faaliyetlerin yerine getirilmesidir.[3] Hekim, hastanın sağlığına kavuşturulması sonucuna ulaşılmamasından her zaman sorumlu tutulamaz[4]. Tıbbi müdahaleden bir sorumluluğun kaynaklanmaması yukarıda sözü edilen unsurların bir arada bulunmasına bağlıdır.

I. YETKİ

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun kabul edilmesi için gerekli şartlardan biri,



Tıbbi müdahale kapsamında hekimden beklenen, hekimin tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü şartlara bağlı kalarak gerekli teşhisi koymak ve konulan teşhise en uygun tedavi yöntemini uygulamaktır

müdahaleyi gerçekleştiren kişinin buna yetkisinin bulunmasıdır. Türk hukukunda tıbbi girişimde bulunma yetkisi hekimlere tanınmıştır. Yetki konusunda en önemli hükümler Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanunda (TŞSTİDK) ve Türk Tabipler Birliği Kanunu'da (TTBK) belirlenmiştir. Bu yasalar çerçevesinde Türk vatandaşı olmak, tıp fakültesi diplomasına sahip bulunmak, Hekimlik mesleğini sürekli engelleyen halin bulunmaması gibi şartlar aranmaktadır.

Yetki konusunda bir diğer önemli başlık da cerrahi girişimde bulunabilme yetkisidir. Uzman hekimler kendi uzmanlık alanlarına göre isimler alır ve bu alanlarda cerrahi girişimde bulunabilirler. TŞSTİDK'nın 3. maddesine göre önemli cerrahi müdahalelerin yapılması için uzman olmak şarttır. Bu konudaki önemli bir diğer nokta da uzmanlık alanlarının birbirlerinin alanlarına müdahale sayılabilecek uygulamalardaki yetki tartışmasıdır.

II. DOĞRUDAN/DOLAYLI TEDAVİ AMACI

Tıbbi müdahalenin gerçekleştirilmesindeki amaç hastanın doğrudan ya da dolaylı tedavisi için gereken işlemlerin yapılmasıdır. Bu nedenle gerçekleştirilen her girişim doğrudan ya da dolaylı bir tedavi amacı taşımalıdır. Bu amaç kapsamında yapılmayan girişimler hukuka uygun girişimler olarak kabul edilemez. Ancak bazı hallerde yasalar tedavi edici özelliği bulunmasa da bazı girişimlere izin vermiştir. Örneğin canlı vericiden organ aktarımları verici açısından tedavi edici olmasa da yasalar tarafından canlı vericiden organ aktarımı düzenlendiğinden bu girişimler verici açısından tedavi edici bir nitelik taşımasa da hukuka uygun kabul edilmektedir. Konu ile ilgili tartışılan bir diğer konu da estetik amaçlı girişimlerin tedavi amacı taşıyıp taşımaması ile ilgilidir. Ancak ülkemizde estetik amaçlı girişimler hukuka uygun girişimler olarak kabul edilmektedir. Burada önemle vurgulanması ve dikkat edilmesi gereken konu gerçekleştirilen müdahalenin tedavi amacı taşıması ya da yasaların izin verdiği bir girişim olmasıdır. Tıbbi müdahale gerçekleştirmeye yetkili kişi bu müdahaleyi doğrudan ya da dolaylı bir tedavi amacı ile gerçekleştirmelidir. Bu şartın bulunmaması halinde yapılan işlemler hukuka uygun olmayacaktır.

Tıbbi müdahalenin gerçekleştirilmesindeki amaç hastanın doğrudan ya da dolaylı tedavisi için gereken işlemlerin yapılmasıdır. Bu nedenle gerçekleştirilen her girişim doğrudan ya da dolaylı bir tedavi amacı taşımalıdır.

III. HASTANIN AYDINLATILMIŞ ONAMI

Aydınlatılmış onam tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getiren önemli bir unsurdur. Türk hukuk uygulamasında aydınlatılmış onam konusunda ayrı bir düzenleme bulunmamaktadır[5]. Cumhuriyetin ilk yıllarında yayımlanan Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da (TŞSTİDK)[6] 70. maddede tıbbi uygulamadan önce hastanın aydınlatılmış onam vermesi zorunluluğuna yer verilmiştir[7]. 70. Madde bütün tıbbi girişimlerden önce onamın alınması gerektiğini açıkça ifade etmektedir. Bununla beraber, Anayasa[8], Medeni Yasa (MY) [9] ve Ceza Yasasında (CY) yer alan kişilerin kişilik haklarını korumaya yönelik

hükümlerin dışında, hekimin hastayı aydınlattıktan sonra hastaya müdahalede bulunabileceği hükmünü içeren düzenlemeler de bulunmaktadır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi[10], Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun[11], Hasta Hakları Yönetmeliği gibi yasal düzenlemeler ile taraf olduğumuz ve iç hukuk sistemimize uygun usul ile kabul ettiğimiz Biyoloji ve Tıbbın Uygulaması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi Türk hukukunda aydınlatılmış onam ve uygulaması ile ilgili önemli hükümler içermektedir.

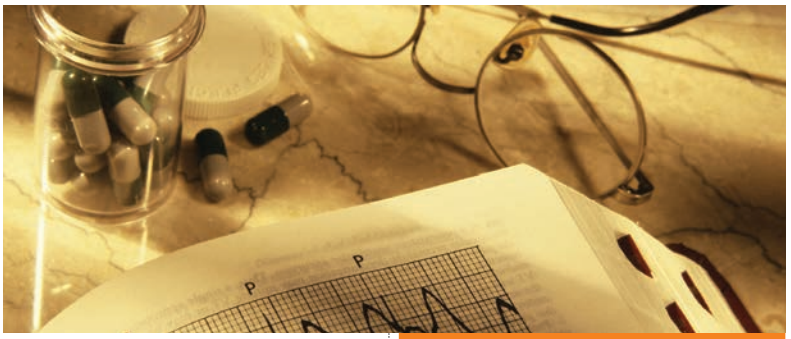
Acil haller ve yasaların öngördüğü bazı haller dışında hastanın onamı olmadan, hastaya tıbbi müdahale gerçekleştirilmesi hukuka uygun bir müdahalenin yapılmadığı anlamına gelecektir.

IV. TIP BİLİMİ ve UYGULAMASINA UYGUNLUK

Hekimlerin tanı koyarken ve bu tanı çerçevesinde tedavi faaliyetlerini yürütürken tıp bilimi ve uygulamasına uygun davranması gerekir. Örneğin tanı konması sürecinde hekimin, doğru tanının konmasını sağlayacak gerekli tüm verileri (laboratuvar tahlillerini yaptırmak, röntgen filmi çektirmek, hastayı muayene etmek, hastanın öyküsünü almak gibi) elde edip bunların çerçevesinde uygun tanıyı zamanında koyması gerekir. Gerekli işlemlerin özenle ve tıp bilimi ve uygulamasına uygun yapılmasından sonra konan yanlış tanıdan dolayı, hekim sorumlu olmaz. Buna karşılık hekim gerekli verileri elde etmeden veya verileri tıp biliminin gerektirdiği şekilde incelemeden tanı koyarsa, sorumlu tutulabilir.

Aynı kurallar tedavi süreci için de gereklidir. Hekim tedavi yöntemini seçerken hastaya en çok yararı olacak ve en az zararı verecek yöntemi uygulamak zorundadır. **Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'**nin 6.ve 10. maddelerinde tedavi yönteminin seçilmesi ve uygulanması ile ilgili hükümler yer alır.

Hekim tedavi yöntemini seçerken hastaya en çok yararı olacak ve en az zararı verecek yöntemi uygulamak zorundadır.



Madde 6 *" Tabip ve diş tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve meslekî kanaatine göre hareket eder."* Seçilen tedavi yöntemi uygulanırken hastanın zarara uğramasını önleyecek tüm tedbirlerin (steril malzemenin kullanılıp kullanılmadığının kontrolü gibi) alınması gerekir. Tedavinin uygulanması sırasında gerekli tüm önlemleri alan hekim tedavinin başarısızlığından dolayı sorumlu tutulmaz.

Hekimin tanının konması veya tedavinin yürütülmesi sırasında herhangi bir ihmali ya da hatası hekimin yasal sorumluluğunu gündeme getirecektir. Tıbbi müdahaleler sonucunda ortaya çıkan zarardan kaynaklanan yargı sürecinde, yargının tıp bilimi ile en yakın temas noktalarından birini gerçekleştirilen tıbbi müdahalenin tıp bilimi ve uygulamasına uygun olarak gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği konusunda bilgi almak amacıyla bilirkişiye başvuru noktası oluşturur. Bu süreçte ilgili tıbbi müdahale konusunda uzman kişilerden tıbbi müdahalenin tıp bilimi ve uygulamasına uygun gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği konusunda görüş istenir[12]. ■

SONUÇ

Tıbbi müdahalenin yasal çerçevesi hakkında kısaca açıklanan bu temel başlıkların içeriğinde tartışılması gereken ve açıklığa kavuşturulması gereken bir dizi karmaşık konunun bulunduğu kabul edilmelidir. Örneğin aydınlatılmış onamın sınırları ve kapsamı ya da tıp bilimi ve uygulamasına uygunluğun belirlenmesinde ekol farklılıkları gibi çok sayıda zor soru içeren konularda tartışmalar yoğundur. Ancak tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu konusunda hekimlerin ya da ilgili diğer kişilerin, ele aldığımız bu dört ana başlığı her zaman ve her tıbbi uygulama için gözden geçirmesi yararlı olacaktır. Ancak böylesi bir tutum içerisinde icra edilen meslek, gerçekleştirilen tıbbi müdahalenin yasallığının ve çerçevesinin oluşumunu belirlemede kolaylaştırıcı ve yönlendirici olacaktır.

(Endnotes)

1. Bkz. M. Ayan, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Kazancı Hukuk Yayınları, Ankara 1991 s. 5.
2. Bkz. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi 7.3.1977, E sayılı 76/6297 Karar sayılı 2541 (C) 2000, Corpus, CD- Medya; S. Reisoğlu Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu Sorumluluk Hukukundaki Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu İstanbul 1983 s.2; M. Ayan, a.g.e., s. 49-50; K. Bayraktar, "Hekimin Tedavi Nedeni İle Cezai Sorumluluğu" İ.Ü.Yayınları, Sermet Matbaası, İstanbul, 1972 s. 33; E. M. Atabek Tıbbi Deontoloji Konuları. İstanbul 1983, s. 68.
3. M. Ayan, a.g.e.,s. 55; S. Donay, Meslek Sırrının Açıklanması Suçu. İ.Ü. Yayınları Sulhi Goran Matbaas, İstanbul, 1978, s. 45; M.R. Belgesay Tıbbi Mesuliyet. İ.Ü. Yayınları İstanbul 1954 s. 76.
4. TDN'in 13. Maddesi hekimin tedavinin sonucunun başarılı olmamasından hekimin sorumlu tutulmayacağı hükmünü içerir.
5. Ancak Sağlık bakanlığının konu ile ilgili hazırladığı bir yönetmelik taslağı tartışılmaktadır.
6. R.G.'de yayın: 14.04.1928.
7. G. Sert, Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde Hasta Hakları. Babil Yayınevi, İstanbul 2004. s.92.; Maddede Hastanın bilgilendirilmesi açıkça belirtilmemiştir. Ancak Türk hukuk doktrininde hastanın bilgilendirilmesinden sonra onamının alınabileceği savunulmaktadır. M.E. Sarıal, a.g.e. s. 63.; Ö. Çakmut Yenerer, a.g.e. s. 225
8. **"1982 Anayasası"nın** yaşama hakkını içeren 17/2. Bkz. S. Duran, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Mevzuatının Aydınlatılmış Onam Açısından Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Danışmanlar Prof. Dr. Şefik Görkey-Dr. Gürkan Sert. İstanbul 2007. s.49; H.S. Ozanoğlu, Hekimlerin Hastalarını Aydınlatma Yükümlülüğü. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. Cilt: 52, Sayı 3: 2003. s.60.
9. Bkz. S. Duran, a.g.t. s.35-36.; H.S. Ozanoğlu: a.g.m. s. 60-61.
10. R.G'de yayın: 19.12.1960.
11. R.G.'de yayın: 3.05.1979.
12. H.Savaş Tıbbi Hatalarda Bilirkişilik ve Uygulamalar 1366 İSTANBUL BAROSU DERGİSİ Cilt: 82 Sayı: 3 Yıl 2008 s. 1355 – 1366.

Sunulan sağlık hizmeti ile ilgili kayıt ve belgelerin gerektiği gibi tutulmaması, yüksek yargıda, bir sağlık işletmesinin manevi tazminata mahkumiyet sebebi olarak görüldü:

Bir Yüksek Yargı Kararının Değerlendirilmesi

Av. Halide SAVAŞ
Sağlık Kurumları Yönt. Bil. Uzm.

Giriş

Sağlık kurum ve kuruluşları toplum sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve iyilik halinin devamı için gereken faaliyetlerin gerçekleştirildiği yerlerdir. Söz konusu misyonun yanında önemli sayılması gereken diğer bir yükümlülük de kuruma başvuranların kişisel (sağlık, ekonomik durum, aile vb.) bilgilerinin kaydedilmesi ve saklanmasıdır. Bu görevin hukuki çerçevede yerine getirilmesi hem hizmeti sunan sağlık kuruluşu hem kuruma başvuran kişi hem de yargılama makamları yönünden büyük önem taşır.



Özellikle, tıbbi müdahale hatalarının yargıya yansıdığı durumlarda, müdahalede hata bulunup bulunmadığının tespiti amacıyla, tıbbi kayıt ve belgelerin sağlık kurum ve kuruluşlarından mahkemece talep edilmesi gerekmektedir. Mahkemenin adil bir yargılama yapabilmesi ve ispat kurallarını olaya uygulayabilmesi için bu şarttır.

Tıbbi müdahale hatalarının yargıya yansıdığı durumlarda, müdahalede hata bulunup bulunmadığının tespiti amacıyla, tıbbi kayıt ve belgelerin sağlık kurum ve kuruluşlarından mahkemece talep edilmesi gerekmektedir. Mahkemenin adil bir yargılama yapabilmesi ve ispat kurallarını olaya uygulayabilmesi için bu şarttır.

Son zamanlarda çıkan Yüksek Yargı Kararlarında, hastanelerdeki tıbbi kayıtların, belgelerin yani hasta evrakının gerektiği şekilde tutulmaması, saklanmaması hastaneyi sorumlu tutmak için yeterli sebep kabul edilmektedir.

Aşağıda bu konudaki emsal nitelikli son çıkan yargı kararına değineceğiz. Ancak, daha önce hasta kayıt ve belgelerinin tutulması ve saklanması ile ilgili mevzuatı irdeleyerek; kayıtların tutulması ve saklanması konusundaki hükümleri kısaca gözden geçirmek yararlı olacaktır:

Son zamanlarda çıkan Yüksek Yargı Kararlarında, hastanelerdeki tıbbi kayıtların, belgelerin yani hasta evrakının gerektiği şekilde tutulmaması, saklanmaması hastaneyi sorumlu tutmak için yeterli sebep kabul edilmektedir.

Hasta Kayıtlarının Tutulması ve Saklanması ile İlgili Mevzuat

Kamu hastaneleri açısından hüküm ifade eden Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 32 maddesi, her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşivin kurulması gerektiğine işaret eder. Bu arşivde, hastanenin bütün servislerinin ve olanakları ölçüsünde polikliniklerinin işi biten dosyaları, bilimsel çalışmalar, istatistik değerlendirmeler hastaların diğer müracaatlarında kullanılmak üzere bir sıra ve düzen içersinde muhafaza edilir. 2005 yılında yapılan değişiklikle yönetmeliğe " Merkezî tıbbî arşivin çalışma şekli ile hastanede tutulan tüm kayıtların bilgisayar ortamında tutulabilmesine ilişkin usul ve esaslar Yönerge ile belirlenir" hükmü getirilmiştir.

Ayrıca **Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinin 15.maddesinde "**Adli vakalara ilişkin tüm tahlil, tetkik sonuçları ile her türlü kayıt, doküman ve hasta dosyalarının en az yirmi yıl süreyle yataklı tedavi kurumları arşivinde muhafazası zorunludur" hükmü de yer alır.

Hususi Hastaneler Kanunu'nun 21. maddesinde kayıtlara ilişkin düzenlemelerin tüzükle yapılacağı belirtilmiştir. Bu sebeple çıkarılan **Özel Hastaneler Tüzüğü'nün**, Hasta Dosyaları Ve İç Hizmet Yönergesi başlıklı **29. Maddesinde,** " Özel hastanelerde yatan hastaların kimliğini, doğum yerini, adresini, yattığı ve çıktığı tarihi, hastalığının tanısını ve çıkıştaki durumunu yazmak için bir protokol defteri ile derece kağıdı, tabelası, filmleri, laboratuvar raporları vb.

Kamu hastaneleri açısından hüküm ifade eden Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 32 maddesi, her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşivin kurulması gerektiğine işaret eder.



hastanın izlenmesi ile ilgili belgeleri içeren bir dosya tutulur. Protokol defterinin ilgili yerleri ile dosyadaki belgeler, giriş ve çıkışta geciktirilmeden doldurulur" şeklinde hasta dosyalarının ve kayıtlarının içeriği belirtilmiştir. Dikkat edilirse burada hastaların filimlerinin de saklanması gerektiğinden bahsedilmektedir.

Tüzüğün bir alt kademesi olan Özel Hastaneler Yönetmeliği de kayıtlar konusunda ayrıntılı düzenlemeler getirmektedir. Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 48. Maddesinde "Özel hastanelerin acil servis, poliklinik, klinik, röntgen, laboratuvar ve ameliyathane gibi tıbbi hizmet ünitelerinde, sayfa ve sıra numarası verilmiş ve her sayfası müdürlükçe mühürlenmiş protokol defterlerinin tutulması zorunludur. Özel hastanelere başvuran her hasta için hasta dosyası düzenlenir. Hasta dosyasına hastanın tedavisiyle ilgili bütün müşahedeler ve yapılan muayene, tahlil ve tetkik sonuçları ile tedavi ve günlük değişiklikler yazılır" şeklinde hasta kayıtlarının nitelikleri belirtilmiştir.

Özel hastaneler Yönetmeliğinin 49. maddesinde, özel hastanelerde merkezi tıbbi arşiv kurulması zorunluluğu, hastanede tutulan hasta dosyalarının en az yirmi yıl süre ile saklanması gerekliliği vb.hususlar belirtilmiştir.

Ayakta Teşhis Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 27.maddesinde özel sağlık kuruluşlarındaki kayıt tutma yükümlülüğü şu şekilde belirlenmiştir: "Sağlık kuruluşuna başvuran hasta, protokol defterine kaydedilir. Sağlık kuruluşunda, Müdürlük tarafından tasdik edilmiş protokol kayıt defteri, adlî rapor kayıt defteri, cerrahi müdahale kayıt defteri, laboratuvar kayıt defteri, pansuman ve enjeksiyon kayıt defteri ile teftiş ve denetim defteri bulunur. Her tabip, çalıştığı sağlık kuruluşunun ismini taşıyan reçeteyi kullanır, bu reçeteyi kendi imzalar ve kaşesini basar. (2) Sağlık kuruluşuna başvuran hastaların teşhis ve tedavi bilgileri ile varsa yapılan cerrahi müdahale, gözlem altındaki tıbbi işlemler, hastalar adına açılmış dosyalara ve ilgili defter/defterlere işlenir. Bu belgeler, arşiv ile ilgili mevzuat hükümlerine uygun şekilde sağlık kuruluşu tarafından muhafaza edilir".

Ayrıca Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinin 15.maddesinde "Adli vakalara ilişkin tüm tahlil, tetkik sonuçları ile her türlü kayıt, doküman ve hasta dosyalarının en az yirmi yıl süreyle yataklı tedavi kurumları arşivinde muhafazası zorunludur" hükmü de yer alır.

Yukarıda belirtilen mevzuat genelinde güvenlikli elektronik ortamı sağlayan sağlık kurum ve kuruluşlarının hasta kayıtlarını elektronik ortamda tutabileceği ve saklayabileceği belirtilmektedir. Güvenli elektronik ortamın nasıl oluşturulabileceği konusunda da düzenlemeler mevcuttur. Konumuz dışında olduğundan değinmiyoruz.

Talep Halinde Hastaya Verilecek Belgeler

Mevzuatı incelerken dikkatimizi çeken ve uygulamada özel hastane yöneticilerinin

tereddütte kaldığı, **hastaya verilebilecek evrak** konusunda da açıklama getirmek isteriz. Hasta Hakları Yönetmeliği başta olmak üzere bir dizi mevzuatta hastaların kayıtlarını alabilecekleri belirtilmektedir. Ancak hangi kayıtların ne şekilde verilebileceği **Özel Hastaneler Tüzüğü'nün 37.maddesinde, Yönetmeliğin de 57.maddesinde** belirlenmiştir.

Mevzuata göre özel hastaneler aşağıdaki belgeleri talepleri halinde hastalara veye vekaletle gelmiş avukatlarına vermekle yükümlüdürler:

a) Hastanede kullanılıp bedeli hastadan alınan ilaç ve pansuman malzemesinin tür ve miktarını gösterir liste,

b) Hastanede ya da dışarıda yapılan, bedeli hastaca ödenen laboratuvar ve röntgen muayene raporları ve röntgen filmleri ve şemaları (Adli olaylara ait olanların asılları verilmez).

c) Dışarıdan satın alınan ilaç ve malzemenin reçeteleri,

d) Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, hastalığın tanısı, gidişi, yapılan inceleme, tedaviye ve sonucuna ilişkin olarak tabibçe düzenlenecek bir çıkış özeti (epikriz).

Daha sonra mahkeme tarafından istenmesi halinde hastaneye sorumluluk doğmaması için, hastaya verilen hizmetlerle ilgili belgelerin (özellikle film asıllarının), hastaya, tüzük ve yönetmelik hükümlerine dayanılarak verildiği, tutanakla tespit edilmelidir.

Yukarıda, sağlık kurum ve kuruluşlarında kayıtların tutulması, saklanması ve talep halinde belli belgelerin hastalara verilmesi konularından bahsettik. Şimdi de, kamu hastanesi aleyhine açılan tıbbi hata tazminat davasında hasta kayıtlarını gösteremeyen idare aleyhine, bu sebeple manevi tazminata hükmedilen karara değineceğiz.

Hasta Kayıt ve Belgelerinin Saklanmaması Sebebi İle Hastane İdaresini Manevi Tazminata Mahkum Eden Danıştay Kararı

Danıştay 10. Daire'sinin 29.4.2008 tarihinde verdiği, 2007/3301esas ve 2008/2939 karar sayılı kararına konu dava; [X] Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde tedavi gören davacının, teşhis ve tedavide hatalı davranılması sonucu sol ayağının diz kapağının üzerinden kesilmesine sebep olunduğundan bahisle, maddi ve manevi tazminat ödenmesi istemiyle yaptığı başvurunun reddine ilişkin... işlemin iptali ile... maddi, ...manevi tazminatın yasal faizi ile birlikte ödenmesine karar verilmesi istemiyle açılmıştır.



Daha sonra mahkeme tarafından istenmesi halinde hastaneye sorumluluk doğmaması için, hastaya verilen hizmetlerle ilgili belgelerin (özellikle film asıllarının), hastaya, tüzük ve yönetmelik hükümlerine dayanılarak verildiği, tutanakla tespit edilmelidir.

Karara konu olayın detayları kararda şöyle aktarılmıştır:

"Dava dosyasının incelenmesinden; **diz kapağı bölgesindeki ağrılar** nedeniyle 18.1.2000 tarihinde davalı idareye ait hastaneye başvuran davacının, 7.2.2000 tarihinde yapılan **menisküs ameliyatı** sonrasında, 2.3.2000 tarihinde taburcu edildiği; ağrılarının **geçmemesi üzerine** 3.5.2000 tarihinde tekrar hastaneye başvurduğu; 23.5.2000 tarihinde **kıkırdak transferi ameliyatı** gerçekleştirildiği ve 5.7.2000 tarihinde ikinci kez taburcu edildiği; buna rağmen davacının sağlık durumunda olumlu yönde gelişme olmaması üzerine, **3. kez hastaneye başvurusu** üzerine, 20.10.2000 tarihinde **MR tahlili yapıldığı**; diğer taraftan, 9.11.2000 tarihinde biyopsi alınması sonucunda **davacıya kanser teşhisi konulup**, 2.12.2000 tarihinde **kemoterapi tedavisine başlandığı; 20.3.2001 tarihinde de sol ayağının diz kapağı üzerinden kesildiği;** teşhis ve tedavide tıbbi eksiklik ve ihmal sonucu davalı idarenin hizmet kusurunun bulunduğu ileri sürülerek bakılmakta olan davanın açıldığı..."

Bu suretle açılan davada mahkeme, 21.11.2003 tarihli ara kararı ile, bilirkişi incelemesi yaptırılması için dosyanın Adli Tıp Kurumuna göndermiştir. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 20.2.2004 tarihli yazısıyla hastaya ait grafilerin, yapılan biyopsi ve geçirdiği tüm operasyonlara ait patoloji blok ve preparatların temin edilerek gönderilmesini istemiştir.

Adli Tıp Kurumu'nun bu talebine binaen Mahkeme 11.10.2005 tarihli ara kararıyla, "Mahkemenin önceki ara kararları üzerine **davalı idarece, hasta dosyasının hastaya verilmiş olması nedeniyle mevcut olmadığının bildirildiği; davacının da hasta dosyasını temin edemediği,** ancak kayıtlardan yenilenen belgelerin eksikliği belirtilen ilgili evrak ve dökümanların temini için yapılan ara karar üzerine ibraz edilen belge ve preparatlarla birlikte dosyadaki iddia ve savunmalar dikkate alınarak" **tekrar bilirkişi incelemesi yapılması talebi ile** dosyayı 2. kez Adli Tıp Kurumu Başkanlığına göndermiştir.

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 22.3.2006 tarihli cevabi yazısında özetle, " **uyuşmazlığın çözümü için gerekli olan belgelerin istenilmesine rağmen taraflarca temin edilemediği, mevcut tıbbi belgelere göre davacının geçirdiği operasyonların sedimantasyon ve X-raylerin normal olduğunun, ancak grafiler temin edilip gönderilmediği için yapılan bu operasyonların endikasyonları (gerekliliği) ve tanı açısından görüş bildirilemeyeceğinin ifade edildiği;** öte yandan, dava dosyasında bulunan **4.6.2003 tarihli Hastane Müdürü tarafından düzenlenen belgeden, davacıya ait hasta dosyasının 13.12.2002 tarihinde hastane arşivinden ilgili bölümce istenildiği ve daha sonra iade edilmediği anlaşılmaktadır**".

Dava dosyasının bu şekilde oluşması üzerine İdare Mahkemesi; " idarenin hizmet kusuru sonucu oluştuğu ileri sürülen zararların tazmini istemiyle açılan tazminat davalarında, meydana gelen zarar ile idarenin kusuru arasında illiyet

bağının olması gerektiğinin idare hukukunun bilinen ilkelerinden olduğu; meydana gelen zarar ile kusur arasında illiyet bağı kurulamadığı takdirde idarenin hizmet kusurundan sözedilemeyeceği; dosyada bulunan bilgi ve belgelerin Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na iki kez gönderildiği; Kurum tarafından gönderilen (...) yazıda, uyuşmazlığın çözümü için gerekli olan belgelerin (özellikle grafilerin) taraflarca temin edilemediği; mevcut tıbbi belgelerden, davalı idareye ait hastanede yapılan operasyonların gerekliliği konusunda görüş bildirilemeyeceğinin belirtildiği; diğer taraftan, **teşhis ve tedavide ihmal ve tıbbi eksiklik bulunduğu ileri sürülmekte ise de; dava dosyasına bu durumu kanıtlayacak bilgi ve belge sunulamadığından, meydana gelen zarardan dolayı idarenin tazmin yükümlülüğü bulunmadığı gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiştir"**.

Temyiz üzerine Danıştay red kararını manevi tazminat talebi yönünden bozmuştur. Bozma kararında idareye karşı açılan tazminat (tam yargı) davaları ile ilgili ayrıntılı açıklamalar yapılmıştır.
"İdare kural olarak, yürüttüğü kamu hizmetiyle nedensellik bağı kurulabilen zararları tazminle yükümlü olup; idari eylem ve/veya işlemlerden doğan zararlar, idare hukuku kuralları çerçevesinde, hizmet kusuru veya kusursuz sorumluluk ilkeleri gereği tazmin edilmektedir.

Tam yargı davalarında, öncelikle zarara yol açtığı öne sürülen idari işlem veya eylemin hukuka uygunluğunun denetlenmesi esas alındığından, olayın oluşumu ve zararın niteliği irdelenip, idarenin hizmet kusuru olup olmadığının araştırılması, hizmet kusuru yoksa kusursuz sorumluluk ilkelerinin uygulanıp uygulanmayacağının incelenmesi, tazminata hükmedilirken de her halde sorumluluk sebebinin açıkça belirtilmesi gerekmektedir.

İdarenin hizmet kusuru nedeniyle sorumluluğu, idarece yürütülen hizmetin kuruluşunda, düzenlenmesinde ve işleyişinde ortaya çıkan her türlü bozukluk, aksaklık ve eksikliktir. Bu bağlamda hizmet kusuru, özel hukuktaki anlamından uzaklaşarak nesnelleşen, anonim bir niteliğe sahip, bağımsız karakteri olan bir kusurdur. Hizmet kusurundan dolayı sorumluluk, idarenin sorumluluğunun doğrudan doğruya ve asli nedenini oluşturmaktadır.

Tam yargı davalarında yargı yeri, hem



olayın maddi yönünü, yani zararı doğuran fiilleri, hem de bundan çıkması muhtemel hukuki sonuçları tespit etmek durumundadır. Tam yargı davalarında yargı yerlerinin, araştırma, inceleme ve hüküm verme yetkisi, bu yönüyle iptal davasına göre çok daha geniştir".

Bu şekildeki detaylı irdelemelerden sonra sonuç olarak, " **Bu durumda, davacıya 3 kez tıbbi müdahale uygulanmasına karşın, hastaya ait grafilerin gerekli şekilde muhafaza edilmemesi ve hastaya ait dosyanın kaybedilmesinin, sağlık hizmetinin işletilmesine ilişkin ağır hizmet kusuru teşkil ettiği; diğer taraftan, idarece tıbbi kayıt ve belgelerin ibraz edilememesinin, meydana gelen zarar nedeniyle idarenin sorumluluğunun bulunup bulunmadığının yargısal denetimini de engellediği açık olduğundan maddi tazminatın reddedilmesinde hukuka aykırılık bulunmamakta ise de, oluşan bu durum sonucu meydana gelen manevi zararın idarece tazmini yolunda karar verilmesi gerekirken; davanın, manevi tazminat istemine ilişkin kısmının da reddine karar verilmesinde hukuki isabet bulunmamaktadır"** şeklinde İdare Mahkemesi kararı Danıştay tarafından bozulmuştur.

Sonuç

Sonuç olarak kararda da belirtildiği gibi, tıbbi hata tazminat davalarında, tıbbi hatanın varlığı veya yokluğunun tespiti için gerekli olan hasta kayıt ve belgelerinin davalı sağlık kurumu tarafından mahkemeye sunulamaması durumunda manevi tazminata hükmedilmesi gerekmektedir. ■

MÜKEMMELLİK MODELİ

Fahri ÖZOK
KalDer Genel Sekreter Yardımcısı ve Ulusal Kalite Ödülü Sekreteri

'Mükemmellik kültürünü yaşam biçimine dönüştürerek, ülkemizin rekabet gücünün ve refah düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunma' misyonunu benimseyen KalDer'in merkezi İstanbul'da olup dört şubesi ile Mükemmellik Kültürünün yayılımı konusundaki faaliyetlerini Türkiye genelinde sürdürmektedir.

Güncellenen EFQM 2010 Mükemmellik modeli yayınlanmış olup, modelin üç unsuru Temel Kavramlar, Model Kriterleri ve RADAR ile ilgili kısa bilgiler aşağıda verilmektedir.[1]

EFQM mükemmellik modeli 2010

EFQM Mükemmellik Modeli, sektör, büyüklük ve olgunluk düzeyinden bağımsız olarak her çeşit kuruluş tarafından bütünsel bir bakış açısı kazanılması amacıyla kullanılan, kuruluşun gereksinimlerine ve işlevine bağlı olarak sürdürülebilir kurumsal mükemmellik doğrultusunda bir üst çerçeve oluşturan yönetim aracıdır.

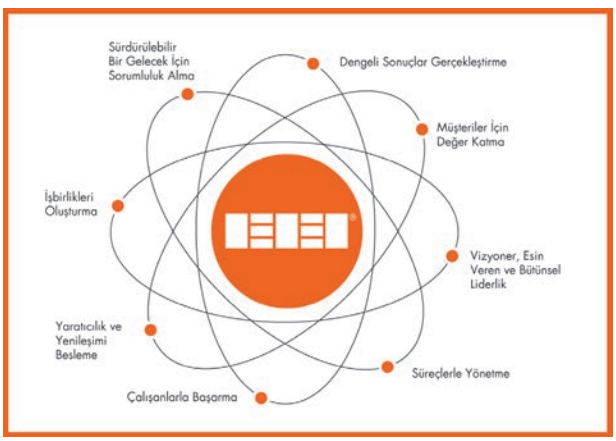
Mükemmelliğin Temel Kavramları, EFQM Mükemmellik Modeli ve RADAR modelin birbirleriyle bütünleşik üç unsurudur.

Mükemmelliğin Temel Kavramları

Herhangi bir kuruluşun sürdürülebilir mükemmelliğe erişebilmesi sürecinin temelinde yatan ilkelerdir.

EFQM Mükemmellik Modeli

Kuruluşların Temel Kavramları ve RADAR'ı uygulamasına yardımcı olan, kuruluşun ne yaptığı ve hangi sonuçları elde ettiğine ilişkin neden-sonuç ilişkilerini anlamasını sağlayan dokuz kriterden oluşan çerçevedir.



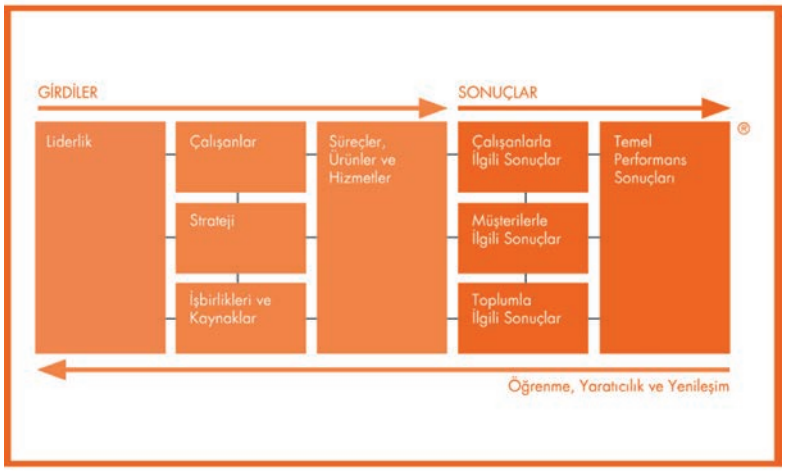
Radar

Bir kuruluşun performansını yapısal bir yaklaşımla sorgulama olanağı sağlayan dinamik bir değerlendirme çerçevesi ve güçlü bir yönetim aracıdır.

KalDer, kuruluşundan bu güne geçen yirmi yılda, sürdürülebilir başarının takdir edilmesini, tanıtılmasını ve aynı zamanda sürdürülebilir başarıya ulaşmak isteyen kuruluşlara destek verilmesini, rehberlik edilmesini amaçlamıştır. Güncellenen EFQM 2010 modeli, ödül sürecinde 2011 yılında uygulanmaya alınacaktır.

Ulusal kalite ödülü

Ulusal Kalite Ödülü sürecine 1993 yılından bu yana



225 kuruluş başvurmuştur. Süreçte yaklaşık 1.896 orta ve üst düzey yönetici değerlendirici olarak görev almıştır. Bugüne kadar 23'ü Büyük Ödül, 36'sı Başarı Ödülü ve 3'ü de Mükemmellikte Sürekllilik Ödülü olmak üzere toplam 62 ödül verilmiştir. Bütün bu çalışmalar Uluslararası arenada da yankı bulmuş, bugüne kadar Türk kuruluşları tarafından 7'si Büyük Ödül, 10'u Başarı Ödülü olmak üzere toplam 17 Avrupa Kalite Ödülü kazanılmıştır. Türkiye şu anda en fazla kuruluşu Avrupa Kalite Ödülü'nü kazanan ve İngiltere'den sonra gelen ikinci ülkedir.

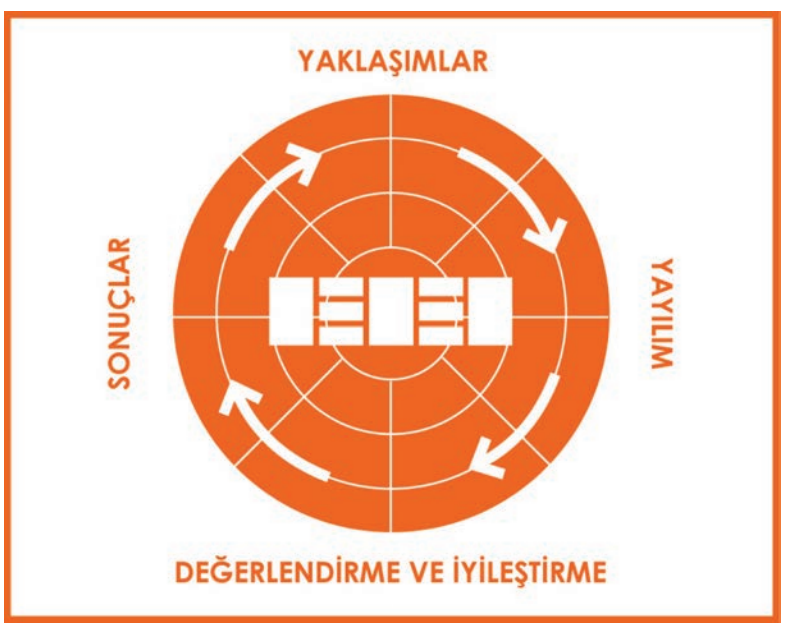
1993 yılından bu yana sektör, büyüklük, yapı veya olgunluk düzeyinden bağımsız olarak kurum ve kuruluşlarda Mükemmellik Modeli uygulanmaktadır.

Geçmiş yıllardaki başarılarla beraber özellikle sağlık sektöründe 2009 yılında Ulusal Kalite Ödülü Sağlık Kategorisinde ve Mükemmellik aşamaları süreçlerinde elde edilen başarıları tekrar vurgulamak isteriz.

T.C. Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi – Ulusal Kalite Büyük Ödülü(2006), Mükemmellikte Süreklilik Ödülü (2009)
Özel Kadiköy Şifa Hastanesi, Ulusal Kalite Büyük Ödülü (2009)

Mükemmellik aşamaları programı

Mükemmellik Aşamaları, mükemmellik yolculuğuna başlamış kuruluşlara cesaret vermek, her düzeydeki başarıyı tanımak adına Avrupa Kalite Yönetim Vakfı tarafından geliştirilmiş bir programdır. Kuruluşların sistematik iyileştirme yapmalarını, rekabet güçlerini geliştirmelerini, gelecekte daha başarılı olmalarını destekleyen bir hizmet olarak tasarlanmıştır. Türkiye'de belgelendirme, Avrupa Kalite Yönetim Vakfı adına KalDer tarafından yapılmaktadır.



Mükemmellik yolculuğunun henüz başında olan kuruluşlar için "**Mükemmellikte Kararlılık**" ve Mükemmellik Modeli'ni kullanarak özdeğerlendirme yapmada deneyim kazanan kuruluşlar için "**Mükemmellikte Yetkinlik**" olmak üzere iki aşamada belgelendirme yapılmaktadır. Kuruluşlar, Mükemmellik Modeli'ni uygulamadaki deneyimlerine ve iyileştirme programlarının yayılımlarına göre kendilerine en uygun aşama için başvuruda bulunabilirler. Programa çalışan sayısına, sektörüne bakılmaksızın tüm özel sektör, kamu ve sivil toplum kuruluşları katılabilir.

Mükemmellik aşamaları programında sağlık sektöründen 2009 yılında yetkinlik ve kararlılık belgesi alan kurumlar şunlardır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa Zübeyde Hanım Doğumevi, Bursa Kalite Başarı Ödülü (2008), Mükemmellikte Yetkinlik 4 Yıldız Belgesi (2009)

T.C. Sağlık Bakanlığı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Tavşanlı Devlet Hastanesi, Mükemmellikte Yetkinlik 4 Yıldız Belgesi,

T.C. Sağlık Bakanlığı Karabük Devlet Hastanesi, Mükemmellikte Yetkinlik 3 Yıldız Belgesi'ni almaya hak kazanmıştır.

Özel Nahçivan Ortodontik Grup Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Ltd. Şti., 2009 Yılında Mükemmellikte Kararlılık Belgesi almıştır.

Ulusal Kalite Ödülü süreci, kuruluşların sadece toplam kalite uygulamalarında referans değil, ulusal, bölgesel ve küresel pazarlarda da rakiplerine oranla farklılaşma yaratacak temel noktaları öne çıkarmada en önemli yol göstericidir.

1- EFQM Mükemmellik Modeli ilgili ayrıntılı bilgiler için www.kalder.org sitesini inceleyebilir, ilgililerden daha ayrıntılı bilgi talebinde bulunabilirsiniz. ■

Klinik Uygulama Rehberleri ve Kanıta Dayalı Tıp

Prof. Dr. H. Erdal Akalın
Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği

Klinik uygulama rehberleri bir hastalığın, sorunun veya sürecin/işlemin kabul edilmiş yönetiminin kanıta-dayalı özetidir. Klinik uygulama rehberleri bir anlamda belli bir klinik uygulamada klinisyenlere ve hastalara karar verme sürecinde yardımcı olabilecek, sistematik olarak geliştirilmiş, güncel kanıta-dayalı belgelerdir. Uygulama rehberleri **"doğru yapılacak işlemi"** tanımlar. Performans rehberleri ise **"işlemi doğru yapma yolunu"** tanımlar.

Klinik rehberler kalite iyileştirme programlarının bir parçasıdır. Sağlık hizmetlerinde kalite günün mesleki bilgileri içinde, kişilere ve topluma verilen sağlık hizmetinde istenilen ve beklenilen sonuçlara ulaşma olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetinde kalite yönetimi sağlık hizmetlerini sunarken uygulanan tüm süreçlerin sürekli incelenmesi ve iyileştirilmesi için kullanılan tekniklerin ve yöntemlerin tümünü içerir. Amaç, sunulan hizmetin ve sonuçlarının hastaların ve hasta yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerini karşılamasıdır. Sağlık hizmetlerinde kalite ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin, etkili, güvenli, maliyet-etkin, hakkaniyete dayalı ve kabul edilebilir bir şekilde sunulduğu zaman sağlanabilir. Bu çerçeve içinde kalite kavramında kullanılan tanımlar ve sonuçlar; ölçülebilir, tüm sağlık hizmetlerini içine alan, tüm topluma ve kişilere uygulanabilen, belli bir amaca yönelik, yararı sonuçların ölçülmesi ile sağlanan, tüm işlemler ile sonuçları birbirine bağlayan, hastaların ve toplumun değerlerine önem veren, teknik, tıbbi ve bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli değişikliğe uğrayabilen şekilde yorumlanmalıdır.

Klinik Uygulama Rehberlerinin Hazırlanma Amaçları Nedir?

Klinik uygulama rehberlerinin hazırlanmasındaki en önemli nedenler şunlardır;

a. Sağlık hizmeti kalitesini yükseltmek,
b. Gereksiz, etkinliği kanıtlanmamış veya zararlı olabilecek klinik uygulamaları azaltmak, ve
c. Hastaların tedavisini en yararlı şekilde, en az risk ile ve kabul edilebilir ekonomik yükle sağlayabilmek.

Klinik rehberler, hastaların uygun tedaviyi o gün için geçerli olan bilimsel kanıta ve geniş bir fikir birliğine dayanarak almasına yardım ederler. Klinik uygulamalardaki farklılıklar sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Uygun olmayan gereksiz hastaneye yatışlar, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimler sağlık hizmetinde kalitenin yeterli olmamasının en önemli göstergeleridir. Klinik uygulamalardaki farklılıkları azaltmak ve sağlık hizmetinde alınan sonuçların beklentilere yakın olmasını sağlamak için kullanılan en önemli yöntemlerden birisi klinik uygulama rehberlerinin geliştirilmesi ve uygulanmasıdır. Bunlara ek olarak, rehberler, gereksiz hasta sevklerinin engellenmesinde yardımcı olabilirler. Kaynakların daha rasyonel kullanılmasını sağlayabilirler. Sürekli tıp eğitiminin bir parçası olarak kabul edilmelidirler. Bilimsel gelişmeyi stimüle ederler, gelecekte yapılması gereken araştırmalara ışık tutarlar.

Klinik uygulama rehberlerinin meslek kuruluşları, uzmanlık dernekleri, hastaneler, hastalık yönetimi organizasyonları veya bağımsız bilim adamları tarafından hazırlanması tercih edilir. **Devlet veya ödeyici kurumların rehber hazırlamaları çıkar çatışmasına yol açabilir.**

İdeal olarak klinik uygulama rehberlerinin elde mevcut olan verilere dayanarak hazırlanmış olmaları gerekir. Bu rehberlerin sağlık hizmetleri sunumunu



Prof. Dr. H. Erdal Akalın
Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği

KANITA DAYALI REHBERLERİN GELİŞTİRİLME EVRELERİ
1. Konu seçimi
2. Konuyu inceleyecek panelin seçimi
3. Amaç ve kapsam belirleme
4. Soru ve amaç listesinin hazırlanması
5. Bilimsel kanıtların değerlendirilmesi
6. Önerilerin kanıtlanması
7. Belge hazırlama ve validasyon
8. Rehberin kullanıcılara sunumu
9. Eğitim ve uygulama
10. Değerlendirme ve yeniden gözden geçirme

analiz eden, hastalardaki uygulamalardan elde edilen sonuçları değerlendiren, buna göre iyileştirme ve değişim öneren kalite iyileştirme programlarının bir parçası olduğu kabul edilir. Bu model içinde yer alan rehberler de dahil olmak üzere tüm yöntemler **kanıta-dayalı tıp uygulamaları** içinde yer almaktadır.

Kanıta-dayalı rehberlerin geliştirilmesi oldukça karmaşık ve zaman isteyen bir süreç gerektirir. Bu sürecin evreleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Konunun seçimi: Seçilecek hastalık, sorun veya işlem; sıkça uygulanan, iyileştirilmesinde yarar görülen veya maliyeti yüksek olan konulardan biri olmalıdır. Konu seçimi öncesinde kurumsal olarak bir görüşbirliğine varılmasında yarar vardır.
2. Konuyu inceleyecek panelin seçimi: Panel başkanı ve panel üyeleri her bir konu için ayrı ayrı seçilmelidirler. Panellerde konu ile ilgili her gruptan temsilcinin olması tercih edilmelidir, hekim, hemşire, eczacı, varsa sağlık ekonomisti, idari sorumlu, ve ilgili diğer disiplinlerin temsilcileri gibi.
3. **Hazırlanacak rehberle ilgili amaç ve kapsamın belirlenmesi:** Çalışmanın en başında hazırlanacak rehberin hangi objektife hizmet edeceğinin çok açık olarak belirlenmesi gerekir. Hangi hasta grubunda, hangi klinik tabloda, hangi klinik ortamda (yoğun bakım, acil servis, normal servis, poliklinik, v.b.) kullanılacağı belirtilmelidir.
4. **Soruların ve amaçların listesinin hazırlanması ve kapsamın belirlenmesi:** Konu seçimi ve amaçların belirlenmesi ile birlikte yapılmasında yarar vardır. Ancak spesifik sorunlar ve sorular kesin hatları ile belirlenmeli, hangi davranış biçimlerinin etkilenmek istendiği, sunulan hizmetin ne şekilde iyileştirileceği belirtilmelidir.
5. **Bilimsel kanıtların değerlendirilmesi:** Önemli tüm veriler klinik yarar ve zarar açısından dikkatlice incelenmelidir. Bu dönemde bilimsel olarak yüksek kaliteli verilere ulaşabilmek çok önemlidir. Önerilen veri tabanları arasında Medline (en az 10 yıllık tarama), Embase ve Cochrane yer almaktadır. Ulaşılan verilerin bilimsel kanıt kalitelerinin değerlendirilmesinde Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri "Preventive Task Force" un önerdiği sınıflama kullanılabilir. Bu sınıflandırmaya göre bilimsel çalışmalar Sınıf I, II ve III olarak (Class I, II ve III) belirlenmektedir. Sınıf I de randomize kontrollü klinik çalışmalar, Sınıf II de prospektif olarak toplanan verileri içeren çalışmalar ve güvenilir verilere dayalı retrospektif çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmalar arasında observasyonel çalışmalar, prevelans çalışmaları, cohort veya vaka kontrollü çalışmalar sayılabilir. Sınıf III de yer alan çalışmalar retrospektif veri toplanarak elde edilen sonuçları içerirler.
6. **Önerilerin kanıtlanması (saptanması):** Yine "Preventive Task Force" ve diğerlerinin önerileri doğrultusunda yapılacak önerilerin de belli bir değerlendirme sistemi içinde olması gerekir. Buna göre öneriler 3 düzeyde (level) sınıflanır. Düzey 1 öneriler bilimsel olarak yeterli ve inandırıcı verilere dayanan önerilerdir. Bu öneriler daha çok Sınıf I veriler veya çok kuvvetli Sınıf II çalışmalardan elde edilen sonuçlara dayanır. Düzey 2 öneriler (Level 2) kabul edilebilir bilimsel kanıtlara ve kuvvetli uzman görüşlerine dayanarak yapılır. Böyle bir önerinin kaynağı Sınıf II ve bazı Sınıf III çalışmalardır. Düzey 3 (Level 3) öneriler elde bulunan verilerle desteklenmekle beraber, yeterli bilimsel kanıttan yoksundur. Daha çok Sınıf III çalışmalardan elde edilir. Bu öneriler eğitim veya ileride yapılması düşünülen klinik çalışmalar için kullanılabilir.
7. **Belgenin hazırlanması ve validasyonu:** Panel üyelerinin kanıtları incelemesinden ve sentezinden sonra belgenin, rehberin hazırlanmasına geçilir. Hazırlanan belgede; sorunun ne olduğunun belirlenmesi, cevaplandırılması gereken spesifik sorular ve cevapları, süreç, öneriler, bilimsel tartışma, hala araştırılması gereken konular ve yararlanılan kaynaklar yer almalıdır.
8. **Sunum:** Rehber, kullanıcılarına son hali ile sunulmalıdır. Eğer bir hastane tarafından hazırlandı ise, uygulayıcı hekimlerin tümüne, bir uzmanlık derneğinin hazırladığı rehber ise yıllık toplantıda tüm üyelere sunulmalıdır. Bu ilk sunumdan sonra gelen geri bildirimlere göre 3 ay içinde rehbere son hali verilip yayınlanmalıdır.
9. **Uygulama:** Rehber yayınlandıktan sonra uygulanmalıdır. Bu dönem-



de çok yoğun bir eğitim programı yapılmalıdır. Rehber kullanıcıların tümünün kolay ulaşabileceği bir şekilde bulunmalıdır. Bazı rehberlere dayanılarak kritik yol haritaları veya klinik yönetim protokolleri hazırlanabilir.

10. **Değerlendirme ve tekrar gözden geçirme**: Rehber uygulamaya konduktan itibaren her yıl klinik, ekonomik ve hasta bazlı sonuçlar değerlendirilmelidir. Spesifik hastalık, sorun veya işlem ile ilgili sonuçlarda bir iyileşme olup olmadığı saptanmalıdır. Buna göre gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Bu süreçle rehberlerin "yaşayan belgeler" haline getirilmesi sağlanmış olur. Tıp ve klinik uygulama rehberleri dinamik kavramlar olarak kabul edilir.

Klinik uygulama rehberleri neden önemli?

Rehberler hekimlere karar verme sürecinde önemli katkıda bulunma potansiyeline sahiptir. Kalite iyileştirme programlarında hekimlerin uygulamalarını değerlendirmede yararlı olurlar. Gereksiz ve kanıta dayalı olmayan uygulamaları sınırlamada yardımcı ve yol gösterici olabilirler. Bu etkileri ile rehberler sürekli profesyonel gelişime ve kalite iyileştirmeye katkıda bulunurlar.

Klinik uygulamalardaki farklılıklar hem sağlık hizmeti kalitesini etkilemekte hem de ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Klinik uygulamalardaki farklılıklar istenmeyen ve sunulan sağlık hizmetini zora sokan uygulamalardır. Rehberler bu farklılıkların azaltılmasına da yol açabilirler.

Rehberlerin bir diğer önemli rolü kritik yol haritalarının hazırlanmasındadır. Rehberlere dayanılarak adım-adım hasta bakımı yol haritaları hazırlanabilmektedir. Örneğin pnömoni yönetiminde hastaneye yatması gereken hasta, yapılacak tetkikler, antibiotik seçimi, yan etkilerin saptanması ve tedavisi gibi konular rehberlere dayanılarak yol haritası halini almıştır.

Rehberler ve bunlara bağlı olarak geliştirilen kritik yol haritaları performans değerlendirmede kullanılabilir. Bu uygulamaların örnekleri arasında pnömoni yönetimi önemli bir yer tutar. Rehberlere dayanılarak performans kriterleri geliştirebilir, örneğin pnömonili hastalarda kan kültürü alımı, altı saat içinde antibiotik tedavisine başlama, seçilen antibiotiklerin rehbere uyumu, v.b.

Klinik rehberler hazırlanırken bilimsel verilerin global, uygulamaların ise yerel olduğunu sürekli hatırlamakta yarar vardır.

Rehberler bir yemek kitabı, maliyet-kısıtlama için geliştirilmiş bir yöntem, hekimlerin otonomisini azaltan bir uygulama olarak kabul edilmemelidirler. Bu şekilde kabul edilmeleri, benimsenip uygulanmalarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Rehberlerin özellikle kronik hastalıkların yönetiminde kullanılması ile hem klinik, hem hasta bazlı ve hem de ekonomik iyileşmelerin elde edilebileceği pek çok çalışmada gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre yapılan değerlendirmeler ve tekrar gözden geçirmeler ile rehberler sürekli yenilenmekte ve sağlık hizmeti kalitesinde iyileşmelere yol açmaktadırlar.

Klinik Uygulama Rehberlerinin Sınırları Nedir?

Öncelikle, bilimsel değişim çok hızla olmaktadır. Yeni tedaviler, yeni tanı yöntemleri ve koruyucu önlemler çok hızla gelişmektedir. Bu nedenle rehberlerin bilimsel dinamizme ayak uydurması gerekmektedir.

İkinci olarak, rehberlerin bir karar-destek aracı olarak kabul edilmesi gerekir. Rehberler mutlaka uyulması gereken kesin hükümlü belgeler değildir. Tanımda da belirtildiği gibi hekim ve sağlık çalışanlarına yol göstermek, yardımcı olmak amacı ile geliştirilmişlerdir. Bu nedenle uygulayacıların %100 uymaları beklenemez. Ancak bu rehberlerde yer alan performans kriterlerinin veya göstergelerin, sağlık hizmeti sunumunu ölçmede önemli rolleri olduğu açıktır.

Son olarak, klinik uygulama rehberleri doğru bir şekilde uygulanmadıkları sürece bir işe yaramazlar, klinik sonuçlara olumlu etkileri görülemez. Bu nedenle de rehberlerin uygulanması, ama doğru uygulanması önemlidir.

Rehberler dinamik ve değişim içeren belgelerdir, bilimsel ve teknolojik gelişmelere uyum sağlamalı, yakından izlenmelidirler. ■



Kaynaklar

1. Akalın HE. Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme. ANKEM Dergisi 2000; 14: 254-257.
2. Akalın HE. Sağlık hizmetlerinde kalite: Temel kavramlar, sorunlar ve çözüm yolları. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 2002; 6:173-177.
3. Akalın HE. Surgical prophylaxis: the evolution of guidelines in an era of cost containment. J Hosp Infect 2002; 50(Supplement A):53-57.
4. Burke JP. Role of practice guidelines in an era of quality of care. Respiratory tract infections. H. Erdal Akalın, editor. Proceeding from the Third Net Care Meeting, 2001:30-36.
5. Clancy CM, Cronin K. Evidence-based decision making: global evidence, local decisions. Health Affairs 2005; 24:151-162.
6. Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guvatt G for the Evidence Based Medicine Working Group, Users guides to Evidence-based medicine. JAMA 1995; 274:570-4, 1630-2.
7. Institute of Medicine. Applying evidence to health care delivery. in Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st Century. National Academy of Sciences, 2001:155-174.
8. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, et.al. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. CID 2003; 37:1405-1433.
9. Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-based quality improvement. The State of the Science. Health Affairs 2005; 24:138-150.
10. Watters WC. Clinical guidelines strengthened by evidence-based practice.
11. Woolf SH. Evidence-based medicine and practice guidelines: An overview. Cancer Control 2000; 7:362-367. AAOS Now, January/February 2007; p: 60.
12. Clinical practice guidelines. Primer. Management Decision and Research Center, Health Services Research and Development Service, Office of Research and Development, Department of Veterans Affairs, in collaboration with Association for Health Services Research, 1998.

Kanıta Dayalı Uygulamalar için Yeterli Kanıtımız Var mı?

Esat N. ERYILMAZ
Süreç Analizi ve Tasarımı Danışmanı,
Elektronik ve Haberleşme Müh.

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI
Genel cerrahi uzmanı,
Anadolu Sağlık Merkezi Tıbbi Direktörü

"KANIT" konusuna dayalı düşüncelerimizi ifade etmeye başlamadan önce başlıktaki "UYGULAMALAR" sözcüğü ile ne kastettiğimizi netleştirelim. Kastettiğimiz uygulamalar, sağlık hizmeti bağlamındaki klinik uygulamalar ve bunların ilişkili alanlara yansımalarıdır. Bu çerçevede ele alındığında, bilimsel tıbbi kanıtların temel karakteri "DENEY YA DA DENEYİMLE DOĞRULANMIŞ" olmalarıdır. Meslek mensupları tarafından kabul görmesi beklenen "TIBBİ KANITLAR" bilimsel verilerden ve vargılardan yola çıkılarak ulaşılmış, diğer bir deyişle deneylerle ve deneyimle geçerliliği doğrulanmış ifadelerdir. Kanıtları doğrulayan ya da geçerliliğini yürürlükten kaldıran veya revize edilmesini gerektiren kavramsal dayanaklar olmadan kanıttan söz etmek mesleki uygulamaların yanı sıra meslek etiği ilkelerine ve bilimsel bilgilere uygun düşmez.


Esat N. ERYILMAZ

Sağlık hizmetlerinin kalitesi çok çeşitli açılardan inceleme ve değerlendirmelere konu edilmektedir. Bu çalışmalarda göz ardı edilen önemli bir konu, veri ve enformasyonun kalitesidir. Veri ve enformasyonkalitesi uluslararası ölçekte yeni yeni profesyonellerin gündemine oturmaktadır. Yalnızca bu konuya dönük bir derginin yayın hayatına geçen yıl (2009) başlamış olması aslında şaşırtıcıdır [3]. Bu yeni dergi, yakında yayınlanacak olan özel sayısını "Sağlık Hizmetlerinde ve Sistemlerinde Enformasyon Kalitesi" konusuna ayırmıştır (Bkz. Şekil-1).



Şekil-1 Veri ve Enformasyon Kalitesi Dergisinin Sağlıkta Enformasyon Kalitesine ayrılan Özel Sayısının Duyurusu

Konunun literatüre nasıl yansıdığının bir analizini yapmaya kalkışmak ayrı bir yazıya konu edilecek kapsamdadır. Bu nedenle, sadece Elsevier Science Direct üzerinden kısa bir örnekleme ile yetinilecektir. "Kanıta Dayalı Tıp" anahtar sözcükleriyle yapılan bir taramanın [4] sonucu 13,932 makale vermektedir [5]. Makale sayısının yıllara göre dağılımına bakıldığında 1992'de üç ve 1993'de ise sadece iki yayının varlığına işaret edilmektedir. Bunun değişik nedenleri var-

dır ve doğru analiz edilmelidir. Bu sayı 2003'de 874'e, 2009'da 1932'ye ulaşırken 2010 yılının daha ilk üç buçuk ayında 751 olmuştur.

Kalite penceresinden bakıldığında, sağlık hizmetinin kalitesi tek parametreli ve az göstergeli bir yaklaşımla açıklanamaz ve ölçülemez de. Bu nedenledir ki sağlıkta kalite literatürde, girdileri, çıktıları, süreçleri ve sonuçları de dikkate alacak şekilde çok farklı yaklaşımlarla tanımlanmaya çalışılmıştır. Bunları karşılaştırmalı olarak örneklemek ve bir tanımlar yelpazesi sunmak yerine; bu yazı çerçevesinde "SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ" ni şu şekilde benimseyerek devam etmek amaçlarımız için yeterli olacaktır:

Sağlık hizmetinin kalitesini:

(a) **Uygun sağlık hizmetinin zamanında ve yetkin sağlık profesyonellerince verilmesi** ve

(b) **Uygun olduğu düşünülen bu sağlık hizmeti hastaya –uygun kaynakları harcayarak ve mümkün olan en gelişmiş meslek standartlarına göre- verilirken; verilen hizmetten dolayı ya dasunulan hizmetle ilişkili olarak en küçük bir zararın dahi verilmemesi, yani hata yapılmaması**

belirler. Bunların dışındaki her konu ikincil önemdedir ve bu konular, gerektiğinde, gelişmiş yönetim teknik ve teknolojileri aracılığı ile belli bir dereceye kadar çözümlenebilirler.

Toplum yaşamının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin giderek yükseltilmesi ile ilgili hiçbir faaliyet alanında kaynaklar sınırsız değildir. Bu nedenle, insan sağlığı göstergelerinde iyileşme sağlayacak her uygulama kalitenin sürekli gelişiminin somut bir göstergesidir. Böylesi gelişmeleri sağlamanın bilinen tek yolu sağlık hizmeti sunucularının eğitimlerinin her aşamasını ve uzmanlaşma/yetkinleşme basamakları ile tüm klinik uygulamalarını bilimsel verilere ve kanıtlara dayandırmaktır.

KANITA DAYALILIK NASIL ANLAŞILMALI? NASIL ANLAŞILMAMALI?

[A] ***Kanıta dayalılık*** zararlı olanı yapmamak ve zarar oluşmasına yol açabilecek girişimlerden kaçınmaktır. Bunu yapmanın temel koşulu, eğitimin her



Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI

evresinde nelerin zararlı olabileceği konusunun bilimsel veriler esas alınarak işlenmesidir. Uygulama açısından ise, nelerin zararlı olduğu/olabileceğine dair enformasyona bakım noktasında erişim sağlamaktır. Özel bir araştırma yapılmamış olmakla birlikte **"İLAÇ-İLAÇ", "İLAÇ-BESİN"** ve **"İLAÇ-BİTKİ veya BİTKİSEL PREPARATLAR"** konusunda akredite ve güncel bilgi tabanlarının ülkemizde kullanımı yaygın değildir. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme (HTA) alanında da durum aynıdır. Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımından kaynaklanan olumsuz durumlar, bakım noktasında, sistematik bir şekilde sağlık profesyonellerine sunulamamaktadır.

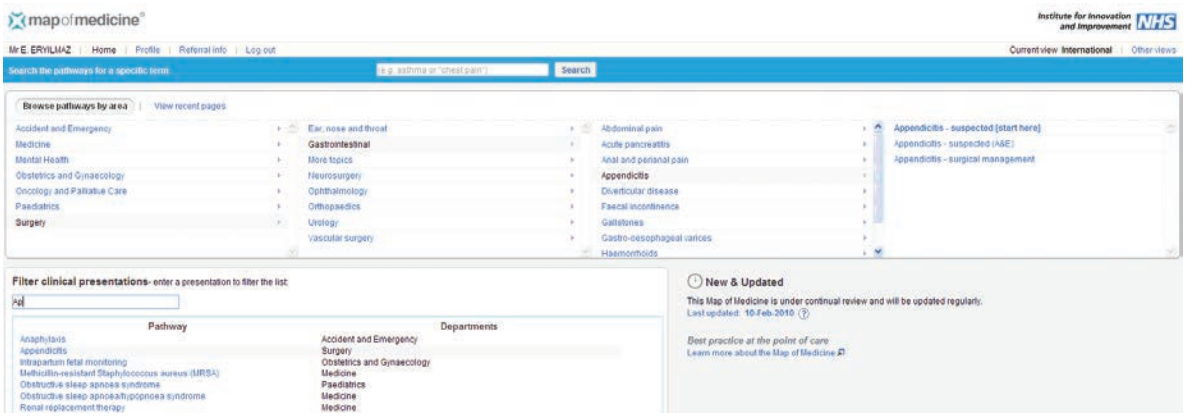
Diğer taraftan, hastalara ne gibi uygulamalar/araçlar/ortam/malzeme kullanımı sonucunda ne tür zararların verilmiş olduğunu şeffaflıkla paylaştıran işleyişlerden söz edebilmek için henüz çok erkendir.

[B] ***Kanıta dayalılık***, sağlık hizmeti sunulan hasta özelinde en iyi sonuçların alınabileceği uygulamalar yapmaktır. Bu sonuçları örneklemek gerekirse yaşam kalitesi, mortalite, belli bir hastalıkla ilgili olarak hayatta kalma süreleri, kaynak kullanımı ve paydaşların memnuniyeti en başta sayılabilir. Bunu gerçekleştirmenin koşullarına değinmek gerekirse:

- Mesleki yetkinlik
- Hızlı karar verebilme becerileri
- Bilgi birikimi
- Deneyim
- Analitik beceriler
- Grup-içi sözel iletişim becerileri
- Bakım noktasında akredite bilgilere erişim olanakları dikkate alınmalıdır.

Bu metnin yazarları, klinik uygulama kılavuzlarını (Clinical Practice Guidelines) "MUTLAK KANIT" olarak değerlendirme eğiliminde değiller. Hastaya sağlanacak yarar[lar] ve hiç ortaya çıkmaması gereken zarar[lar] konusunda "Klinik Kılavuzlar" tek belirleyici olamamaktadır. Klinik kılavuzlar, klinik yol haritalarının (clinical pathways) –olsa olsa- bilgilendirici (informative) alt parçaları olabilirler ve öyle algılanmalıdırlar. Bu farklılaşmayı ve klinik haritalarla kılavuzlar arasındaki ilişkinin daha net görülebilmesi amacıyla, NHS Sağlık Sisteminin geniş bir kesiminde kullanımda olan Map of Medicine altyapısından bazı örnekler [6] izleyen 9 şekilde yer almaktadır (Şekil-2 ve Şekil-10). Bu örneklerin ilkinde (Şekil-2), tıp branşlarının ve alt dallarının sistemdeki yapılanması ve dallanması gösterilmektedir. Burada aynı zamanda, alt dallar kapsamında sistemde bulunan hastalıklar ve durumlarla ilgili listeler bulunur. Sonraki şekillerde de ***"Apandisit"***, ***"Meme Kanseri"*** ve ***"Astım"*** la ilgili ara yüzler örneklenmiştir.

Burada dikkat edilmesi gereken nokta şudur: Bir hasta hiçbir zaman, tek bir kılavuzun –hiçbir adımı atlanmadan- uygulanabileceği yakınma ve hastalıklarla gelmez. Hasta, ele alınan hastalığı, [diğer] hastalıklarının durumu ve sağlık sis-

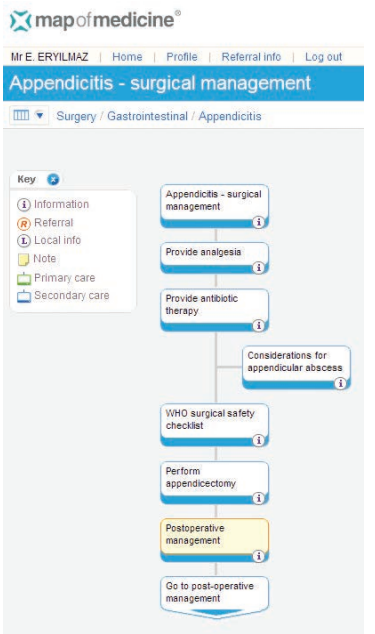


Şekil-2 Map of Medicine Altyapısında Tıp Branşlarının, alt branşların ve ele alınan durumların dallanması

teminin /işletmesinin hangi noktasında bulunduğuna göre; tanı, tedavi ve bakım süreçlerinin her aşamasında ve adımında farklılaşan hizmetlere ihtiyaç duyar. Bu ihtiyaca cevap verebilmenin gerektirdiği bilgi altyapısı ise klinik haritaları gündeme getirir. Böylesi bir uygulamayı destekleyecek özelliklere sahip en kapsamlı içerik NHS tarafından yaygın olarak kullanılan Map of Medicine altyapısında yer almaktadır. Bu sistemde bölgeye, ülkeye ve öncelikli olarak ele alınmak istenen alanlara göre uyarlamalar yapma olanağı vardır. Söz konusu klinik haritaların her noktasından, gerek duyulması halinde yüzlerce klinik kılavuza ve kanıta dayalı uygulama kaynaklarına (Cochrane Library, BNF, BNF for Children, Stockley's Interactions Alerting System vb…) geçiş yapılabilmektedir. Hastanın ve hastalığının durumuna göre, ortaya çıkabilecek zararlar ve yan etkiler, istenmeyen ya da beklenmeyen etkilerle ilgili akredite sistemlere de entegrasyon sağlanmıştır.



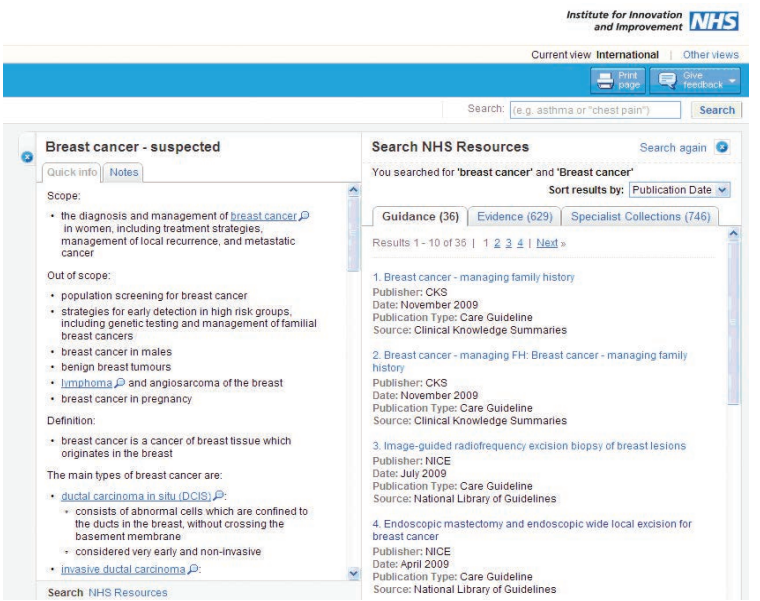
Şekil-3 Apandisitle ilgili klinik harita (Map of Medicine)



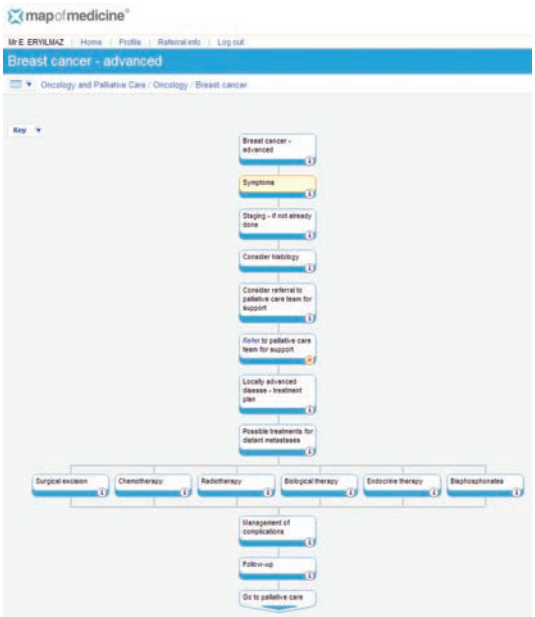
Şekil-4 Apandisitin Cerrahi Yönetimi ile ilgili klinik harita (Map of Medicine)



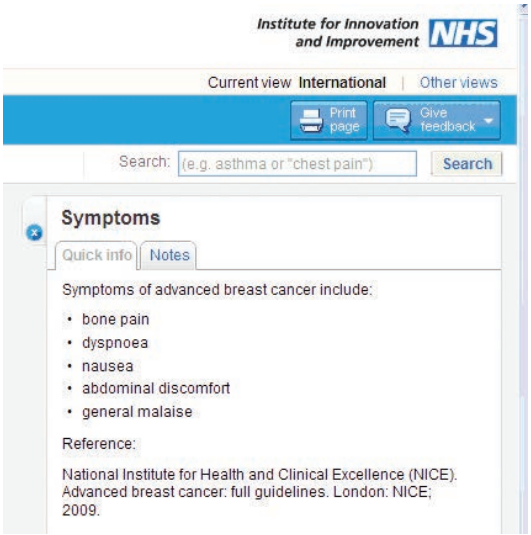
Şekil-5 Meme Kanseri ile ilgili klinik harita (Map of Medicine)



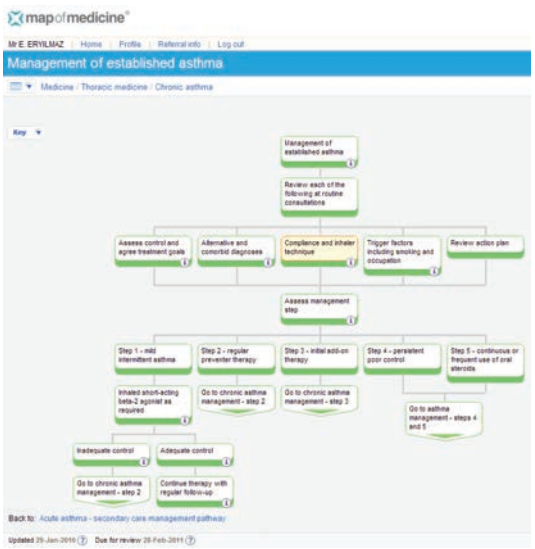
Şekil-6 Meme Kanseri ile ilgili klinik harita (Map of Medicine)



Şekil-7 Meme Kanseri ile ilgili klinik harita (Map of Medicine)



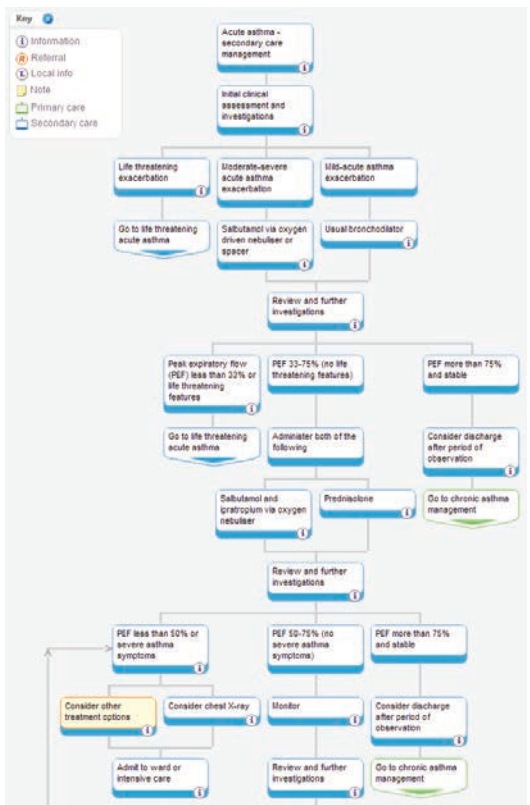
Şekil-8 Meme Kanseri ile ilgili klinik haritanın (Şekil-7) ikinci adımındaki bilgi noktasındaki Semptomların Açılımı (Map of Medicine)



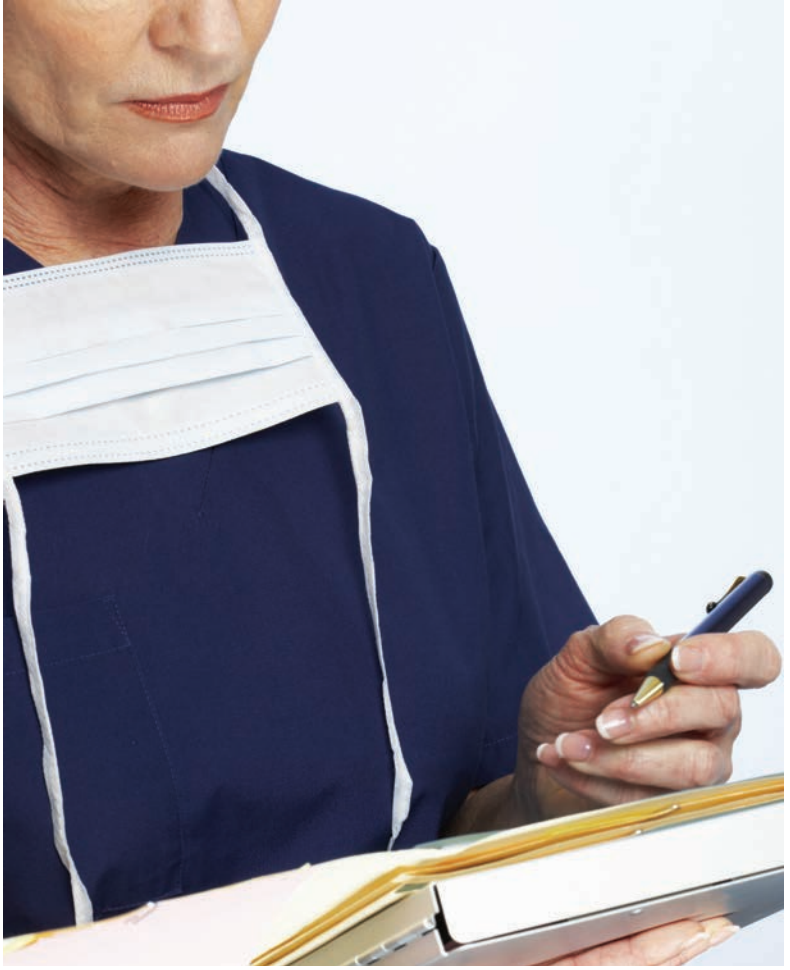
Şekil-9 Astımla ile ilgili klinik harita (Map of Medicine, 2010)

[C] ***Kanıta dayalılık:*** Etkili ve verimli bir şekilde kullanılan şeffaf bir "SONUÇ YÖNETİMİ SİSTEMİ" nin operasyonel kılınmasını ve kullanıcılar tarafından benimsenmesini gerektirir. Bunun olmazsa olmaz koşulu ise kıyaslamaları bilimsel temele oturtacak terminoloji sistemlerini uygulamaya sokmuş olmaktır. Farkındalık oluşturma, aşamalı eğitimler, yetkinlik programları bu bağlamda el atılması gereken önemli ve öncelikli alanlardır [7].

Klinik sonuç yönetimi uygulamalarında başarı sağlamak ve sorunsuz kıyaslama yapabilmek için klinik süreç ve akış bazlı sağlık işletmesi modellerine geçiyor olmak da kaçınılmaz hale gelmiştir. Bilinen ve uygulanmaya çalışılan bütün kalite ve akreditasyon modelleri kendilerini bu yönde revize etme ve geliştirme sürecine girmişlerdir



Şekil-10 Sağlık Sisteminin İkinci Basamağında Akut Astımın Yönetimi ile ilgili klinik harita (Map of Medicine 2010)



(JCI, EFQM, EHSM[6] vb…).

[D] ***Kanıta dayalılık***, kaleme alındığı ve yayınlandığı haliyle bir klinik kılavuzu alıp uygulamak değildir. Böyle yapılmasını öngören veya öneren bir söyleme de bilimsel literatürde raslanmamaktadır.

[E] ***Kanıta dayalılık***, daha az kaynakla daha iyi klinik sonuçlar alınmasına önemli katkı sağladığı kesinleşen bir düşünce ve davranış sistemidir.

[F] ***Kanıta dayalılık***, tıbbi gereklilik ve uygunluk konusundaki bilimsel verilere ve bu veriler üzerinden ulaşılan bilgilere aykırılıklar içeren ödeme sistemlerini reddeder.

[G] ***Kanıta dayalılık***, sağlıkta kalitenin oturması gereken kavramsal konsensus zeminidir.

[G] ***Kanıta dayalılık***, felsefesi ve klinikte ihtiyaç duyulan uygulama haritaları açısından hasta güvenliği söylemlerini kapsar.

Kanıta dayalı klinik uygulamaların bakım noktasında gerçekleşebilmesi için öngörülen enformasyon altyapısı Şekil 11'de gösterilmiştir.

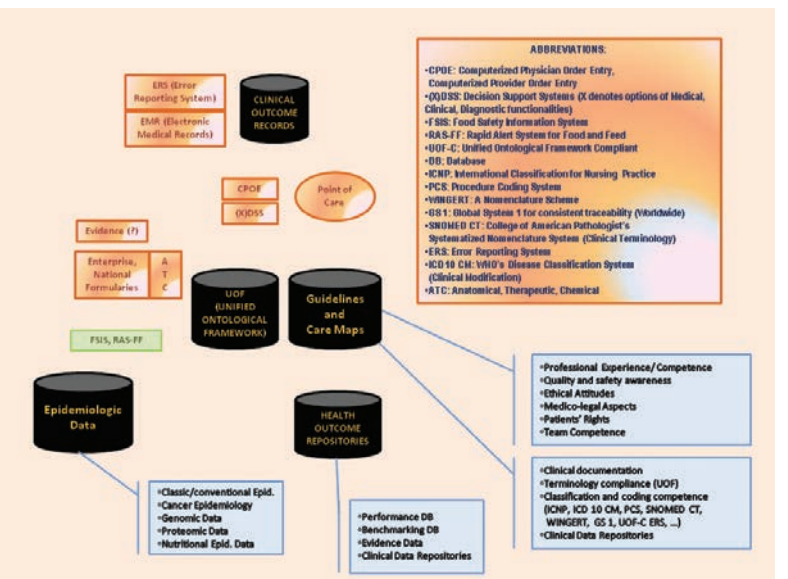
Teknolojinin neredeyse izlenemez bir hızda çeşitlenerek geliştiği bir çağda, hastaya en uygun hizmet[ler]in hiç zarar vermeden sunulabilmesi "KANITA DAYALI UYGULAMALAR" konusunda artık farkındalığın ötesine geçilmesini zorunlu kılıyor.

Bu aşamaların sağlıklı bir şekilde en kısa zamanda geçilerek kurumsal yetkinliklere doğru yol alınması dileğiyle…

Sağlıklı olun ve sağlıklı kalın. ■

(Endnotes)

1. ACM Journal of Data and Information Quality, Vol.1, Number 2, September 2009)
2. Erişim zamanı: 20 Nisan 2010, 09:57
3. Tarama anında sistemdeki ulaşılabilir kaynak sayısı 10,130,826
4. Kurumdan alınan özel izinle (Map of Medicine) Map of Medicine haritaları yalnız bu dergideki makale içeriğinde kullanılmak üzere, Esat N. ERYILMAZ ve Map of Medicine arasında imzalanan sözleşmeye göre kullanılmaktadır. (Telif Hakları Saklıdır.)
5. ICD 10 PCS-X: Tanı ve Tedavi Prosedürleri Kodlama Sistemi; ICNP=Hemşirelik Uygulamaları için Uluslararası Sınıflandırma Sistemi; ,LOINC=Laboratuvar Tetkikleri Kodlama Sistemi; SNOMED CT= Klinik Adlandırma, Sınıflandırma ve Kodlama Sistemi; Entegre Tıbbi Ontolojiler, Sonuç Kategorizasyonu; GS 1 Healthcare= Tıbbi Malzeme ve İlaç Kullanımının Üretimden Hastaya uzanan zincirde izlenebilirliği ile ilgili Uluslar arası sistem; ATC/DDD=Endikasyona Dayalı ve Belirli Hedeflere dönük ilaç kullanımı için geliştirilmiş uluslar arası sistem vb…
6. EHSM: Excellent Health Service Model
7. Inevitable ***Components of and Steps for ADE Management Systems: The Need for a Unified Ontological Framework (UoF) and a More Effective Collaboration in Medication Safety***, Esat N. ERYILMAZ, Ecz. Gül DÜNDAR ve Ecz. Senem Özgür SARI, in ***Detection and Prevention of Adverse Drug Events-Information Technology and Human Factors***, Eds. Regis BEUSCART, Werner HACKLE, Christian NØHR, IOS Press, Technology and Informatics No. 148, 2009.



Şekil-11 Bakım Noktasında Kanıta Dayalı Uygulamalar için Gerekli Enformasyon Altyapısı [7]

JCI hastane akreditasyon süreci



Dr. Murat Yonguç

JCI Akreditasyonu Nedir?
Akreditasyonun kelime anlamı "denkliktir". JCI'ın (Joint Commission Accreditation) amacı sağlık kuruluşlarını yüksek nitelikte hizmet vermesini sağlayacak standartlarla buluşturmak ve bunun sürekliliğini sağlamaktır.

Sağlıkta Akreditasyon düşüncesi, ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde organize olan "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization" (JCAHO) tarafından ortaya atılmıştır. JCAHO 75 yıldan fazla sürede 20.000 sağlık kuruluşunun akreditasyonunu gerçekleştirmiştir.

JCAHO'nun yaptığı başarılı çalışmalar zaman içinde A.B.D dışındaki ülkeleri de etkilemiş, bu nedenle standartların A.B.D dışında da yaygınlaştırılması amacıyla 1998 yılında Joint Commission International Accreditation (JCI) kurulmuştur.



JCI'ın amacı ve hedefi nedir?
JCI uluslararası düzeyde akreditasyon standartlarını belirleyerek bu standartları bölgesel farklılık ve gereksinimlere uyarlayan bir kuruluştur. Bu bağlamda:

- Akreditasyonun bölgelere göre değişmeyen, uluslararası ortak standartları vardır.
- Bu standartların uygulanmasında, toplam kalite yönetimi ve sürekli iyileştirme ilkeleri esas alınmıştır.

Temel ve değiştirilemez standartlar dışında akreditasyon süreci ülkelerin yasal ve kültürel şartlarına göre düzenlenebilmektedir.

JCI ile işbirliği içinde olan ülkeler
Arjantin, Brezilya, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Güney Afrika, İsviçre, İspanya, Macaristan, Meksika, Polonya, Romanya, Rusya, Suudi Arabistan, Slovak Cumhuriyeti, Türkiye, Venezuela, İngiltere, Fransa, Almanya, İskoçya, Hollanda, Lübnan, Kuveyt, Nikaragua, Danimarka, Belçika, İtalya

JCI, A.B.D dışında çalıştığı ülkelerde 190 civarında hastaneyi akredite etmiştir. Türkiye'de bugün için 20'den fazla sağlık kuruluşu akreditasyon belgesi almaya hak kazanmıştır.

Akreditasyon sürecinin işleyişi:
Sağlık İşletmeleri JCI tarafından Akredite olmaya karar verdikten sonra yapılması gereken ilk iş bir çalışma planı ve iş takviminin oluşturulmasıdır, aksi takdirde bir süre sonra çalışmaların bütünlüğü kaybolabilir.

Daha sonra bu vizyonun çalışanlarca paylaşılmasını sağlayacak genel bilgilendirme toplantıları gerçekleştirilmelidir. "Akreditasyon Proje Çalışmaları"na katılacak kişiler de yine bu toplantıların sonunda gönüllülük esasına dayalı olarak belirlenebilir.

Akreditasyonun uzun ve zorlu bir yolculuk olduğu unutulmamalı bu amaçla mümkün olan en fazla sayıda kişinin bu çalışmalarda yer alması sağlanmalıdır. Akreditasyon çalışmalarını her bir başlık için oluşturulan bir komite ile sürdürmek en pratik yaklaşımdır. Bu komitelerde de mümkünse o sürece eli değen herkes yer almalıdır.

JCI Standartlarının karşılanmasında önemli bir adımı dokümantasyon ve kayıt sistemi oluştururken diğer adımını ise Mimari standartlara uygunluk oluşturmaktadır. Fiziki alanlarda yapılacak olan düzenlemeler zaman ve bütçe gerektirdiğinden, çalışanların tespitinden sonra yapılacak ilk iş kuruluşun tüm alanlarını kapsayan bir denetimle, Hasta Güvenliği, Yangın Güvenliği, Enfeksiyon Kontrolü gibi alanlarda mevcut durumun ortaya konulmasıdır.

Burada en çok merak edilen konu eski yapılarda hizmet veren sağlık kuruluşlarının akredite olup olamayacağıdır. Unutulmamalıdır ki akreditasyon bir risk yönetim tekniğidir, tespit edilen risklere yönelik tedbir alınır ve çözümün etkinliğini kontrol etmek için alan bir süre izlemeye devam edilir. Örnek vermek gerekirse binamızın bir yerinde mimari yapıdan kaynaklanan bir girinti olsun, eğer bu girinti poliklinik hasta bekleme salonunda kalıyor ise bu tip yerlerin temizliğine daha fazla dikkat gerektirecek yazılı düzenleme yapabilirsiniz. Fakat bu alan yoğun bakım içerisinde ise o zaman temizliğin yanı sıra dezenfeksiyon önlemlerini de içeren düzenlemeler gerekir ve alınan tedbirin etkinliği de izlenmek zorundadır.

Akreditasyon denetimi :
Çalışmalar tamamlandı ve simülasyon sonuçları da tatmin ediciyse sıra denetim aşamasına gelmiştir. Bu amaçla JCI'ın web sayfası üzerinden online başvuru yapılabilir. Bu aşamada kuruluşa ait bilgilerin gönderilmesinden sonra kuruluşun büyüklüğü ve hizmet yapısına göre JCI tarafından bir denetim süresi ve planı oluşturulur. Bu planla birlikte sözleşme kuruluşa gönderilir, sözleşmenin imzalanıp gönderilmesi ile süreç resmen başlamış olur.

Denetimin süresi hastanenin büyüklüğüne göre 3-7 gün arasında değişmektedir. Denetim En az 3 kişilik bir ekiple yapılmakta, ekipte yer alan, alanlarında uzman bir doktor, bir hemşire ve bir hastane yöneticisi kurumun standartlara uyumunu değerlendirmektedirler.

Denetim planlanırken mümkün olan en fazla işlem, uzmanlık alanı ve ekipman kullanımı gerektiren hastalar göz önünde bulundurulur. Örneğin; acil servisten giriş yapılarak ameliyata alınmış daha sonra yoğun bakım ve serviste tedavisi devam etmiş olan hastalar denetim planında yer alır. Bu amaçla;

- Personel ve hastalarla sözlü mülakatlar yapılır,
- Sahada hasta bakımı süreçlerini ve bakım hizmetlerini iyileştirme çalışmaları incelenir,
- Politika, prosedür ve kayıtlar ile hastalara ait tüm tıbbi kayıtlar incelenir,
- Akreditasyon bir süreç olarak ele alınıp sonuçlar değerlendirilir.

Yaygın olarak sağlık kuruluşları en az 2 denetim sonucunda akreditasyon belgesini almaya hak kazanmaktadırlar, ancak son dönemlerde tek denetimle akredite olabilen sağlık kuruluşları da mevcuttur. Ancak tek denetimin ardından genellikle kapatılamayan başlıklar için sadece bazı alanlara az sayıda kişi ile kısa süreli gerçekleştirilen (Focus Survey) denetimler ya da sadece doküman veya kayıt bazında kanıtlarla yapılan (Follow Survey) denetimlere gerek duyulmaktadır.

Her bir denetim, denetçi/konsültanların yol, konaklama giderleri ile JCI'a ödenecek denetim ücretlerinden oluşan yaklaşık 40.000-50.000 $'lık bir maliyetle gerçekleşmektedir. Bu ücretin yarısı peşin diğer yarısı da denetim sonrasında ödenmektedir.

Eğer profesyonel bir destek alınmıyorsa 2 denetim sağlık kuruluşları açısından daha uygun olabilir. Çünkü bazen iki denetimin maliyetinden kaçarken çok daha fazla denetim dolayısıyla harcama ile karşı karşıya kalınabilmektedir. Ön denetim ve Belgelendirme Denetimi JCI'ın farklı bölümlerinde çalışan uzmanlarca gerçekleştirilmektedir.

Ön denetim (Mock Survey) JCI konsültanlarınca gerçekleştirilmekte olup,



yapılan denetim sonucunda kuruluşa iyileştirme alanlarını ve bunlara yönelik çözüm önerilerini iletirle; başka kuruluşların bulduğu en iyi uygulamalar denetimin gerçekleştirildiği sağlık kuruluşu ile paylaşılmaktadır. Oysa direkt olarak denetime müracaat edildiğinde gelen denetçiler çoğunlukla konsültan hizmeti vermeyip sadece eksik bulguları içeren bir rapor sunmaktadırlar.

Akreditasyon çalışmalarının belgelendirilecek düzeye getirilmesi için geçen süre kurumun büyüklüğü, çalışan sayısı, yatak kapasitesi fonksiyonlarının çeşitliliği gibi nedenlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Proje süresindeki önemli diğer bir etken de kurumun daha önce bir kalite siteminin olması veya bu alanda yürütülen kalite çalışmalarının varlığıdır.

Akreditasyon dinamik bir süreçtir ve bir hastanenin akredite edilmesi, bu süreç içerisindeki çalışmalarının sona erdiği anlamını taşımaz. Akredite olan hastanelerin kontrol denetimleri JCI tarafından Amerika'da yılda bir, Amerika dışında ise üç yılda bir tekrarlanmaktadır. Kontrol denetimlerinde akreditasyon standartlarından sapma olduğunda, verilen belgenin önce askıya alınması sonrasında hala düzeltilemez ise Akreditasyon Belgesinin iptali söz konusu olabilmektedir. ■



Fatma Gündoğdu

Sağlık Alanında Verilen Hizmetin Kalitesinin Ölçümü ve Değerlendirilmesi

Sağlık hizmeti koruyuculuk, erken tanı ve tarama, tedavi, palyatif bakım ve rehabilitasyon olmak üzere bir çok hizmet türünden oluşmaktadır. Hizmet çeşitliliğinin fazla olması ve verilen hizmetin insanı doğrudan etkileyecek olan bedenine geri dönüşümsüz olarak veriliyor olması hizmetin kalitesinin ölçülmesini, değerlendirilmesini önemli kılmakta ve zorunlu hale getirmektedir.

Hizmet çeşitliliğinin fazla olması ve verilen hizmetin insanı doğrudan etkileyecek olan bedenine geri dönüşümsüz olarak veriliyor olması hizmetin kalitesinin ölçülmesini, değerlendirilmesini önemli kılmakta ve zorunlu hale getirmektedir.

Ancak sağlık alanında özellikle karmaşık değerlendirme ve bakım yaklaşımları gerektiren kritik alanlarda (yoğun bakım üniteleri, acil üniteleri, klinikler v.b.) verilen sağlık hizmetinin kalitesini ölçmek oldukça zordur. Kalitenin ölçülmesini zorlaştıran başlıca faktörler;

- Hizmet verenlerin doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist v.b. birden çok meslekten oluşması,
- Bu mesleklerin kendi içinde bile çeşitli uzmanlıklara ayrılmış olması,
- Sağlık mesleklerinin kendi içinde ve birbirleri olan iletişim ve işbirliğinin önemi,
- Teknik bilgi ve donanımın çok hızlı gelişmesi,
- Var olan mesleki bilginin miktarca artması ve çok hızlı değişmesi,
- Her insanın kendine özgü bireysel farklılıkları olması nedeniyle verilen sağlık hizmeti sonucunun önceden tahmin edilememesi
- Sağlık Hizmetleri il ilgili kayıt sistemlerinde, veri ve enformasyonun paylaşımını olanaklı kılacak standart tanımlamaların henüz uygulamalara yansıtılamamış olmasıdır.

Sağlık alanında kalitenin değerlendirilmesinde ilk zamanlarda günümüzde de halen geçerliliğini koruyan kayıtlar üzerinde durulmuştur. Yapılan değerlendirme ve işlemler ne kadar ayrıntılı kaydedilirse ve sağlık çalışanları arasında paylaşılırsa kalitenin buna paralel olarak arttığı görülmüştür. Kayıtların değerlendirilmesini sağlık alanında oluşturulan standartlar izlemiştir. Oluşturulan standartlara göre bu standartların yerine getirilip getirilmemesine göre değerlendirme yapılmıştır. Günümüzde ise kalitenin değerlendirilmesinde iyi bir kayıt sistemi ve standartların yerine getirilmesinin yanı sıra, klinik rehberlerin ve kalite göstergelerinin oluşturulması, bu rehberlere göre hizmet verilmesi ve gösterge sonuçlarının değerlendirilerek hizmette iyileştirme yapılmasına yönelik çalış-



Florence Nightingale'in 1854'te çalışmaya başladığı Selimiye Kışlası'ndaki geçici hastane. (Taş Baskı,1856)

Günümüzde ise kalitenin değerlendirilmesinde iyi bir kayıt sistemi ve standartların yerine getirilmesinin yanı sıra, klinik rehberlerin ve kalite göstergelerinin oluşturulması, bu rehberlere göre hizmet verilmesi ve gösterge sonuçlarının değerlendirilerek hizmette iyileştirme yapılmasına yönelik çalışmalar yaygın hale gelmiştir.



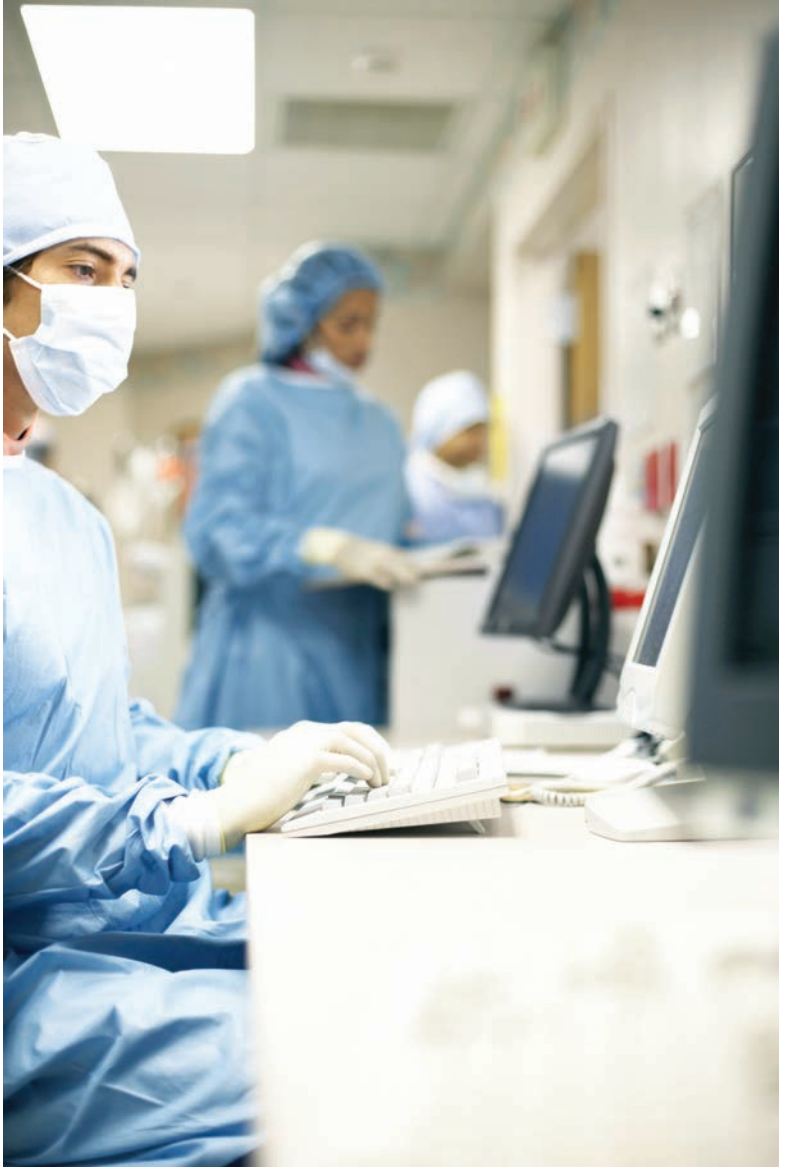
malar yaygın hale gelmiştir. Rehberlerin oluşturulmasında yapılan etkin araştırma sonuçlarının kullanılması ve sağlık hizmetini veren doktor, hemşire diyetisyen v.b. sağlık mesleklerinin bir arada oluşturmasına önem verilmektedir.

Sağlık alanında önemli bir yere sahip olan ve sayı olarak ta sağlık ekibinin önemli bir bölümünü oluşturan hemşirelik mesleğinde ise kalite ile ilgili ölçümler modern hemşireliğin kurucusu olarak benimsenen Florance Nightingale'in 1854'lü yıllarda Kırım Savaşı'nda görevli iken, askeri hastanelerde güvenli gıda ve su temini, çevre temizliğinin iyileştirilmesiyle ölüm oranlarının azaldığını istatistiksel olarak göstermesiyle başlamıştır.

Hemşirelik mesleğinin bakıma yönelik hizmetinin ağırlıklı olması, bakım kalitesinin değerlendirilmesine ve bakım kalitesini etkileyen faktörlerin saptanmasına yönelik çalışmalar yapılmasına neden olmuştur.

Tablo 1 Hemşirelik Kalite Göstergeleri Ulusal Veri Tabanı Göstergeleri

Gösterge	Alt Göstergeler
1. Hasta başına düşen hemşire bakım saati (günlük)	a. Kayıtlı hemşire b.Uygulama için lisanslı c. Bakıma yardım eden personel
2. Hasta düşmeleri	
3. Düşme sonucu yaralanmalar	a. Yaralanma düzeyi
4. Pediatrik ağrı değerlendirmesi, girişim ve tekrar değerlendirme siklusu	
5. Pediyatrik periferal İ.V. infiltrasyon hızı	
6. Bası yarası prevalansı	a. Toplum kaynaklı b. Hastaneden kaynaklı c. Ünite kaynaklı
7. Psikiyatrik, fiziksel/seksüel taciz oranı	
8. Kısıtlama prevalansı	
9. Hemşire eğitimi/sertifikasyon	
10. Hemşire memnuniyet oranı	a. İş memnuniyet skalaları b. İş memnuniyet skalaları-kısa form c. Uygulama alanı skalası
11.Karma beceriler: tüm hemşireler tarafından verilen bakımın yüzdesi	a. kayıtlı hemşireler b. uygulama lisansı olan hemşireleri c. Bakıma yardımcı personel d Tüm personel tarafından sağlanan toplam hemşirelik saatinin yüzdesi
12. İsteyerek işten ayrılan hemşire oranı (nurse turnover)	
13. Boş hemşire kadrosu	
14. Nazokomial enfeksiyonlar a. Üriner kateter ile ilişkili üriner yol enfeksiyonları b. Santral venöz kateter ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları c. Ventilatör ile ilişkili pnömoniler	



Amerikan Hemşireleri Derneği, Amerika'daki hastanelerden elde edilen verilerle, Hemşirelik Kalite Göstergeleri Ulusal Veri Tabanı'nı (The National Database of Nursing Quality Indicators) oluşturmuştur. Tablo 1'deki göstergeler değerlendirildiğinde hemşire sayısının, eğitimin niteliğinin, hizmet kalitesini etkileyen göstergeler olduğu görülmektedir (2).

Dunton ve arkadaşlarının bakım sonuçları ile hemşirelik iş gücü niteliği ilişkisine yönelik yaptıkları araştırmada her bir hastada günlük total hemşirelik bakım saatinin bir saat arttırılması ile düşme hızının % 1,9 oranında azaltıldığı, çalışma yılı bir yıl daha fazla olan hemşirelerle kıyaslandığında düşme oranının % 1 azaldığı görülmüştür. Hemşirelik kalite göstergelerinin birbiriyle ilişkisi üzerine daha fazla çalışmanın yapılması önerilmektedir(1). Ülkemizde de, hastanelerin kalite değerlendirmesine yönelik yapılan ulusal (T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı) ve uluslar arası (JCI v.b.) kalite değerlendirmeleri ile birlikte düşme oranı, bası yarası oranı gibi bazı hemşirelik kalite göstergelerinin kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi tarafından yürütülen "Hastanelerde Kalite Geliştirme için Performans Değerlendirme Araçları (PATH)" adlı projenin 2009 yılında başlayan fazına Bakanlığın sağlık kurumlarının, kalite ve kurumsal performansının geliştirilmesi amacıyla katılmış ve gönüllü devlet, üniversite ve özel hastanelerin katılımıyla projeyi yürütmektedir (3). Ancak hem hemşirelik kalite göstergelerinin hem diğer kalite indikatörlerinin mevcut değerlendirmesine yönelik ulusal düzeyde daha kapsamlı proje ve çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Sonuç olarak sağlık hizmetinin çeşitliliği, hizmet verenlerin çeşitliliği, hizmet verenlerin mesleki yeterliliği, teknolojik ve bilimsel gelişmelerin takibinin gerekliliği ve hizmet verilen her bir bireyin kendine özgü olması nedeniyle karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu nedenle tek bir ölçütle hizmetin kalitesinin değerlendirilmesi hatalı değerlendirme yapılmasına neden olabilmektedir. Sağlık ekibinin işbirliğinin arttırılması ve iletişiminin etkin kılınması, rehberlerin oluşturulması ve uygulamaya sokularak yaygınlaştırılması, mesleki yeterliliğin arttırılmasına yönelik çalışmaların teşvik edilmesi, mesleki derneklerin rehber geliştirmede ve mesleki yeterliliğin geliştirilmesinde etkin rol alması ile sonuçlar daha objektif değerlendirilebilecektir. ■

Sağlık ekibinin işbirliğinin arttırılması ve iletişiminin etkin kılınması, rehberlerin oluşturulması ve uygulamaya sokularak yaygınlaştırılması, mesleki yeterliliğin arttırılmasına yönelik çalışmaların teşvik edilmesi, mesleki derneklerin rehber geliştirmede ve mesleki yeterliliğin geliştirilmesinde etkin rol alması ile sonuçlar daha objektif değerlendirilebilecektir.

Kaynaklar

1. Dunton N., Gajewski B., Klaus S., Pierson B., "The Relationship of Nursing Workforce Characteristics to Patient Outcomes" © *2007* OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Article published September 30, 2007
2. Montalvo, I., (September 30, 2007) "The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI®)" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 12 No. 3, Manuscript 2. Erişim: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.aspx
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı PATH projesi erişim:www.path.saglik.gov.tr

uhs

uhs uluslar arası konferans ve eğitim alanında yaratmış olduğu markası **Global Health Conferences** olarak **City of London College** işbirliği ile sağlık yönetimi ve işletmeciliği alanında diplomalı eğitim programları düzenlemektedir.

uhs sağlık profesyonelleri ve yönetici hekimlerin kariyerlerine, yönetim becerilerinin gelişimine ve yaşam tarzlarına ilişkin tüm güncel konuları, haberleri ve olayları bulabilecekleri **hospitalmanager** dergisini yayınlamaktadır.

Eğitim

Yayıncılık



Danışmanlık

uhs sağlık sistemimizde karşılaşılan sorunların aşılması, uzun vadeli sağlam sağlık politikaları oluşturulması ve ayrıca sağlık işletmelerimizin rekabet avantajlarını geliştirip, pazar paylarını arttırarak, etkili ve verimli işleyen sağlık kuruluşları olmaları için gerekli tüm danışmanlık ve eğitim hizmetini vermektedir.

uhs ülkemizde sağlık yönetim bilgi ve becerilerinin gelişimi ve sağlıklı politika üretimi için **Global Health Conferences** olarak ulusal ve uluslararası konferanslar düzenlemektedir.

Konferans

Global Health Conferences

hospitalmanager

City of London College

Kuleli Sokak No: 57/1,
G.O.P. / ANKARA
Tel : 0 312 446 91 14
Faks : 0 312 446 91 17
info@uhs-tr.com
www.uhs-tr.com

Sağlıkta kalite haftası 2010 etkinlikleri 28-30 nisan tarihleri arasında İstanbul'da yapıldı

ESQH [1] (Avrupa Sağlıkta Kalite Derneği) ve SKİD (Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği) tarafından düzenlenen "SAĞLIKTA KALİTE HAFTASI – 2010" toplantıları İstanbul'da yapıldı. Üç gün süren toplantıların ilk gününde, Sağlıkta Yalın 6 Sigma konusu ele alındı ve Kirk PALUSKA tarafından konunun genel çerçevesi katılımcılara aktarıldı. Sağlıkta Yalın 6 Sigma toplantısı, "Sağlıkta Yılın Başarı Öyküsü" anlatımıyla sona erdi.

Toplantıların ikinci gününde (29-Nisan-2010) SKİD ve KALDER adına yapılan açılış konuşmalarının ardından, ESQH Başkanı Paul Bartels ve Basia Kutryba performans ölçümü konusundaki durumu ve gelişmeleri özetlediler. 7. Çerçeve kapsamında yürütülmekte olan DUQuE [2] Projesinin gerekçeleri ve amaçları konusu, araştırmanın Türkiye Bileşeninin Proje Direktörü Esat N. ERYILMAZ tarafından katılımcılara aktarıldı.

İkinci gün toplantısı: (1) Hemşirelikte Performans Ölçümü; (2) Türkiye'de Sağlıkta Performans Ölçümü ne Durumda? ve (3) Türkiye'de Sağlıkta Performansı Nasıl Ölçmeliyiz? Konularının masaya yatırıldığı panellerle devam etti. Hemşirelikte Performans Ölçümü panelini yöneten ASG Hemşirelik Hizmetleri Direktörü Saliha KOÇ konunun kısa bir tarihçesinden sonra hemşirelik hizmetlerinin klinik süreçlerin bütünü içerisindeki konumlanması ve performansın ölçüm zorlukları konusuna değinerek konunun diğer boyutlarını incelemek üzere ASM Hemşirelik Hizmetleri Direktörü John CROSSLEY ve toplantıya SANERC adına katılan Nilgün GÖKTEPE'ye söz verdi. Panel sonunda, performans ölçümü alanındaki zorlukların nasıl aşılabileceği ve hareket tarzının nasıl olması gerektiğine dair değerlendirmeler yer aldı.













Sağlıkta Performans Ölçümünün ülkemizdeki durumunun ele alındığı ikinci panelde ise, SKİD Yönetim Kurulu Üyesi Ömer GÜZEL'in yönetiminde Sağlık Bakanlığı, Yeditepe Üniversitesi, Kadıköy Şifa Hastanesi ve İzmir Kent Hastanesindeki uygulamalara yer verildi.

ASM Tıbbi Direktörü Prof. Metin ÇAKMAKÇI tarafından yönetilen üçüncü ve son panelde, Türkiye'de Sağlıkta Performansın nasıl ölçülmesi gerektiği konusundaki görüşler değerlendirildi. Panelin konuşmacıları ESQH Başkanı Paul Bartels, ESQH 'den Dr. Charles Shaw, Sağlık Bakanlığı temsilcisi Dt. İsmail Serdaroğlu, ESQH'in önceki başkanı Basia Kutryba ve JCI Avrupa Bölge Direktörü Dr. Carlo Ramponi idi. JCI Avrupa Bölge Direktörü Dr. Ramponi, bu konuda kapsamlı ve sistematik bir değerlendirmenin ardından, Singapur'daki uygulamaların ve devletin konuyu sahiplenme düzeyi ile ilgili ilginç örnekler sundu. DR. Charles Shaw ve Paul Bartels ise, özellikle nelerden kaçınılması gerektiğini geçmişteki ülke deneyimlerine dayanarak vurguladılar. Özellikle Dr. Charles Shaw, işin mantıksal kurgusu yapılmadan teknik altyapıların edinilmesine yönelmenin doğuracağı sakıncaları İngiltere örneklerine dayanarak katılımcılara aktardı.

Dr. Çakmakçı'nın yaptığı sonuç değerlendirmesinde, toplantıya katılanların önerileri ve görüşleri de göz önüne alınarak, tutarlı ve sağlık sektörü paydaşlarının her birinin yararlanabileceği bir mantıksal kurgunun sistematiğine çaba harcanmasının hayati önem taşıdığı dile getirildi. Yapılması gereken acil çalışmalar ve kazanılması gereken yetkinlikler konusunun da ele alındığı kapanış değerlendirmesinde kıyaslamaların temeli olan bilgi paylaşımının mahremiyet, gizlilik ve güvenlik boyutunun en kısa zamanda gerçekleştirilecek çalışmalara konu edilmesi temennisinde bulunuldu.

(Endnotes)
1 **ESQH** : **E**uropean **S**ociety for **Q**uality in **H**ealthcare

2 **DUQuE** : **D**eepening our **U**nderstanding of **Qu**ality Improvement in **E**urope

Kalite ve Uluslararası Akreditasyon Medikal Turizm'de Önemli Bir Başarı Kriteri Oluyor

Türkiye'de son yıllarda artan sağlık turizmi çabaları yavaş yavaş meyvelerini vermeye başladı. Özel hastanelerin cirolarında yurtdışından gelen hastaların yeri giderek artan ülkemizde sağlık turizminin devamlılığı için hastanelerin hizmet kalitesini belirli bir düzeyin altına indirmemeleri de gündeme geldi. Halen sınırlı sayıda hastanenin uluslar arası akreditasyonu bulunan sektörde devlet ve üniversite hastanelerinin halen şansı bulunmuyor. Bunun yanında özel hastaneler kanser ve organ nakli gibi ile tıp uygulamalarında da üniversiteleri yakalamış durumda.

Hospitalmanager, Sağlık Turizmi ve Kalite başlığında konunun uzmanı üç profesyonel ile görüştü: Meri Bahar (DEİK Sağlık Turizmi Komisyonu Başkanı), Renee-Marie Stephano (MTA-Medical Tourism Association Başkanı) ve Banu Başaran Türkiye Medikal Turizm Konseyi Başkan Yardımcısı.

HM: Sayın Bahar tıp turizminde son durum nedir?
M.Bahar: Artık tıp turizminin sağlık turizminden olan farkını ya da bunun ne olduğunu, ülkemize sağlayacağı ekonomik katkıları, standart bir turistten yaklaşık 10 katı farklı bir gelir bıraktığını konuştuğumuz günleri geride bıraktık. Şimdi, geometrik olarak sayısı artan yabancı hastalarımızın dönüşlerinde ülkemizde aldıkları sağlık hizmeti ve bulundukları sağlık kurumu ile ilgili memnuniyetlerini anlatmalarını ve bu akışın devamlılığın gelmesini bekliyoruz. Komşu ülkelerden çeşitli kanallarla oluşturduğumuz akış, sorunlu tıbbi sonuçların olmaması, gösterdiğimiz kapıdan kapıya hizmet anlayışının arttığı, sağlık kuruluşlarımızda yabancı lisan kullanımı ile gelenleri daha fazla rahat ettirdiğimiz durumları çoğaltabildikçe devamlılık gösterebilecektir.

Bir yandan dünya haritasında sağlık turizminde rekabet gittikçe kızışırken, bir yandan da gelişmekte olan ülkelere yönelik yatırımlar yavaş yavaş hayata geçmeye başlıyor. Bu ülkeler risk düzeyi yüksek hastalıkları tedavi etme yetkinliğini kazanana kadar tıp turizmi çalışmaları cazibesini korumaya devam edecektir.

HM: Yabancı hastaların gittikleri ülkede oluşacak sağlık sorunları ile ilgili herhangi bir hakları var mıdır?
M.Bahar: Ülkemizi ele alacak olursak bugün münferit muayenehanelerden, tıp merkezlerinden, diş kliniklerine, sınırdaki hastanelerimize, çeşitli üniversite hastanelerimize, akredite hastanelerimize kadar geniş bir yelpazede yabancı hastalar gelmektedirler. Hastalar tedavilerini gerçekleştirirken bugüne kadar hangi kriterlere bakarak karar veriyorlardı?

a) Tedavisinin en çok gerçekleştirildiği kurumların nereleri olduğuna (tecrübe)
b) İlgili müdahaleyi / cerrahiyi en çok gerçekleştirmiş olan doktoru bulmaya
c) Fiyat
d) Coğrafi lokasyonun uygunluğu ve kolay ulaşımı
e) Cerrahi / tedavi sonrası takibini nasıl yapacağına
f) Varsa sağlık sigortasının ilgili sağlık kuruluşuna direk ödeme yapıp yapamayacağına
g) Kalış süresini ilgili ülkede nasıl gerçekleştirebileceğine, gibi daha ikincil konulara bakılıyordu …

Münferit başvuran hastalar, ilgili sağlık kurumunda başına farklı bir tıbbi sorun gelirse ne olacağını çok fazla sorgulamasa da (bunu sorgulayan ender bilinçli hasta mevcut), kurumsal muhataplar bunu mutlaka sorguluyorlar. Dolayısıyla sağlık kuruluşunun :

a) Öncelikle tam teşekküllü bir yer olması, ve basit bir estetik cerrahi bile olsa gerektiğinde üst düzey müdahaleyi gerçekleştirecek diğer ekiplere ve yoğun bakım koşullarına sahip olduğunu belirtmesi
b) Etik komitesinin olduğunun bilinmesi
c) Doktorlarının ve sağlık çalışanlarının sorumluluk sigortasının olması



Artık tıp turizminin sağlık turizminden olan farkını ya da bunun ne olduğunu, ülkemize sağlayacağı ekonomik katkıları, standart bir turistten yaklaşık 10 katı farklı bir gelir bıraktığını konuştuğumuz günleri geride bıraktık. Şimdi, geometrik olarak sayısı artan yabancı hastalarımızın dönüşlerinde ülkemizde aldıkları sağlık hizmeti ve bulundukları sağlık kurumu ile ilgili memnuniyetlerini anlatmalarını ve bu akışın devamlılığın gelmesini bekliyoruz.

Meri Bahar
DEİK Sağlık Turizmi Komisyonu Başkanı

d) Hastanenin sorumluluk sigortasının olması

e) Zaten Joint Commission International ya da farklı sağlık alanında geçerli bir kuruluş tarafından akreditasyon almış olması (b, c ve d maddeleri otomatik uygulanıyor demektir) gibi hususlar sayesinde hasta, gönderen ya da ödeyici kurum, hizmeti veren kurumun hukuki açısından nispeten daha rahattır.

HM: Medikal Turizm boyutunda hastaneleri bekleyen kritik malpractice davları hakkında neler söyleyebilirsiniz?

Tabii yukarda sayılan maddelere rağmen açık kalan noktalar var. Yabancı ülkelerdeki aracılar tarafından ya da münferit olarak başvuran hastaların tedavinin belli bir fiyat aralığında olacağı bilgisi ile tedavinin sunulacağı ülkeye gitmektedirler. Ancak tedavinin tıbbi seyrinin değişmesi ve tedavi bedelinin aşırı bir fark göstermesi durumunda ne hastayı ne de tedaviyi sunan kurumu koruyan bir mekanizma yok. Hastanın geldiği ülkenin konsoloslukları bu konularda yardımcı olması gereken ancak sonuç üretemeyen makamlar. Tıbbi ve finansal hususların çözümü için hasta, ailesi ve kurum karşı kaşıya kalıyor. Arada aracı kurumlar ve şahıslar gibi ikincil organlar yardımcı olamıyorlar.

Yukarıdaki maddelere örnek verecek olursak risk düzeyi yüksek olmayan kişinin kendi talebi ile gerçekleştirilen estetik cerrahi vakalarını ele alalım. Normalde plastik cerrahlar gereğinden çok girişimin bir arada gerçekleştirilmesini ya da çok arka arkaya ameliyat gerçekleştirilmesini oluşabilecek tıbbi sorunları nedeni ile tasvip etmiyorlar. Ancak gerek bunu talep eden bireylerin izin alabildikleri zamanın kısıtlı olması ve bir arada bu girişimler gerçekleştirildiğinde bu işlemi yapacak hastanelerin verdikleri uygun fiyatlar nedeni ile hasta aynı anda çok fazla girişim gerçekleştirebiliyorlar. Bu tip durumlarda sorunlar ortaya çıktığında çoğu zaman gittiği ülkede hasta hakkını arayabileceği bir merci bulmakta zorlanıyor, çekilen sıkıntı da cabası …

O yüzden gelişmiş ülkelerden bu tip işlemler için maddi uygunluk için doğuya veya güney ülkelere gitme tandansı teşvik edilmiyor. Yani Amerika'dan güney Amerika ya da Hindistan ve doğu ülkelerine ya da Avrupa'dan doğu ülkelerine. Çünkü bu ülkelerde 'malpractice' yasaları o kadar gelişmiş değil ve hastayı koruması ve iyileştirici tedavi verebilmesi ile ilgili geçen süre mantıklı ve sonuç odaklı değil. Yukarda da belirttiğim gibi aracı kurumlar 'malpractice'in getirdiği sorumluluğu alacak düzeyde değiller. Böyle bir riski yüklenmiyorlar. Ancak tedaviyi sunan hastanenin adil bir etik kurumu varsa hastanın hakkını koruyucu gerekli çözümleri bulacaktır.

HM: Ülkemizde yurtdışından gelen hastalara yönelik bir malpractice sigortası uygulaması var mı?

M.Bahar: Türkiye'de hastaneler hizmetlerini artık sorumluluk sigortası kapsamına almışlardır. Birçok büyük kurum hekim ve sağlık personelinin sorumluluk sigortasını gerçekleştirmeye başlamıştır son yıllarda. Hasta transferi üzerine çalışan kurumların bu konularda yapılan çalışmaları vurgulamaları en azından kurumsal görüşmelerde faydalı olacaktır.

Hepimizin bildiği gibi tıp % 100 garanti verilecek bir hizmet türü değildir. Hastalığın türü, tedavi gidişatı, sistematik problemler ya da hekimin ilgili uygulamaya yönelik yetkinliği ile ilgili çeşitli sorunlarla karşılaşılabilir. Kendi ülkemizden biri ile böyle bir sorun olduğunda bir şekilde baş etmeyi biliyoruz. Ancak özellikle bu hizmeti almak için gelmiş bir hasta ile bu durum yaşandığında bu konuda kurumumuzdan önce ülke adına hareket etme sorumluluğumuzda bulunmaktadır. Netice de hala Türk sağlık sektörünün yurt dışı tanıtımı konusunda bir marka inşa ediliyor ….

HM: Sayın Stephano Dünya medikal turizm arenasında Türkiye'nin yerini nasıl görüyor sunuz?

R.M.Stephano: Türkiye'nin bu alanda aldığı mesafe çok etkileyici. Özellikle bu gelişimde gördüğüm enerji beni çok etkiledi. Biliyorsunuz burada da MTA'in bir uzantısı var; Türkiye Medikal Turizm Konseyi. Bu Konsey çok ciddi çalışmalar yapıyor. Geçen yıl Los Angeles'taki



Renee Marie Stephano



Banu Başaran

MTA konferansına Türkiye'den altı seçkin sağlık kuruluşu katılımda bulundu; Acıbadem Grubu, ASM, Medicana, Memorial, Dünya Göz ve Yeditepe. Bu gruplar konferansta ve sonrasındaki fuarda çok ilgi çektiler. Buradaki hastaneler ABD ile yarışabilecek düzeyde.

HM: Türkiye'deki hastanelerin kalite düzeyleri ile ilgili ne söylemek istersiniz?

R.M.Stephano: Tümünü yakından tanımıyorum ancak medikal turizmde iddia ortaya koyan hastanelerin tümü JCI akreditasyonu almış durumda, hatta Türkiye'nin en çok JCI akreditasyonlu sağlık kuruluşuna sahip ülke olduğunu da bu gelişimde öğrendim. Bu çok gurur verici bir şey.

HM: Sizce medikal turizm ile ilgilenen ülkelerin ve hastanelerin açılabilecek mesleki suistimal davaları ile ilgili olarak ne tür tedbirler almaları gerekir?

R.M.Stephano: Bu çok kritik bir konu. Biz MTA olarak bu konuda gerekli bilgilendirmeleri yapıyoruz, yıllık konferanslarımızda da bu konuya detaylıca eğiliyoruz. Hastanelere öncelikle gerek kurum olarak kendilerini gerekse de doktorlarını bu tür davalara karşı koruyacak sigortaları yaptırmalarını öneriyoruz. Ancak sizin de bildiğiniz gibi sigorta artık son aşamada yani olumsuz kararın mahkemece onaylanması noktasında devreye giren bir mekanizma. Oysa davların açılmadan konularda uzlaşma sağlanması asıl gerekli olan konudur. Bu konuda da hastanelerin iyi prosedürler oluşturmuş olmasını ve bu konuda bilgili ve tecrübeli kişileri istihdam etmiş olmalarını bekliyoruz. ABD'de açılan davların büyük bir çoğunluğu hastaların artık başka seçenekleri kalmadığından açılmaktadır. Oysa hastalar ve yakınları hastanenin ve ilgili hekimin olumlu yaklaşımları olması halinde uzlaşabileceklerini ve konuyu mahkemeye taşımayacaklarını da bildirmektedirler. Dolayısıyla öncelikli olarak hastanelerin hasta ve yakınları ile anlaşabildikleri bir lisandan konuşmaları, onları her aşmadan bilgilendirmeleri ve şikayetleri olduğu zaman da ilgi ve anlayışla yaklaşmaları temel konulardır.

HM: Sayın Başaran Türkiye'de sağlık turizmi ile ilgili yeterli altyapı çalışması yapılıyor mu?

Bugün itibariyle ülkemizde sağlık turizmi hastanelerin münferit girişimleri ile gelişme kaydedilebilmekte, örgütlü ve devlet destekli bir çalışma pek mümkün olmamaktadır. Oysa Hindistan bugün geldiği 1 numaralı yere devletin bu konudaki desteği ve sektörün iyi örgütlenmesi sayesinde gelmiştir. Bizim Konsey olarak gerek devlet desteğinin arttırılması gerekse de sektörün örgütlenmesi konusunda bir çok geyretimiz bulunmakta. Bu gayretlerimizi daha geniş platformlara yayarak ülkemizin bu alandaki başarısını onlara katlamayı hedefliyoruz.

HM: Sizin Kalite ve Malpraktis hakkındaki görüşleriniz nelerdir.

Bilindiği gibi yaklaşık 30'Un üzerinde sağlık kuruluşunun JCI akreditasyonu bulunmaktadır. Bu kuruluşların bazıları üniversite hastanesi boyutunda ileri tıp hizmeti (kanser, organ nakli, vb.) de sunmaktadırlar. Kamu sağlık kuruluşları maalesef halen resmin dışında kalmaktadırlar. A grubu olan ve sağlık turizminde ciddi adımlar atmış olan özel hastanelerin kalite ile ilgili önemli sorunları bulunmamaktadır, ancak yurtdışından gelen hastaların ülkelerine döndüklerinde dava açma riskleri her gelişmiş ülkedeki kadar vardır. Hasta özellikle ABD ya da Avrupa'dan gelmiş ise açılabilecek davanın yüksek mertebelerde olma riski bulunmaktadır. Dolayısıyla buradaki hastanelerimizin ve hekimlerimizin buna hazırlıklı olmaları gerekir. Bir de ek olarak Uluslar arası Hasta İlişkileri departmanları gerek hasta memnuniyeti gerekse de hasta hakları konularında çok iyi eğitim almış olmaları gerekmektedir. ■

